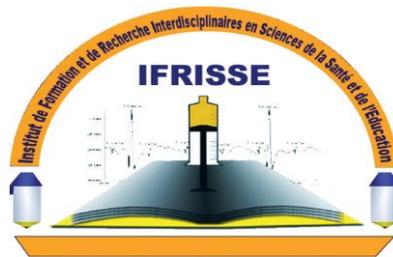


Institut de Formation et de Recherche  
Interdisciplinaires en sciences de la  
Santé et de l'Education (IFRISSE)



Burkina Faso  
*Unité - Progrès - Justice*

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

**Les agents de santé et la perception de leur  
rôle:**

**Cas des infirmiers du Centre Hospitalier  
Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle  
(CHUP-CDG) au Burkina Faso**

En vue de l'obtention du diplôme de Master 2 en Sciences Maïeutiques et Santé de la Reproduction

<p><b>Etudiant:</b> <b><u>Sour Silvère DA</u></b> <i>Master II en Sciences Maïeutiques et santé de la reproduction</i></p>	<p><b>Directeur:</b> <b><u>Dr Abdramane BERTHE</u></b> <i>Sociologue de Santé Publique PhD in Public Health &amp; Msc in Social Sciences Email: aberthe56@yahoo.fr GSM : +22670452864 ou +22678032390</i></p>
--	---

Année académique 2016- 2017

## **Dédicaces**

À mon père et à ma mère, nous vous dédions ce document pour vos soutiens moraux et vos bénédictions. Trouvez dans cette œuvre le témoignage de mon éternelle reconnaissance;

Puisse Dieu vous permettre de rester encore longtemps à nos côtés afin que nous puissions toujours profiter de vos précieux conseils;

A mon épouse,

Reçois ce travail en guise de reconnaissance pour ta compréhension, ton amour et ton soutien indéfectible et surtout pour avoir supporté mon absence liée au suivi des cours et à la recherche. Considère aussi cette œuvre comme le symbole du profond amour que j'éprouve pour toi. Que Dieu bénisse notre union et la fortifie davantage;

A mes enfants,

Vous qui avez été plusieurs fois privés de l'affection paternelle à cause de cette œuvre. Ce travail doit vous consoler et susciter en vous l'amour du travail bien fait et l'excellence dans toutes vos entreprises futures. Que vous fassiez mieux que moi ne m'étonne pas, et c'est mon vœu le plus cher et tous les moyens disponibles seront mis en œuvre pour que cela soit une réalité.

## Remerciements

Au terme de ce travail, qu'il nous soit permis de dire merci:

- ✓ A Monsieur le Directeur Général de l'IFRISSE et tout son personnel pour l'opportunité que vous nous avez offert de faire cette formation;
- ✓ A notre Directeur de mémoire, Dr Abdramane BERTHE, *Sociologue de Santé Publique, PhD in Public Health & Msc in Social Sciences*. Simplicité, rigueur scientifique, immenses qualités humaines sont les traits caractéristiques que nous retenons de vous. Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de nous encadrer, recevez donc notre profonde gratitude. Que Dieu vous bénisse et vous comble de bonheur tout au long de votre vie;
- ✓ A notre enseignant, Monsieur Noufou Gustave NANA. Vous nous avez été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail. Votre rigueur méthodologique et scientifique, votre amour du travail bien fait nous ont forcé l'admiration. Soyez en remercié car sans vous ce travail n'aurait pas abouti;
- ✓ A Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP-CDG), pour nous avoir permis de réaliser notre enquête;
- ✓ A Monsieur le directeur des soins infirmiers et obstétricaux, pour leurs orientations judicieuses et précieux conseils.
- ✓ A tous les chefs de service et surveillant d'unité pour leur précieuse collaboration;
- ✓ A tous nos enseignants des première et deuxième années pour les nombreux sacrifices consentis pour nous faire apprendre;
- ✓ A tous mes collègues étudiants de la première promotion de l'IFRISSE pour votre franche collaboration et les moments inoubliables passés ensemble;
- ✓ A tous les enquêtés qui ont fait preuve de disponibilité, de solidarité à notre égard malgré vos occupations;
- ✓ A mes frères, et sœurs Joseph, Béatrice, Gabin, Olivier, Aymar, Nathalie, Denise et Carine restons unis et solidaires. Que ce travail soit un modèle de persévérance dans toutes vos entreprises.

- ✓ A mes amis Boubacar SESSOUMA, Ousseni OUATTARA, Saturnin BAKY, HIEN S. Augustin, Alain SOME, Guillaume, Firmin, Samba, Moïse, Désiré pour votre amitié et vos soutiens inestimables. Que Dieu, vous bénisse, bénisse vos familles et vous comble de tous ses bienfaits tout au long de votre vie.
- ✓ A toute ma famille à Ouagadougou, Bobo Dioulasso, Diébougou, Nouna et partout ailleurs;
- ✓ A monsieur LANKOUANDE Yempani, conseiller pédagogique itinérant pour sa brillante relecture;
- ✓ A Monsieur HANRO Yempani pour ses soutiens multiformes;
- ✓ A tous ceux dont les noms n'ont pu être cités, mais qui ont contribué à la réalisation de cet ouvrage.

## Tables des matières

Dédicaces .....	ii
Remerciements .....	iii
Tables des matières.....	v
Résumé .....	vii
Abstract:.....	viii
Liste des tableaux. ....	ix
Liste des sigles et abréviations .....	x
INTRODUCTION.....	2
1. PROBLEMATIQUE.....	5
1.1 Enoncé du problème. ....	5
1.2 But de l'étude .....	11
1.3 Question de recherche.....	11
1.4 Objectifs de l'étude.....	11
2 REVUE DE LA LITTERATURE.....	14
2.1 Définitions des concepts de l'étude .....	14
2.2 Recension des écrits.....	19
2.3 Les courants théoriques de rôle .....	24
3 CADRE DE L'ETUDE: LE CHUP-CDG .....	30
3.1 Historique .....	30
.3.2. Organisation et structures d'administration et de gestion de l'hôpital .....	30
3.3 Les services cliniques et les unités d'hospitalisation.....	32
3.4 Les unités médico-techniques .....	34
3.5 Prestations de services .....	35
4. METHODOLOGIE.....	37
4.1 Devis de l'étude.....	37

4.2	Population et échantillonnage/ échantillon .....	37
4.2.1	Population d'étude .....	37
4.2.2	Echantillonnage/échantillon .....	37
4.3	Techniques de collecte .....	38
4.4	Instruments .....	39
4.5	Déroulement de l'enquête .....	40
4.6	Analyse des données .....	41
4.7	Critères de rigueur scientifique .....	41
4.8	Considérations éthiques .....	44
5.	RESULTATS .....	47
5.1	Profil sociodémographique et professionnel des infirmiers .....	47
5.2.	Résultats des entretiens .....	49
5.3	Synthèse des résultats: .....	63
6	DISCUSSION DES RESULTATS .....	66
6.1.	Discussion des résultats de la compréhension du rôle .....	66
6.2.	Discussion des résultats des facteurs personnels.....	68
6.3.	Discussion des résultats des facteurs interpersonnels.....	70
6.4.	Discussion des résultats des facteurs organisationnels .....	72
6.5.	Forces de l'étude.....	74
6.6	Limites de l'étude .....	75
	RECOMMANDATIONS .....	77
	CONCLUSION .....	79
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES: .....	81
	ANNEXES .....	i

## **Résumé**

Notre étude porte sur les agents de santé et la perception de leur rôle, précisément le cas des infirmiers du centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle. Au Burkina Faso, tout comme ailleurs dans le monde, les infirmiers dispensent près de 80% des services de santé. Cependant, dans la pratique leur pouvoir de responsabilité et leur autorité sont très limités, de même qu'il existe un écart entre rôle défini et celui accompli. Ainsi on y dénote de l'ambiguïté, liée au manque de clarté des missions de son service et de précision dans leur rôle, faisant qu'ils en sont parfois désabusés. Ce qui révèle aussi que le problème pour les diverses catégories de personnel infirmier soit beaucoup lié au manque de définition précise des rôles, et à la sous-utilisation de leurs compétences.

Nous avons mené une étude qualitative de type cas holistique avec une seule unité d'analyse auprès de dix infirmiers exerçant dans le domaine des soins dans les différents services du CHUP-CDG. Ils nous ont renseignés sur leur perception vécue de leur rôle. Ainsi, par la méthode d'enquête, l'entrevue, l'observation directe non participante et la revue de littérature comme techniques, ainsi que la grille d'entrevue, le journal de bord et le dictaphone comme instruments, nous avons collecté nos données.

Les résultats issus de l'analyse des données montrent que les infirmiers ont une assez bonne compréhension de leur rôle, mais reste mal perçu en raison de facteurs personnels, interpersonnels et organisationnels qui influencent la perception qu'ils ont de leur rôle. Ces résultats ont été atteints grâce aux objectifs suivants:

L'objectif général de notre étude est donc de comprendre la perception que les infirmiers ont de leur rôle au CHUP-CDG. Plus spécifiquement, il s'agit de (i) déterminer la compréhension des infirmiers de leur rôle au CHUP-CDG, de (ii) déterminer les facteurs personnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au CHUP-CDG, ensuite de (iii) déterminer les facteurs interpersonnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au CHUP-CDG, enfin de (iv) déterminer les facteurs organisationnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au CHUP-CDG.

Notre étude contribue à l'avancement des connaissances sur les infirmiers et la perception de leur rôle au CHUP-CDG, et révèle que la vision de l'infirmier quant au degré suivant lequel l'organisation valorise sa contribution et se préoccupe de son bien-être s'avère important dans la façon d'accomplir son rôle.

**Mots clés: rôle propre, rôle prescrit, rôle accompli, perception infirmière.**

## **Abstract:**

Our study focuses on health workers and the perception of their role, precisely the case of nurses at the pediatric university hospital Charles De Gaulle (CHUP-CDG). In Burkina Faso, as elsewhere in the world, nurses provide nearly 80% of health services. However, in practice their power of responsibility and authority are very limited, as well as the existence of a gap between the defined role and the role played. Thus, there is ambiguity, linked to the lack of clarity of the missions of his service and precision in their role, which making them sometimes disillusioned. This reveals also that the problem for the various categories of nurses is all right too much linked to the lack of precise definition of roles and the under-utilization of their skills.

We conducted an holistic case-type qualitative study with a single unit of analysis with ten nurses practicing in the field of care in the various departments of the CHUP-CDG. They informed us about their perception of their role. Thus, by the survey method, the interview, the non-participant direct observation and the literature review as techniques, as well as the interview grid, the logbook and the dictaphone as instruments, we collected our data.

Results from the data analysis show that nurses have a fairly good understanding of their role, but remain poorly perceived because of personal, interpersonal, and organizational factors that influence theirs' perceptions of role.

These results were achieved through to the following objectives:

The general objective of our study is therefore to understand the perception that nurses have of their role at CHUP-CDG. More specifically, it involves (i) to determine nurses 'understanding of their role at CHUP-CDG, (ii) to determine the personal factors influencing nurses' perception of their role at CHUP-CDG, then (iii) to determine the interpersonal factors influencing nurses 'perception of their role at CHUP-CDG, and finally (iv) to determine the organizational factors influencing nurses' perception of their role at CHUP-CDG.

Our study contributes to the advancement of knowledge about nurses and the perception of their role at CHUP-CDG, and reveals that the nurse's vision of the degree to which the organization values its contribution and cares about its well-being to be proves important in the way to perform one's role.

Key words: proper role, prescribed role, role performed, nurse perception.

## Liste des tableaux.

Tableau 1: <i>codification des enquêtés</i> .....	45
Tableau 2: <i>Caractéristiques sociodémographique des participants</i> .....	48

## Liste des sigles et abréviations

<b>AC:</b>	Agence Comptable
<b>ACIO:</b>	Association Canadienne des Infirmières en Oncologie
<b>AG:</b>	Assemblée Générale
<b>AIC:</b>	Association des Infirmiers et Infirmières du Canada
<b>AMI:</b>	Assistance Médicale Indigène
<b>ANA:</b>	Association Nationale des Infirmières Américaines
<b>A.O.F:</b>	Afrique-Occidentale Française
<b>ASI:</b>	Association Suisse des Infirmières et Infirmiers
<b>ARCOS:</b>	Association Réseau de la Communauté Sanitaire de la région lausannoise
<b>BEPC:</b>	Brevet d'Etude du Premier Cycle
<b>CA:</b>	Conseil d'Administration
<b>CCCSI:</b>	Comité Consultatif Canadien sur les Soins Infirmiers
<b>CD:</b>	Conseil de Discipline
<b>CEP:</b>	Certificat d'Etudes Primaires
<b>CHUP-CDG:</b>	Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulles
<b>CHR:</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU:</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIFI:</b>	Centre d'Innovation en Formation Infirmière
<b>CII:</b>	Conseil International des Infirmières
<b>CME:</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CMS:</b>	Centres Médico-Sociaux
<b>CREDES:</b>	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé.
<b>CSI:</b>	Commission des Soins Infirmiers
<b>CSPS:</b>	Centres de Santé et de Promotion Sociale
<b>CTE:</b>	Comité Technique d'Etablissement
<b>CTHSCT:</b>	Comité Technique d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>DAF:</b>	Direction de l'Administration et des Finances
<b>DG:</b>	Directeur Général
<b>DCI:</b>	Direction du Contrôle Interne
<b>DHQS:</b>	Direction de l'Hospitalisation et de la Qualité des Soins

<b>DMP:</b>	Direction des Marchés Publics
<b>DPHUC:</b>	Direction de la Prospective Hospitalo-Universitaire et de la Coopération
<b>DQS:</b>	Direction de la Qualité des Soins
<b>DRH:</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DSG:</b>	Direction des Services Généraux
<b>DSGL:</b>	Direction des Services Généraux et de la Logistique
<b>DSIO:</b>	Direction des Soins infirmiers et Obstétricaux
<b>DSMT:</b>	Direction des Services Médicaux et Techniques
<b>EMS:</b>	Etablissements Médico-Sociaux
<b>EMSP:</b>	Etablissements Médico-Sociaux Public
<b>EPS:</b>	Etablissements Publics de Sante
<b>IRSP:</b>	Infirmier(ère) Ressource en Soins Palliatifs
<b>OMS:</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORL:</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
<b>SAJC:</b>	Service des Affaires Juridiques et du Contentieux
<b>SCAD:</b>	Service Central des Archives et de la Documentation
<b>SCRP:</b>	Service de la Communication et des Relations Publiques
<b>SI:</b>	Service Informatique
<b>SIDIIEF:</b>	Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone
<b>SIREP:</b>	Service de l'Information, de la Recherche, de l'Epidémiologie et de la Planification
<b>SP:</b>	Secrétariat Particulier
<b>SYNTSHA:</b>	Syndicat des Travailleurs de la Santé Humaine et Animale
<b>TDM:</b>	Tomodensitométrie
<b>TOES:</b>	Textes d'Orientation des Emplois Spécifiques
<b>UM:</b>	Urgences Médicales
<b>VIH:</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

.

# INTRODUCTION

## **Introduction**

Dans pratiquement tous les pays, les infirmières dispensent la majorité des services de santé, jusqu'à 80% dans certains cas (Baumann & Conseil international des infirmières, 2007).

Au Burkina Faso, c'est en 2014, que l'infirmier a acquis le statut de profession et ses compétences s'expriment à travers deux rôles fondamentaux définis dans l'article 1 du code de déontologie infirmière (Ministère de la santé, 2014): un rôle propre qui regroupe l'ensemble des interventions infirmières dont l'initiative relève de la responsabilité de l'infirmier/ère; et un rôle accompli sur prescription d'autres professionnels de la santé conformément aux textes en vigueur (Ibid. 2014). Or, l'aspect nursing du rôle bénéficie d'un faible statut professionnel, et il se pose le problème de l'utilisation de certains personnels à des tâches pour lesquelles ils n'ont pas reçu de formation complète pour remplacer d'autres personnes pleinement qualifiées (Ministère de la santé, 2012). Ce, en ce sens qu'on a toujours considéré l'emploi de ce personnel comme un pis-aller permettant juste de décharger le personnel qualifié surchargé (Ibid. 2012).

Les infirmiers ont la responsabilité professionnelle de fournir aux populations des prestations de qualité (Ministère de la santé, 1994). Mais leurs conditions de travail sont souvent peu favorables à l'expression de leur pratique, ce qui affecte leur qualité de vie au travail, de même que celle des soins (Baumann & Conseil international des infirmières, 2007). Aussi, le passé religieux de l'infirmier, ainsi que sa soumission au modèle médical sont une pression psychologique de plus, expliquant en partie son stress (T. Alexandra, 2009). Car, en plus des missions techniques et d'ordre moral, l'infirmier est au côté de la souffrance humaine (Ibid. 2009). Ce qui fait que « la représentation mentale du rôle de l'infirmier évolue très lentement » (Neves, 2008, p. 44), du fait de la faible reconnaissance de l'infirmier, de la persistance des images stéréotypées faites du grand public et de l'infirmier lui-même (Chaves, 2005; Compaoré, 1999; Hiba & Josette, 2007; Laure, Fabienne, & Philippe, 2000; Nadot, 6apr. J.-C.; Neves, 2008; Wittwer-Corelli, 2009).

Au centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles de Gaulles (CHUP-CDG), l'amélioration de la qualité des soins prodigués par tous les acteurs est un défi constant à relever. Cependant pour l'heure, les patients sont soumis à la seule autorité médicale, ce qui ne permet pas la prise en compte de la résolution du problème infirmier, à savoir la prise en charge des conséquences de la maladie (Roudit, 2008). Or, cela pourrait prévenir les rechutes et partant réduire les coûts des soins s'ils étaient pris en compte (Ibid. 2008). En ce sens que, ce ne sont pas seulement les multiples efforts financiers et matériels consentis, qui expliquent tout du problème de la faible qualité d'une organisation (Darveau, 2015).

Il faille plutôt travailler à augmenter la perception positive des employés de leur rôle, de manière à obtenir une masse critique d'employés qui adoptent des actions positives dans le sens de l'atteinte des objectifs de leur organisation (Ibid. 2015). Cela exige selon Tremblay et Simard ( 2005), un climat positif, notamment les perceptions de soutien et de reconnaissance de la part de l'organisation, de même qu'un sentiment d'habilitation psychologique (Ibid. 2015).

Aujourd'hui, au CHUP-CDG, il semble ressortir de façon récurrente, le problème de positionnement et du manque de clarté des missions du service infirmier. Ce qui pose également la question de l'orientation et de l'implication de ces derniers, dans les processus de prises de décision dans les soins, d'où leur faible représentativité. A titre d'exemple, l'absence de description du rôle et des tâches qu'accompli l'infirmier illustre bien ce manque de clarté (CHUP-CDG, 2015a, 2015b). Ce qui selon Mossé (2000), cité par (Acker, 2005), nécessite de définir de nouveaux espaces de travail et de nouveaux référentiels en vue d'assurer une meilleure intégration des différents services et accroître l'efficience d'ensemble. Car la plupart des restructurations hospitalières, selon Raveyre et Ughetto (2003), accorde peu d'attention aux modifications du travail lui-même, notamment celui de l'infirmier, qui bien que constituant la « part oubliée des restructurations hospitalières », ne semble s'imposer que de façon récente (Acker, 2005, p.1).

Au regard de ce qui précède, la question de la qualité des soins demeure posée et même s'avère préoccupante. Or, notre rôle est régi non seulement par des valeurs selon le contexte, mais aussi par des interactions entre membres selon l'organisation. Alors c'est en vue de comprendre le sens du comportement des infirmiers du CHUP-CDG en lien avec leur rôle que nous nous interrogeons sur la perception de l'infirmier de son rôle? Le but de l'étude étant de contribuer à la valorisation de la profession infirmière en vue d'améliorer la prise en charge globale des patients dans les hôpitaux. L'intérêt de notre étude est, non seulement d'obtenir le diplôme de master 2 en sciences maïeutiques et en santé de la reproduction, mais aussi de déterminer les facteurs qui influent sur la perception que les infirmiers ont de leur rôle au CHUP-CDG. Plus spécifiquement, de décrire au CHUP-CDG, les facteurs personnels, interpersonnels et organisationnels qui influent sur la perception des infirmiers de leur rôle. Elle s'articulera autour d'une problématique, d'une revue de la littérature, d'un cadre conceptuel, d'une méthodologie, de l'analyse et de la présentation des résultats, puis d'une discussion. Ainsi tout au long de notre étude, nous entendrons par infirmier ou infirmière le terme invariant "infirmier".

# **CHAPITRE 1**

## **PROBLEMATIQUE**

## 1. Problématique

### 1.1 Enoncé du problème.

Déjà en 1969, s'interrogeant sur la perception des infirmiers à leur propre sujet, Marie-Françoise Collière faisait le rapprochement de celle-ci avec la détermination du comportement des infirmiers en ces termes: « la perception que nous avons de nous-même conditionne tout notre comportement professionnel » (Wittwer-Corelli, 2009, p. 6). En effet l'infirmier a vu son rôle subir plusieurs représentations au cours de son évolution historique. D'abord identifié, selon Marie Françoise Collière (1982) à la femme dès nos origines autour de la fécondité, puis à la religieuse à travers la femme consacrée ne s'adressant qu'au corps souffrant, enfin à la femme infirmière auxiliaire médicale qui consacre la laïcisation et la technicisation des soins (Chaves, 2005). Au-delà de ce qui peut apparaître comme une évolution, le rôle de l'infirmier reste toujours selon Amouroux (1998), ambigu entre être auxiliaire médical et être éducateur de santé, voire selon Midy (2002) dévalorisé (Hiba & Josette, 2007). Cette évolution cache en outre des disparités selon le pays, la région, et même la structure et est cependant liée à la différence des attentes sociales en lien avec le rôle joué par les infirmiers dans les soins aux patients [traduction libre] (Squires, 2004,p.1).

En Amérique du Nord, notamment aux États-Unis et au Canada, de nombreuses études (Brunelle, 2011a ; Gyslaine Desrosiers, Pierre Éric Langlois, & Hélène Salette, 2015; Kérouac & Salette, 2011 ; Linda H. Aiken, , Sean P. Clarke, & And Douglas M. Sloane, 2000; Rhéaume, LeBel, & Gautreau, 2008), ont montré l'impact positif de l'infirmier et de son rôle sur la sécurité et la satisfaction des patients, la prévention de ruptures de services, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la réduction des coûts en écourtant la durée d'hospitalisation et en prévenant les réadmissions. Ces résultats ne sauraient être atteints si l'ouverture des champs d'exercice n'était pas allée de pair avec l'autonomie de l'infirmier, et ce par un nouveau découpage des responsabilités, avec l'introduction de rôles infirmiers avancés et l'application de protocoles thérapeutiques (Kérouac & Salette, 2011). Ce qui de ce fait, maximise la collaboration interprofessionnelle, tout en favorisant la capacité d'initiative du corps infirmier et une meilleure utilisation des médecins (Ibid. 2011). Au Canada par exemple les infirmiers exercent leur leadership à travers l'enseignement aux infirmiers, le développement de nouvelles pratiques, la conception des programmes de soins et de cheminement clinique utiles à la coordination du suivi de la clientèle (Ibid. 2011). En outre, ils intègrent les résultats de la recherche à la pratique, et sont aussi consultés dans les situations de santé complexes. Mieux, dans certains cas, dispensent des soins à la clientèle, dans une logique de collaboration étroite avec une équipe interdisciplinaire (Ibid. 2011).

Ce leadership est confirmé par l'association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC) qui affirme que la pratique infirmière dispose d'un leadership affiché portant sur la réflexion critique, l'intervention, la représentation et se manifeste dans tous les rôles et domaines de la pratique des soins infirmiers. Toute chose qui procure d'avantage de satisfaction aux infirmiers et à leur pratique (Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC), 2009).

Aux USA, les conditions d'exercice sont plus rudes et fixées par l'association nationale des infirmières américaines « American Nurse Association » (ANA) qui recommande la licence en quatre ans pour être « Registered Nurse » (RN), avec obligation de trente heures de formations continues tous les deux ans pour garder leur autorisation d'exercer et faire face aux responsabilités et aux défis présentés par un système de santé complexe et changeant (Schlickau, 2010). Par ailleurs, elles sont les avocates défenseurs des patients et les responsables de la mise en application des pratiques de soins par l'utilisation de processus de soins en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (Schlickau, 2010). Selon Raines & Taglaireni (2008), les infirmiers sont le maillon indispensable pour la sécurité du patient, car ils jouent un rôle central dans la diminution des taux de mortalité, la prévention des erreurs médicales et la qualité des soins (Schlickau, 2010). En somme, en Amérique du Nord « les associations professionnelles infirmières ont précisé les lignes directrices qui enchâssent la pratique, la formation et la législation: normes, processus d'évaluation, agrément de programmes, critères de qualité et effets attendus pour les clientèles, les professionnels et le système de santé » (Kérouac & Salette, 2011, p. 18).

En Europe, une étude sur les configurations de l'organisation de l'offre de soins, de la place et des rôles infirmiers, montrent qu'il en existe différentes variétés, qui, par ailleurs dessinent des modèles de configurations de la collaboration entre médecins et infirmiers (Bourgueil, Marek, & Mousques, 2008). Ainsi dans certains pays comme la France, les médecins généralistes exercent majoritairement en cabinets individuels tandis qu'en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, et au Canada, ils l'exercent en groupes mono-disciplinaires (Ibid. 2008). Dans d'autres pays comme la Finlande, le Royaume-Uni, et la Suède, c'est une pratique majoritaire de groupe en coopération avec d'autres professionnels de santé, notamment des infirmiers (Ibid. 2008). Par contre les pays comme l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas et le Canada sont majoritairement caractérisés par l'absence de cadres d'exercice en commun entre médecins et infirmiers.

Ainsi pendant qu'en Allemagne et aux Pays-Bas la collaboration a lieu plutôt avec des assistantes médicales (Ibid. 2008), en Finlande, au Royaume-Uni et en Suède prédominent des structures d'exercice favorisant une collaboration intégrée entre médecins et infirmiers (Ibid. 2008). Toutefois, il faut noter qu'en matière d'organisation de la profession infirmière, la France fait figure de leader en Europe par la précision dans la description réglementaire de la profession infirmière à travers le décret de compétences (Ibid. 2008). Ainsi, selon un rapport du centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), le décret n° 93-345 du 15 mars 1993, distingue de manière précise les actes pouvant être réalisés en rôle propre et les actes délégués (Laure et al., 2000). Ce décret précise en outre, parmi les actes délégués, ceux réalisés sur prescription médicale mais de manière autonome, ceux réalisés sur prescription médicale mais à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment et enfin, les gestes techniques auxquels l'infirmier peut participer en présence d'un médecin (Ibid. 2000). La diversification de l'activité infirmière, l'élargissement de l'éventail des services proposés aux patients, ainsi que le transfert d'activités du médecin vers l'infirmier découlent de ce décret. Toute chose permettant, d'accomplir des tâches antérieurement réalisées par le médecin, sous délégation, ou sans contrôle de celui-ci, de conférer ainsi au réalisateur de l'acte la pleine responsabilité (Ibid. 2000). D'où la nécessité selon l'OMS, dans la division du travail, de définir des frontières non ambiguës et non rigides délimitant les rôles de chacun dans le système (Ibid. 2000).

En somme, on note que, dans le développement de nouveaux rôles infirmiers, la dynamique de la démographie médicale occupe une place de choix. Par conséquent les pays à densité médicale modérée développeraient des rôles nouveaux en soins infirmiers, à l'inverse, de ceux à forte densité médicale (Bourgueil et al., 2008). Toutefois cela n'exclut pas l'impact de l'émergence du métier d'infirmier comme profession, qui passe de la reconnaissance sociale d'une compétence limitée à un domaine technique, à la reconnaissance d'une expertise générale avec l'autonomie d'exercice (Ibid. 2008). A cela, ajoutons que l'existence de certains caractéristiques organisationnelles dans des hôpitaux, font qu'en dépit de la pénurie d'infirmiers, ces derniers réussissent à attirer et retenir les infirmiers (Brunelle, 2011a). Parmi ces critères figurent d'abord et respectivement l'autonomie professionnelle des infirmiers qui consacre la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et la capacité d'innover, le soutien organisationnel de tout l'appareil administratif à l'infirmier, la bonne collaboration entre infirmier et médecin, la valorisation professionnelle, le leadership infirmier etc (Ibid. 2011a).

Dans les pays africains en général et au Burkina Faso en particulier, le champ d'exercice de l'hôpital confère toute l'autorité aux médecins, confinant ainsi la profession infirmière dans une position d'exécution en milieu hospitalier (Kérouac & Salette, 2011).

Les pays francophones d'Afrique, comme dans l'Europe francophone, du fait de certains biais historiques et de la persistance du phénomène de la médicalisation dans les systèmes de santé, les infirmiers et les sages-femmes sont tenus à l'écart des infrastructures et des ressources nationales de la recherche scientifique (Koffi, 2010). En Côte d'Ivoire en effet, en raison de la perception médicale des décideurs du système ivoirien de santé, qui sont presque tous de formation médicale, l'organisation générale des soins infirmiers n'a pas encore acquis tous les fondements juridiques nécessaires pour réglementer la pratique (Ibid. 2010).

Au Burkina Faso, l'entrée en vigueur du décret portant code de déontologie des infirmiers et infirmières en 2014, a permis de définir l'infirmier et son rôle, lui conférant par la même occasion, son statut de profession. L'infirmier est un professionnel de santé, qui de par sa formation et son diplôme est habilité à dispenser des soins infirmiers, qui regroupent l'ensemble des prestations, qu'il offre dans le cadre de sa responsabilité, en vue de préserver la vie, soulager la douleur, promouvoir la santé et offrir des soins de qualité (Ministère de la santé, 2014). Avant cette reconnaissance officielle, seul l'article 129 de la loi n° 23/94/ADP du 19/5/94 portant code de la santé publique, qui, précisait les conditions générales d'exercice de la profession infirmière, faisait office d'acte officiel (Ministère de la santé, 1994).

Cependant, au-delà de ces aspects juridiques, le rôle de l'infirmier a été et demeure toujours assujéti à celui du médecin, ce à travers ses attributions qui sont régis par l'article 38 des textes d'orientation des emplois spécifiques (TOES) du Ministère de la santé, (2006).

Sur le plan organisationnel, au regard des multiples défis sanitaires, l'organisation opérationnel du personnel de santé s'est avérée prioritaire, de même que celle du système de santé axé sur les districts sanitaires créés en 1990. A ce niveau, le système de santé a adopté, le concept de délégation des tâches au personnel non-médecin pour apporter une réponse rapide, significative et non négligeable aux différents défis en face (Ministère de la santé, 2012). Malheureusement, la valorisation des acquis par l'expérience de ces personnels pose problème. En effet, ils sont utilisés à des tâches pour lesquelles ils n'ont pas reçu de formation complète en raison du manque de personnel qualifié, mais font office aujourd'hui d'auxiliaires (Ibid. 2012). En somme, utiliser pour compenser un déficit de médecin, ce personnel infirmier connaît toujours une faible reconnaissance institutionnelle car ils se sentent utilisés comme un 'pis-aller', juste pour décharger le personnel qualifié surchargé ou en manque que sont les médecins (Ibid. 2012).

L'infirmier burkinabè exerce sa compétence à travers deux rôles fondamentaux que sont le rôle propre et le rôle délégué accompli sur prescription (Ministère de la santé, 2014). Selon le code de déontologie infirmière burkinabè (2014), le rôle propre regroupe l'ensemble des interventions infirmières dont l'initiative relève de la responsabilité de l'infirmier/ère. Il s'agit de prestations offertes par un infirmier, visant à promouvoir, préserver ou rétablir, dans le domaine de la santé, l'autonomie du bénéficiaire: individu, la famille et la communauté (Ibid. 2014). Quant au rôle prescrit ou délégué, il est celui accompli sur prescription d'autres professionnels de la santé conformément aux textes en vigueur (Ibid. 2014). Il s'agit notamment de l'ensemble des comportements et conduites attendus selon le statut de l'infirmier, ou des attentes qui, concernent le comportement de l'infirmier à l'égard des occupants d'un autre statut que sont par exemple les médecins (Fougeyrollas & Roy, 1996). L'OMS définit ce rôle comme « un rôle à titre temporaire, lorsqu'il y a pénurie de médecins, ou à titre permanent lorsque l'activité cesse d'être nouvelle ou expérimentale ou quand l'infirmier a reçu une formation qui permet de lui confier des travaux exigeant davantage de compétences » (OMS, 1966, p. 8). Nous constatons de façon empirique que les infirmiers semblent plus à l'aise dans les structures périphériques où le manque de personnel qualifié leur confère beaucoup plus de rôle et de latitude décisionnelle. Par contre, dans les hôpitaux par exemple, il y a une faible application des pratiques enseignées sur les soins infirmiers, qui, la plupart du temps se limitent « à la prise quotidienne des constantes surtout température et pouls, l'administration du traitement selon les prescriptions médicales, la gestion de la feuille de température » (Compaoré, 1999, p. 16). Des activités telles que semblent insuffisantes pour revendiquer une quelconque identité où rôle de complémentarité avec le corps médical, pour la simple raison, que ces activités ne laissent percevoir aucun rôle spécifique de l'infirmier, qui marque une différenciation de sa profession (Ibid. 1999). Ce qui fait qu'au-delà de la reconnaissance officielle, le rôle de l'infirmier dans la pratique n'a guère évolué et ce au regard du contexte « historico-politico-socio-sanitaire », qui fait toujours de l'infirmier selon Badiel (1993) « l'homme à tout faire » (Kéré, 2015, p. 21), ou « un «petit docteur» hors des hôpitaux, et «d'exécutant» en leur sein » (Compaoré, 1999, p. 16). Toute chose qui soutient davantage l'idée de la subordination de sa pratique à l'autorité médicale à travers le renforcement des gestes techniques (Collière, 1998; Hadchouel Duvergé & Sacré, 2013), dont les conséquences sont le risque de dépersonnalisation progressives des malades et en même temps des infirmiers (OMS, 1966).

Au CHUP-CDG, il existe un dossier infirmier, où doivent être consignés les informations du rôle propre de l'infirmier, laissant ainsi apparaître une bonne organisation de l'exercice infirmier, surtout en ce qui lui est spécifique. Or, aucune obligation n'est faite quant à son remplissage, contrairement aux informations concernant son rôle prescrit, qui du reste est dominé par des gestes techniques dont il n'a pas le contrôle. Ces gestes constituent pour la majeure partie, l'essentiel de ses tâches qui relèvent du rôle prescrit. Certains justifient cet état de fait, par le manque de temps et de formation, mais aussi par le constat de la faible utilisation et exploitation de ces données. En effet la forte prédominance des actes relevant du rôle prescrit, freine d'une certaine manière la valorisation du rôle global de l'infirmier. Selon Dominique Friard (2003), « l'exercice du rôle propre demande une traçabilité, mais moins impérativement que celle liée aux prescriptions médicales, qui, contrairement au rôle propre ont un caractère d'obligation législatif » (Ducoulombier, 2013, p. 8).

En outre nous relevons l'absence de description précise des tâches de l'infirmier à l'hôpital. Ce qui fait que selon Jeanne Besner (2009), ce dernier tend à décrire son rôle en faisant la somme des tâches, le mettant ainsi dans une incapacité à distinguer son rôle d'après son savoir-faire fondamental (Lynch et al., 2009). D'où en plus sa difficulté à articuler les apports particuliers à la prestation des soins, et ce, au regard du chevauchement évident des tâches pour de nombreux soignants (Ibid. 2009). De plus en dépit de la création en 1995 d'une direction centrale des soins infirmiers et obstétricaux (Tapsoba/Sawadogo, 2010), force est de constater que le rôle de l'infirmier se résume plutôt à exécuter les consignes données par le corps médical lors des visites qu'à jouer un véritable rôle, auquel il peut s'identifier. Ce en raison du manque de clarté dans les missions assignées à son service dans les hôpitaux. Cela par conséquent affecte le comportement de l'infirmier qui vit des situations de rôle, parfois ambiguës, voire conflictuelles et portent à notre avis un coup à l'amélioration de la qualité des prestations infirmières, et à la valorisation du rôle de l'infirmier à l'hôpital (Compaoré, 1999). Nonobstant l'existence de certaines dispositions pouvant accompagner l'expression du rôle de l'infirmier, il demeure que des dysfonctionnements du service infirmier liés au manque de clarté des missions de celui-ci persistent (CHUP-CDG, 2015a, 2015b). Du reste les réformes hospitalières se sont toujours, surtout portées sur l'aspect managérial et ont rarement prêté attention aux modifications du travail lui-même. Ce qui soutient que le problème pour les diverses catégories de personnel infirmier tient au manque de définition précise des rôles, et à la sous-utilisation de leurs compétences (Lynch et al., 2009).

Au vue de cette situation une étude sur la perception des infirmières de leur rôle s'avère nécessaire, car dans notre contexte aucune étude à notre connaissance n'a portée sur la personne de l'infirmier et comment il vit son rôle, bien que cela soit important voire déterminant dans le résultat de l'accomplissement de son rôle. Aussi c'est parce qu'il se pose le problème d'objectivité lors des prises de décisions et celui de pouvoir tenir compte des différents points de vues en temps opportun, en vue d'améliorer la performance du groupe. Ainsi il est nécessaire de faire parler les infirmiers, de les écouter, d'identifier leurs besoins et leurs attentes afin de mieux comprendre ce qu'ils veulent et ce dont ils ont réellement besoin par rapport à leur rôle. Notre étude se justifie par le fait que les études relatives à la situation du travail à l'hôpital en général et celui du rôle des infirmiers en particulier sont quasi inexistantes. Ainsi à travers notre étude nous donnons aux infirmiers la possibilité d'exprimer ce qu'elles éprouvent, et ainsi comprendre leurs univers. Aussi, afin de mieux connaître et comprendre leur réalité au travail il nous faut dès lors, clarifier leurs besoins, leurs attentes et considérer leur contexte de travail selon leur perspective. Par ailleurs, nous notons qu'au regard des progrès technologiques enregistrés, la perception de l'infirmier concernant son rôle est probablement influencée par l'image que les autres professionnels de santé notamment les médecins donnent de l'infirmier, qui par conséquent se retrouve alors à plus donner des soins, plutôt qu'à prendre soins des malades qui exige « une présence organisée pour être continue » (Hesbeen, 1999, p. 17).

## **1.2 But de l'étude**

Contribuer à la valorisation de la profession infirmière en vue d'une amélioration de la prise en charge globale des patients au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG).

## **1.3 Question de recherche**

Quelle perception l'infirmier a de son rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG)?

## **1.4 Objectifs de l'étude**

### **1.4.1 Objectif général**

Comprendre la perception que les infirmiers ont de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG).

#### **1.4.2 Objectifs spécifiques**

- ✓ Connaître la perception des infirmiers de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP-CDG).
- ✓ Connaître les facteurs personnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP-CDG).
- ✓ Connaître les facteurs interpersonnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP-CDG).
- ✓ Connaître les facteurs organisationnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP-CDG).

# **CHAPITRE 2**

## **REVUE DE LA LITTERATURE**

## **2 Revue de la littérature**

### **2.1 Définitions des concepts de l'étude**

#### **2.1.1 Perception**

La perception vient étymologiquement du latin ‘perceptio’, et se rapporte à l'action ou l'effet de percevoir. Chez Merleau-Ponty, elle est un ‘contact naïf avec le monde’, afin de réactiver, de critiquer, de rectifier, et de refonder les significations fondamentales qui régissent notre intelligence de l'être et même l'accès à notre propre être (Pascal, 2007).

Selon Fröhlich, Jalley et Drever (1997), c'est un processus de gain d'informations effectué à partir de stimuli environnementaux et corporels y compris les processus émotionnels qui leur sont liés, les modifications produites par l'expérience et la pensée cité par (Dumont, 2011). Selon Dolan et al. (2007), au-delà de l'aspect naïf du contact avec le monde, c'est l'individu qui décide des stimuli à retenir, ce, en fonction à la fois des caractéristiques de l'objet et du percevant, de sorte à distinguer dans son expérience, ce qui est central de ce qui est accessoire cité par (Darveau, 2015). Cela explique que des individus puissent regarder un même objet et lui donner des significations différentes, selon leurs valeurs et croyances entrant dans l'interprétation ou l'analyse de la situation, des attitudes verbales et non verbales du sujet.

Le processus de gain d'informations et celui émotionnel font que selon Marie-Françoise Collière (1969), « la perception que nous avons de nous-même, conditionne tout notre comportement » (Wittwer-Corelli, 2009, p. 6). A ce titre on peut dire que la perception que chaque infirmier a de son rôle détermine son comportement. Cependant il y a une perception globale qui se dégage en référence au principe de Leibniz à savoir l'unité d'une multiplicité qui fait émerger du fond l'objet perçu. C'est à dire le fait de saisir unitairement ce qui se donne de façon diverse, ou constituer une unité, une objectivité, avec ce qui se donne par parties, ou encore dégager une identité ou un sens à ce qui est perçu, en somme imposer une unité à un flux d'informations (Lahbib, 2005). Ainsi selon Fontana (2004), « chacun d'entre nous réagit non pas à un environnement objectif, mais à celui qu'il perçoit, à la manière dont il interprète la situation » (Darveau, 2015, p. 18). Aussi vrai que l'objectivité soit la finalité de la connaissance, la perception, elle vise à constituer l'objectivité du perçu et faire surgir l'objet. Dans ce processus les stimuli sont structurés, voire ‘travaillés’, afin de faire émerger la structure de fond (Lahbib, 2005). Ces différences de perception ainsi que leurs conséquences interpellent le fonctionnement d'une organisation. Ce qui fait que, les objectifs fixés ne seront atteints, que si l'organisation a pris en compte le phénomène des perceptions des employés et donc son impact sur les comportements au travail (Darveau, 2015).

Cela requiert à cet effet, que pour influencer le comportement des employés, ce ne sont pas les caractéristiques de l'organisation selon Gordon (1983), ni les pratiques organisationnelles selon Brunet (2001), qui importent, mais bien les représentations que les employés se font de ces caractéristiques (Ibid. 2015). En ce sens Guerrero et Herrbach (2009), affirment « [...], par exemple, on peut penser que si des pratiques de développement existent dans une entreprise, mais ne sont pas connues ou perçues favorablement par l'employé, elles ne créeront pas la confiance organisationnelle nécessaire à une relation d'emploi durable » (Ibid. 2015). C'est à ce titre que dans notre étude nous considérons la perception comme un résultat. Par conséquent nous disons selon Côté et al., (1994), que tenir compte des perceptions pour augmenter la satisfaction pourrait signifier de travailler à augmenter la perception positive du rôle de l'infirmier, de ses caractéristiques ou encore de leur propre contribution à l'atteinte des objectifs de l'organisation (Ibid. 2015). Autrement dit il est nécessaire d'aider l'infirmier à s'identifier à son rôle.

### **2.1.2 Rôle**

Dans son étude historico-critique de la notion de rôle en psychologie sociale, Rocheblave-Spenlé (1969), fait état d'une grande diversité de définitions et d'approches du concept de rôle. Pour elle le rôle est considéré comme « un modèle organisé de conduites, relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel » (Bollecker & Nobre, 2011, p. 2). Plus généralement le rôle est l'expression des conduites ou attentes qui relèvent d'une affirmation identitaire et d'un processus d'interaction entre les individus et la structure.

Marie-Françoise Collière définit le concept sous deux angles. D'abord elle dit que « le rôle est la façon dont se joue un événement, une activité, une fonction, un statut, il est constitué d'une infinie variété d'éléments qui rentrent en jeu, de "variables" qui interfèrent, sont en interaction, et vont créer des différences dans la façon de faire, la façon de procéder » (Collière, 1998, p. 237). Puis sur le plan institutionnel la notion de rôle renvoie à « une ligne de conduite, un ensemble d'attitudes requises pour soigner » (Ibid. 1998, p. 235).

Un regard sur la notion des rôles sociaux permet de distinguer quatre types de rôles à savoir, le rôle imposé par les attributs de l'individu dont l'âge et le sexe; celui acquis en fonction des actes de l'individu, son rôle professionnel; celui prescrit, ou l'ensemble des comportements et conduites attendus, selon le statut de l'individu; et le rôle réel, renvoyant au rôle prescrit mais mis en acte de façon subjective c'est-à-dire selon la perception de l'individu (Fougeyrollas & Roy, 1996).

En outre cette classification selon Chapuis et Thomas (1995), révèle trois ordres de relations entre les différents aspects du rôle, qui découlent, d'abord des attentes liées au rôle, puis de la conception personnelle de ce rôle et, enfin, de l'interprétation de ce dernier citée par (Ibid. 1996). Selon la théorie des rôles développée en 1964 par Kahn *et al.*, un rôle est « un ensemble de comportements effectués par une personne occupant une place dans un groupe quelconque » cité par (Dionne & Rhéaume, 2008, p. 203). Kahn *et al.*, (1964) en reliant les niveaux individuels et organisationnels, définissent les rôles organisationnels comme « l'ensemble des activités, des comportements et des attentes ou demandes communément associés à un poste de travail dans une organisation donnée » (Bollecker & Nobre, 2011, p. 2). Dans notre étude nous retenons comme définition de rôle celle donnée par Dierdorff et Morgeson (2007), qui stipule que le rôle consiste à des tâches et responsabilités spécifiques et spécifie l'essentiel de sa performance [traduction libre] (Ugochukwu, 2013, p. 120). Autrement dit, il définit les tâches dont l'infirmier est investi.

### **2.1.3 Rôle de l'infirmier**

La littérature nous livre plusieurs définitions du rôle de l'infirmier parmi lesquelles celle de Virginia Henderson, pionnière des soins infirmiers. Selon Virginia Henderson (1961), l'unique rôle de l'infirmier est d'« assister l'individu, malade ou en bonne santé, dans le maintien ou le rétablissement de sa santé (ou l'assister dans ses derniers moments) par des activités qu'il pourrait réaliser seul s'il avait la force, la volonté ou le savoir nécessaires, de manière à l'aider à retrouver son indépendance aussi vite que possible » (Laure *et al.*, 2000, p. 14). Cette définition tire son essence de sa vision holistique de l'homme dans le cadre de son modèle et démarche de soins élaboré, qui par ailleurs est la plus répandue. Il est défini selon M. Cazes (1993), comme étant le processus par lequel l'infirmier détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant du rôle propre dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne soignée (Delon, 1997). L'intérêt de cette démarche étant, de comprendre la situation de santé d'une personne soignée en vue d'en rechercher le sens: c'est le "diagnostic" infirmier; ensuite de construire un projet de soins individualisé donc adapté aux besoins de la personne soignée: c'est un contrat de soins; aussi de coordonner les actions de soins d'une équipe pluridisciplinaire: c'est l'aide au travail d'équipe, enfin d'améliorer la qualité des soins et d'évaluer les résultats (Ibid. 1997). Le rôle de l'infirmier est aussi « sa conduite dans l'exercice de sa fonction, conditionnée par un cadre législatif qu'elle doit impérativement suivre et par d'autres d'éléments plus variables, comme ses valeurs et ses représentations, qui vont entraîner le caractère singulier de l'exercice de son métier » (Ducoulombier, 2013, p. 4).

Pour ce faire l'infirmier, afin de combler les besoins perturbés par la maladie, assure l'aide matérielle, psychologique, ainsi que la réalisation des prescriptions médicales, l'éducation de la personne, de même que l'organisation des soins en collaboration avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux (T. Alexandra, 2009). Selon l'article 1 du code de déontologie infirmière au Burkina Faso, les compétences de l'infirmier s'expriment à travers deux rôles fondamentaux dont l'un est dit « rôle propre qui regroupe l'ensemble des interventions infirmières dont l'initiative relève de la responsabilité de l'infirmier; et l'autre accompli sur prescription d'autres professionnels de la santé conformément aux textes en vigueur » (Ministère de la santé, 2014). Le rôle propre de l'infirmier s'inscrit dans son champ de compétences spécifiques, celui dans lequel, il dispose d'une autonomie propre. Dans le cadre de sa démarche de soins, ce rôle consiste à utiliser les informations recueillies auprès du malade pour déterminer ses besoins en soins infirmiers (Roduit, 2008). Ce rôle en effet n'a été reconnu à l'infirmier burkinabè qu'en 2014 (Ministère de la santé, 2014), alors qu'il l'était déjà depuis 1978 en France (Delon, 1997). Par ailleurs, malgré cette reconnaissance, ce rôle demeure peu mis en valeur en ce sens que les activités qui y sont issues s'inscrivent peu dans le rôle, que joue l'infirmier au sein des structures de santé. Ainsi l'essor technologique, a plus contribué à développer les tâches reliées à la maladie, où l'infirmier jouit de peu d'autonomie, au détriment des soins d'entretien de la vie, entraînant ainsi sa distanciation du malade. Toute chose qui, peu à peu lui a fait ressentir le malaise de ne plus parvenir à concilier son idéal de "prendre soin" du malade, lui apporter réconfort et soutien, avec la réalité de son travail trop rivié à la technique (Roduit, 2008). Or, le rôle de l'infirmier regroupe plus exactement les soins infirmiers qui sont, l'ensemble des prestations offertes par un infirmier; visant à promouvoir, préserver ou rétablir, dans le domaine de la santé, l'autonomie du bénéficiaire: individu, la famille et la communauté (Ministère de la santé, 2014). En Suisse par exemple selon l'ASI (association suisse des infirmières et infirmiers), l'infirmier dans son rôle propre identifie les besoins de santé des individus, des familles, des communautés ainsi que les ressources à leur disposition. Il organise, prodigue les soins infirmiers et évalue leurs effets. Il établit une relation de confiance avec la personne soignée et ses proches, en leur offrant information, renseignement, écoute et soutien (Gatti, 2009).

Le rôle de l'infirmier accompli sur prescription, s'applique en matière de prévention, de diagnostic et de traitements médicaux, selon les procédures et prescriptions écrites du médecin traitant et consiste à effectuer les soins thérapeutiques, puis observer les changements provoqués par la maladie ou le traitement et à en faire part au médecin, le cas échéant, aux autres thérapeutes concernés (Ibid. 2009).

Au-delà de ces deux rôles fondamentaux, il se dégage un troisième rôle de l'infirmier dit interdisciplinaire qui consiste à faire les liens entre les divers professionnels de la santé et le client. De par ses remarques ou observations, il permet à l'équipe pluridisciplinaire de travailler ensemble (Ibid. 2009). En synthèse nous constatons que contrairement à la définition du rôle infirmier donné par l'ASI où il ressort plus nettement le suivi d'une certaine démarche et en filigrane une certaine description des tâches, celle donnée par le code de déontologie infirmière burkinabè reste assez ambiguë et compacte en ce sens qu'elle ne laisse pas percevoir une description claire des tâches. Ce qui ne permet pas de révéler la charge réelle du travail qui finit par être factorisée en rôle prescrit et par ailleurs occasionner le chevauchement des activités. A ce propos Adam (1983), tirait déjà sur la sonnette d'alarme dans son ouvrage "être infirmière" que notre rôle peut parfois être perçu comme consistant à faire « un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial », si on ne le délimite pas correctement (Wittwer-Corelli, 2009, p. 10).

Pour conclure en ce qui concerne le rôle de l'infirmier, dans notre étude, nous retenons comme définition du rôle de l'infirmier celle de (Collière, 1998, p. 237) qui dit que: « le rôle est la façon dont se joue un événement, une activité, une fonction, un statut,[...] ». Par exemple un rôle de suppléance, consiste à suppléer chez la personne, ce qui lui manque pour être complet, entier, indépendant.

#### **2.1.4 Infirmier**

Selon Yanick Villedieu (2001), dans une de ses émissions rediffusées de radio Canada, intitulée "Les années-lumière", le terme infirmier est un terme issu de la mythologie théologique du troisième millénaire (Nadot, 2012). Selon Nadot (2008), le terme n'est rien d'autre qu'une séquelle discursive issue de la domination culturelle symbolique des pratiques de charité de l'Eglise catholique (Wittwer-Corelli, 2009). En somme le terme infirmier dérive de ce terme ecclésiastique catholique issu « d'ENFER » (enfermière) donnant aussi le terme infirmerie (enfermerie), renvoyant ainsi au mauvais, au malsain, à la puissance des ténèbres (Nadot, 2012). De plus il ajoute que les règles inculquées aux religieuses, sont que " plus l'enfermière" se confrontait à la puanteur, aux excréments, à l'expression de la misère, [...], plus elle pouvait espérer gagner le paradis (Wittwer-Corelli, 2009). Toute chose qui selon Chaves (2005), n'est pas porteuse d'un sens valorisant pour la discipline (Ibid. 2009). Enfin selon les travaux de Nadot ( 2007 et 2009), ce terme ne justifie pas la pratique des laïcs où, le soignant n'avait que mission de garder, c'est-à-dire avoir soins, protéger, défendre, ce qui leur était confié (Ibid. 2009).

Selon le conseil international des infirmières (CII, 1965), l'infirmier est « une personne qui, ayant suivi une formation de base aux soins infirmiers et autorisée dans son pays à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes » (OMS, 1966, p. 9).

Au Burkina Faso, au sens de l'Article 2 du code déontologie infirmière, l'infirmier est défini comme celui ou celle qui, de par sa formation et son diplôme, est habilité à dispenser des soins infirmiers, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous les âges, aux familles, aux groupes et aux communautés malades ou bien portants quel que soit le cadre (Ministère de la santé, 2014). Cependant certains auteurs ont des prises de positions critiques par rapport à la définition du terme « infirmier », comme Collière (1982), pour qui il n'est plus question de se demander ce que c'est « être une infirmière », afin d'identifier les caractéristiques de cette activité. Car selon elle « toute définition enferme, pose un cadre formel, revêt un caractère statique » (Wittwer-Corelli, 2009, p. 10).

## **2.2 Recension des écrits**

La littérature internationale nous renseigne que des études ont été menées sur la perception du rôle de l'infirmier, aussi bien en Amérique qu'en Europe. Ainsi en Europe un groupe d'auteurs a réalisé au centre hospitalier universitaire vaudois de l'université de Lausanne, une étude, sur la perception et le vécu du rôle d'infirmier ressource en soins palliatifs (IRSP), dans les établissements médico-sociaux (EMS) et les centres médico-sociaux (CMS), du réseau de soins de l'association réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise (ARCOS). Il ressort des résultats que les infirmières disent de façon unanime devoir faire preuve tant de qualités relationnelles (savoir-être), que de compétences scientifiques et médicales (savoir et savoir-faire) pour remplir leur rôle d'IRSP. Ce en mettant en évidence la dimension éminemment humaine des soins qu'elles acquièrent sur la base de dispositions personnelles à travers l'apprentissage « sur le tas » et de l'expérience professionnelle.

Ces deux dimensions, technique et relationnelle, ne sont, bien évidemment, pas spécifiques au rôle d'IRSP, mais renvoient selon Pétitas (1994), à une conception globale du soin propre, à l'identité professionnelle infirmière. De plus selon les infirmiers, la formation ne permet surtout d'acquérir que des connaissances, des capacités, et des compétences médicales et techniques plutôt que de participer à développer ce fameux « savoir-être », résistant, de fait, à une certaine entreprise de théorisation et de formalisation.

En outre leur rôle exige un fort investissement personnel, des dispositions (qualité d'écoute, empathie) nécessaires pour répondre aux difficultés et une grande responsabilité reposant une fois de plus sur des efforts personnels de l'infirmier. Parfois leur rôle présente aussi des limites en tant qu'activité chronophage et avec les tensions de rôle relevant de la hiérarchie et des rapports de pouvoir entre infirmiers et médecins, de même qu'entre professionnels généralistes (IRSP et médecins traitants) et professionnels spécialistes (EMSP) (F. Kaech, Th. Currat, J. Mbarga, & J.L. Pereira, 2010).

Au Canada dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick, une étude a été menée sur l'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières. Elle a révélé que les infirmiers vivent d'une part de l'ambiguïté dans leur rôle, particulièrement en ce qui concerne le transfert des tâches, le modèle de prestation des soins et le manque de connaissance des rôles de chacun. D'autre part, elles vivent le conflit de rôle, qui, découle de l'excès de responsabilités engendré par les soins de base, la gestion des soins et le travail d'équipe avec les infirmiers auxiliaires (Dionne & Rhéaume, 2008). Aussi l'étude de Besner et al.,(2005), auprès du personnel infirmier a montré, une confusion de rôle au sein de la profession infirmière et entre le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé (Ibid. 2008). Par ailleurs selon Blythe, Baumann et Giovannetti (2001), Decter, (1997), Workman, (1996), cette confusion de rôle pourrait s'expliquer par les changements fréquents dans la division du travail du personnel hospitalier à la suite des réformes du système de santé (Ibid. 2008).

De plus il ressort plusieurs facteurs qui selon Barter et al. (1997), Blythe et al. (2001), Dunleavy et al. (2003), Ingersoll (1995), McLaughlin et al. (2000) Rhéaume *et al.* (2007), ont contribué au conflit de rôle, soit par l'augmentation de la charge de travail en général, ou du nombre de patients assignés aux infirmières, ainsi que des nombreuses tâches sans rapport avec le travail d'un infirmier, telles que des tâches ménagères et secrétaires. Aussi les infirmiers sont de plus responsables de superviser et de contrôler la qualité du travail du personnel de soutien (Ibid. 2008).

Toutefois Dunleavy et al, Keddy et al. (1999), signalent que même si plusieurs de ces tâches ne font pas partie de leur champ de pratique, les infirmiers continuent d'assumer de plus en plus de responsabilités afin que la personne soignée ne manque de rien (Ibid. 2008).

En sommes, bien que percevant l'utilité et la nécessité d'accomplir leur rôle de façon holistique, les infirmiers disent faire face dans ces deux études à des défis, notamment la gestion du temps, auxquels la plupart des participants sont confrontés dans la prestation des soins individualisés.

Manon Lemonde et Naghmeh Payman (2015), ont aussi exploré comment l'infirmier en oncologie percevait son rôle et ses responsabilités par rapport aux normes de soins de l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO). Elles ont formé six groupes de discussion, qui ont connu la participation de vingt-un infirmiers autorisés d'un hôpital communautaire. L'analyse des résultats a abouti, à trois thèmes principaux qui traduisent la perception de l'infirmier de son rôle et de ses responsabilités en oncologie au Canada. Ainsi l'infirmier en oncologie perçoit une disparité entre la définition de son rôle et la réalité de sa pratique quotidienne, en indiquant qu'il y a une lacune relative à la connaissance des normes de soins de l'ACIO. Aussi parce qu'il y a un décalage d'accommodation entre la vitesse d'adaptation du système de santé à assurer un soutien organisationnel conséquent comme stabiliser le personnel, et la charge liée aux soins prodigués, de plus en plus complexes, spécialisés, et concernant davantage de personnes atteintes de cancer, de plus l'infirmier a besoin de perfectionnement professionnel soutenu et doit occuper un rôle de leadership. Enfin, il s'engage à fournir des soins continus et sert de point de référence pour l'équipe de soins de santé en favorisant la collaboration interdisciplinaire et en aidant le patient à naviguer dans le système (Lemonde & Payman, 2015).

Au Burkina Faso, la littérature infirmière au plan nationale est très peu développée. De plus nous n'avons mis en évidence aucune étude ayant spécifiquement cherché à déterminer la perception qu'ont les infirmiers de leur rôle. La littérature nationale à laquelle nous avons eu accès sur la recherche infirmière, a abordé cependant divers thèmes d'intérêt majeur pour la profession.

Compaoré T. (1999), dans son mémoire de fin d'étude intitulé 'l'introduction de l'écrit dans les pratiques infirmières Burkinabè', l'auteur pour aboutir à ses résultats, a procédé au centre hospitalier régional (CHR) de Tenkodogo, par des entretiens semi-directif avec six médecins, le directeur général et le coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux du centre hospitalier, et par un questionnaire auto administré à vingt-huit infirmiers. Il met en exergue que les perceptions des populations africaines de l'infirmier sont l'idée « d'une personne capable de poser un diagnostic médical et de prescrire un traitement médical adéquat » (Compaoré, 1999, p. 1). Cela, en raison de l'insuffisance de médecins, de la politique sanitaire prônant une proximité des soins des populations et un programme de formation des infirmiers privilégiant une formation purement médicale. Il relève ensuite des dysfonctionnements liés aux modes de communication au sein du service de soins dans les centres hospitaliers.

Celles-ci seraient à l'origine d'un véritable malaise dans le positionnement des infirmiers exerçant dans les centres hospitaliers, avec comme corollaire pour certains une « nostalgie » de leur exercice professionnel dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) (Ibid. 1999). Pour atteindre le but de l'étude, l'auteur s'est fixé comme objectifs d'une part de mesurer le niveau de représentation de la notion de rôle propre chez les infirmiers burkinabè et d'autre part d'identifier les pré-requis nécessaires à l'introduction de l'écrit en tant qu'outil infirmier formalisé et reconnu dans les pratiques professionnelles. Dans son analyse situationnelle il met en évidence le manque de connaissance et de reconnaissance du rôle propre de l'infirmier dans nos hôpitaux, en faisant le lien entre cette difficulté de reconnaissance de la spécificité infirmière, de son autonomie par rapport à la profession médicale et l'absence d'outils écrits, des supports d'écriture (Ibid. 1999). Cependant au regard de l'absence de précision sur le type d'étude et la faiblesse de la taille de l'échantillon, l'analyse des résultats présente des insuffisances, bien que les principaux résultats auxquels il ait abouti soient en adéquation avec la réalité du terrain. Il s'agit notamment de l'existence déjà de l'habitude des écritures à l'hôpital même si celles-ci ne sont pas pour l'infirmier, du manque de reconnaissance du rôle de l'infirmier qui, selon lui, doit être cependant nuancé. Il note enfin une insuffisance de connaissances sur les notions de rôle propre et rôle délégué de l'infirmier. En effet la taille de l'échantillon d'étude pose un problème de représentativité. Par conséquent les résultats ne sont pas généralisables en ce sens qu'ils ne permettent donc pas de faire des analyses statistiques appropriées qui montreraient des liens statistiquement significatifs entre les différentes variables. Quant aux résultats des entrevues, ils ont été analysés de façon quantitative en terme de nombre d'interviewés ayant donné tel ou tel avis, ce qui ne permet pas de savoir si les données ont été collectées jusqu'à saturation.

Marie Lorraine Friderich (2009), dans une étude qualitative menée au Burkina Faso, intitulée « la relation soignant-soigné au Burkina Faso en 2008. Comment les professionnels et les patients la perçoivent-ils ? ». Ainsi elle a recueilli et analysé le sentiment d'une trentaine de professionnels et autant d'utilisateurs sur leur relation, et mis leur discours en perspective.

Elle a révélé de l'insatisfaction dans leur relation, liée principalement au rôle extrêmement délétère joué par l'argent, notamment depuis l'avènement du recouvrement des coûts. Aussi elle a mis en exergue avec les entretiens des professionnels, leurs disparités sur leur point de vue dans le choix de leur profession respective. Puis, elle a révélé que seulement quatre sur neuf infirmiers ont déclaré avoir désiré le choix de leur métier pour des motivations diverses.

Par contre la quasi-totalité des médecins et de sages-femmes interrogés ont déclaré avoir choisi leur métier, soit respectivement de sept sur huit et de sept sur neuf.

Cette faible envie du métier infirmier ne nous semble pas anodine, car traduirait en quelque sorte le degré de satisfaction des infirmiers de leur rôle et les prémices d'un certain manque de notoriété et de malaise vis-à-vis de ce corps.

A. Kéré (2015), dans le deuxième chapitre de son ouvrage intitulé « Motivation à la formation chez les infirmiers au Burkina Faso. Quels bénéfices à se former? », fait l'historique de la profession infirmière, inexistante avant la colonisation. Ainsi selon Badiel (1993), cité par (Ibid. 2015), l'apparition de la fonction et du corps infirmier a fait suite à l'épidémie très dévastatrice de fièvre-jaune, à laquelle s'est ajoutée la recrudescence de grandes endémies virulentes, doublée de l'insuffisance de médecins en Afrique-Occidentale Française (A.O.F.). A cet effet l'administration coloniale a adopté en 1904 et 1905, deux décrets portant respectivement protection de la population et création de l'assistance médicale indigène (AMI). Mais l'AMI est très vite débordée par le manque de personnel et d'infrastructures. Ainsi selon Badiel (1993), le corps des aides-médecins indigènes voit le jour par arrêté du 7 juin 1906 avec une double mission: contribuer à l'amélioration de la santé de la population, et servir " d'interprètes intermédiaires auprès des noirs" et " d'agents de pénétration et d'information coloniale" cité par (Ibid. 2015). Selon la même source, les aides- médecins doivent être destinés à rester sous l'autorité et sous la responsabilité du médecin européen dont ils ne doivent être que des auxiliaires. Autrement dit constitués les « yeux, les oreilles et la bouche » de l'administration coloniale en plus d'être agent de santé (Ibid. 2015, p. 20). Toute chose qui leurs procuraient un statut social et professionnel plus valorisant que l'infirmier, quoique recruté sur la base du même niveau d'instruction que ce dernier. Il ressort également cependant que l'aide médecin n'était pas infirmier, « puise qu'un arrêté en date du 20 avril 1922, viendra constituer le cadre local des infirmiers indigènes de l'AMI de la Haute Volta » (Ibid. 2015, p. 21). Quant au rôle de l'infirmier, il est précisé par une directive en date du 21 décembre 1921, avant l'arrêté constitutif du cadre local des infirmiers indigènes de Haute-Volta. Ainsi les missions dévolues aux infirmiers se présentent en ses termes.

Les infirmiers doivent satisfaire à toutes les exigences du service, soins et pansements aux malades, lavage des bandes, entretien du matériel, propreté des locaux et de leurs abords, préparation éventuelle des repas pour les malades, tenue de certains registres, etc. Un infirmier doit rester au poste médical pendant les absences du médecin. Il doit toujours y avoir un infirmier de garde au dispensaire (Ibid. 2015, p. 21).

Selon Badiel (1993), les missions telles que définies faisaient de l'infirmier un « homme à tout faire » (Ibid. 2015, p. 21).

De plus, la situation endémo-épidémique permanente a pratiquement contraint les autorités sanitaires à n'avoir d'autre choix que de valoriser le personnel auxiliaire indigène, notamment les infirmiers, pour venir à bout desdits fléaux. Le même auteur relève ensuite que cette situation est à l'origine de leur implication progressive dans les services d'hygiène et de prophylaxie de la trypanosomiase, et ce, en raison du fait que les infirmiers formés dans les hôpitaux et chargés de tâches domestiques ne pouvaient être utilisés tels quels. C'est pourquoi il a fallu, recruter et former un personnel infirmier adapté et qualifié dans un délai raisonnable. Ainsi, le rôle de l'infirmier n'est plus « l'homme à tout faire », au service du médecin, même s'il travaille toujours sous la responsabilité de celui-ci. Désormais il fait, en itinérance, le dépistage des affections, tient le registre de consultations et de suivis des malades. Toute chose ayant conduit au relèvement du niveau de recrutement des infirmiers au brevet d'étude du premier cycle (BEPC) selon les mêmes conditions qu'en France métropolitaine. Ainsi à l'issue de la formation à Dakar au Sénégal, les agents accédaient au corps d'infirmiers d'État qui coiffait par la suite le corps des infirmiers et infirmières et celui des infirmiers et infirmières spécialistes, recrutés sur la base du diplôme du certificat d'études primaires (CEP) en Haute Volta à l'époque et d'infirmières du cadre local à l'issue de concours professionnel.

### **2.3 Les courants théoriques de rôle**

Le modèle théorique des rôles développé par Kahn et al. (1964), a été expérimenté lors d'études sur le stress vécu par des employés dans diverses structures organisationnelles (Dionne & Rhéaume, 2008). Selon Biddle (1986), sociologue, la théorie du rôle est la science qui étudie les caractéristiques comportementales d'individus dans un contexte précis (Dias, 2009). De plus ce modèle selon Barter et al. (1997), fut utilisée par plusieurs auteurs au courant des années, dont pour la recherche en science infirmière (Ibid. 2008).

En effet ce modèle, met en évidence non seulement le processus de transmission de rôle, mais aussi les variables ou facteurs organisationnelles, individuelles et interpersonnelles qui peuvent influencer ce processus. Au niveau du processus de construction de rôle, l'interaction dans laquelle se construit le rôle implique que chaque tenant de rôle soit directement associé à un certain nombre (généralement restreint) d'acteurs qui évoluent dans son environnement proche, soit comme acteurs intervenant dans les mêmes processus, ou ayant une autorité sur la personne (Bollecker & Nobre, 2011). Ces acteurs selon cette théorie, peuvent être la famille ou les collègues concernés par le comportement de la personne (Dionne & Rhéaume, 2008).

En rappel selon Katz et Kahn (1966), le rôle se construit de façon interdépendante et rétroactive entre un ou plusieurs émetteurs et un récepteur de rôle. Commencant dès la transmission des attentes de l'émetteur vers le récepteur, il se termine lorsqu'il est accompli avec les conséquences qui s'ensuivent (Bollecker & Nobre, 2011). C'est en somme selon (Perrot, 2005), un processus continu et permanent d'ajustement d'un individu à son rôle organisationnel. Katz et Kahn (1966), distinguent quatre étapes ou séquences dans le processus de transmission de rôle à savoir, les attentes de rôle, le rôle transmis, le rôle perçu, et le rôle joué (Ibid. 2005). Selon les mêmes auteurs, l'émetteur de rôle a des attentes explicites ou implicites à l'égard du récepteur de rôle, dont l'expression constitue le rôle transmis, avec pour effet d'induire au récepteur de rôle un certain comportement conforme aux attentes de l'émetteur (Bollecker & Nobre, 2011). Dès réception du rôle transmis, le récepteur développe sa propre perception et interprétation des signaux transmis par l'émetteur et en déduit un rôle perçu, dont l'expression observable est le rôle exercé correspondant ainsi au résultat de la perception qu'a le récepteur de rôle des attentes de rôles transmises par l'émetteur de rôle (Ibid. 2011).

Le processus de perception lui se déroule au niveau du récepteur de rôle où est déduit le rôle perçu qui sera mise en œuvre avec les conséquences qui en découlent. Ce processus subit par ailleurs l'influence du champ perceptuel, qui est constitué de tous les faits dont la personne a conscience et qui déterminent son comportement. Il s'agit notamment, des facteurs organisationnels, personnels et interpersonnels dont les effets s'expliquent ainsi qu'il suit:

Pour les facteurs organisationnels, c'est dans la mesure où les attentes de l'émetteur de rôle ne naissent pas spontanément dans son esprit, ni se construisent uniquement du résultat de son évaluation de la conformité du comportement du récepteur de rôle à ses attentes. Mais selon Murray (1998) en fonction de la société et de la culture, qui prescrivent à l'individu ce qu'il doit faire et être, ce que l'on attend de lui, et qui, en retour agit selon ce qu'on attend de lui et qui valorise sa position sociale (Dias, 2009).

Ce comportement étant le résultat issu de la perception que le récepteur de rôle a des attentes de l'émetteur. Ces attentes de rôle sont donc en plus fonction des caractéristiques structurelles de l'organisation, qui sont entre autre, la taille, le nombre de niveaux hiérarchiques, la nature des services qu'elle propose, les modalités de division du travail avec ses implications en termes de relation entre les entités de l'organisation, son système de récompense et de sanction, etc. D'où selon Biddle, (1986), Winnubst & Egbert, (1985) et Hilbert, (1981), une forme de socialisation que subit le rôle puisque influencé par ces caractéristiques ainsi que des demandes provenant de l'organisation (Ibid. 2009).

Les facteurs personnels sont aussi des facteurs explicatifs du processus perceptif en ce sens que le récepteur de rôle à ses propres attentes qui interfèrent dans la détermination de son comportement. En effet, les motivations, valeurs, sensibilité, craintes, ou habitudes des acteurs conditionnent la façon dont les attentes sont exprimées, mais aussi parallèlement influent également sur la façon dont le rôle est perçu et interprété. Cela explique de ce fait que des attentes identiques puissent être perçues différemment et générer des comportements différents d'un individu à l'autre.

Enfin, les facteurs interpersonnels doivent attirer notre attention dans la mesure où la relation entre le récepteur de rôle et les émetteurs de rôle affecte la manière dont le rôle est perçu et traduit en action par le récepteur de rôle. Dans ce sens des compliments ou reproches peuvent n'avoir pas la même force et le même effet, selon qu'ils émanent d'une personne avec qui une relation de confiance est établie ou au contraire, d'un individu qui suscite la défiance.

Le processus de transmission de rôle, qui comprend celui perceptif d'où, il en est résulté le rôle perçu par le récepteur de rôle, a abouti selon Katz et Kahn (1966) à trois options ou conséquences possibles de comportements observables (Bollecker & Nobre, 2011). Ainsi selon que le récepteur du rôle constate plus ou moins ou pas d'adéquation entre sa perception du rôle et la perception du rôle transmis, en retour, il en sera plus ou moins accepté et en sera facilement d'autant dans son accomplissement. Ainsi on peut donc observer de la compliance, de la résistance ou l'absence de réactions selon le degré de conformité des perceptions. Les manifestations de ces observations chez le récepteur sont traduites soit en adéquation, en ambiguïté, voire en conflit de rôle.

Selon Kahn, et al.,(1964), l'ambiguïté de rôle est lorsqu'une personne perçoit un manque d'information ou d'attente claire et consistante pour exercer son rôle (Dionne & Rhéaume, 2008), ou encore en plus selon Brykczynski (2009), lorsque les responsabilités ne sont pas bien définies (Dias, 2009). Elles ajoutent que cela affecte à long terme, la performance professionnelle de l'individu (Dionne & Rhéaume, 2008). Par exemple au cas où, l'infirmière ne connaîtrait pas l'étendue des compétences qui lui sont assignées lorsqu'il travaille dans un centre hospitalier, il pourrait être taxé d'avoir outre passé ses prérogatives.

Le conflit de rôle se retrouve fréquemment dans la profession infirmière et est détecté lorsqu'il y a un problème concernant la transmission d'un rôle ou, encore, lorsque la personne émettant le rôle ne considère pas les besoins de la personne-clé (Ibid. 2008). Selon Kahn *et al.*, (1964), un infirmier peut vivre un conflit lorsqu'il lui manque le matériel nécessaire pour accomplir son rôle ou si les attentes qui lui sont transmises dépassent ses habiletés ou encore lorsqu'il manque de temps et de ressources pour accomplir ses rôles (Ibid. 2008).

Plus spécifiquement, un infirmier peut vivre un conflit de rôle lorsque les responsabilités dont elle doit s'acquitter lors d'un relais prennent plus de temps que prévu. Ainsi selon Hardy et Conway (1988), cela peut alors impacter négativement la satisfaction au travail, voire diminuée la confiance envers les supérieurs ou l'organisation (Ibid. 2008).

En conclusion, le processus de construction de rôle, de même que le processus perceptif et les facteurs influents concourent à l'obtention d'une résultante, qui est le rôle perçu, dont l'expression observable est le rôle joué avec les conséquences qui s'en suivent. Si au niveau du récepteur de rôle, la perception du rôle et celle du rôle transmis sont la même, l'accomplissement du rôle est fait avec complaisance et une plus grande satisfaction. Sinon il y'a ambiguïté ou conflit selon qu'il manque des informations pour accomplir le rôle ou qu'il y ait de la résistance à l'accomplissement du rôle ou rien au cas où le rôle est perçu avec moins de satisfaction. Nous pouvons bien nous inscrire dans cette théorie, surtout qu'il s'agit pour nous d'étudier la perception que les infirmiers ont de leur rôle. Ainsi notre cadre conceptuel se compose de deux concepts que sont le rôle de l'infirmier et les facteurs de la perception de l'infirmier. Le rôle de l'infirmier représente notre variable dépendante et les facteurs de perceptions infirmières notamment personnels, interpersonnels et organisationnels les variables indépendantes. C'est dire que le rôle de l'infirmier selon qu'il soit bien ou mal accompli, dépend de la perception que celui-ci aura des différents facteurs de perception. En outre au regard du cadre conceptuel, nous avons émis quatre propositions théoriques:

- ✓ La compréhension de l'infirmier de son rôle au CHUP-CDG influence sa perception, en ce sens que le rôle reçu est analysé et interprété dans son processus d'analyse, pour en déduire le rôle perçu dont l'expression observable est le rôle joué ou accompli avec toutes les conséquences qui s'en suivent.
  
- ✓ Les facteurs personnels lié à l'infirmier influencent la perception de son rôle au CHUP-CDG, en ce sens que sa compréhension du rôle, ses motivations, valeurs, sensibilité, craintes, ou habitudes, etc, sont conditionnées par la façon dont les attentes sont exprimées et transmises, ensuite analysées ou interprétées par l'infirmier, pour en déduire le rôle perçu, qui traduit son comportement observable.

- ✓ Les facteurs interpersonnels en lien avec l'infirmier influencent la perception de son rôle au CHUP-CDG, en ce sens que la nature des relations entre les émetteurs de rôle et le récepteur affectent la façon dont les attentes sont exprimées et transmises, ensuite analysées ou interprétées par l'infirmier, pour en déduire le rôle perçu qui traduit son comportement observable.
  
- ✓ Les facteurs organisationnels en lien avec l'infirmier influencent la perception de son rôle au CHUP-CDG, en ce sens, que le climat organisationnel ( la taille, le nombre de niveaux hiérarchique, la nature des services proposés, les modalités de division du travail et leurs implications en termes de relation entre les entités de l'organisation, de même que le système de récompense et de sanction) conditionne la façon dont les attentes sont exprimées et transmises, ensuite analysées ou interprétées par l'infirmier, pour en déduire le rôle perçu qui traduit son comportement observable.

# **CHAPITRE 3.**

## **CADRE DE L'ETUDE**

### **3 Cadre de l'étude: le CHUP-CDG**

#### **3.1 Historique**

Fruit de la coopération entre le Burkina Faso et la France, le CHUP-CDG a été créé par décret n° 99-252/PRES/PM/MS du 20 Juillet 1999. Il a été inauguré officiellement le 30 janvier 2001 avec l'admission des premiers malades le 24 avril de la même année. Le CHUP-CDG est situé dans l'arrondissement N° 10, au secteur 44 à Ouagadougou à l'intersection du boulevard des Tensoba avec l'avenue Charles De Gaulle. Il est l'un des quatre centres hospitaliers de troisième niveau et le centre de référence pour les soins pédiatriques au plan national. Hôpital de 120 lits, il ressort que la capacité d'accueil des salles d'hospitalisation est dépassée avec certaines salles qui abritent six lits pour une prévision de quatre. Le CHUP-CDG est structuré en services administratifs et financiers regroupés au sein des directions techniques (DAF, DRH, DSG, DHQS, DPHUC, AC), en services cliniques (pédiatrie médicale, chirurgie pédiatrique, anesthésie-réanimation) et en services médico-techniques (laboratoire, pharmacie, imagerie médicale). Sa mission, conformément au projet d'établissement 2015-2019, est d'assurer une prise en charge hospitalière de haut niveau et jouer un rôle hospitalo-universitaire prééminent dans les domaines de la pédiatrie et de la santé de la reproduction

#### **.3.2. Organisation et structures d'administration et de gestion de l'hôpital**

Le CHUP-CDG est régi par le décret N° 2014-615/PRES/PM/MEF/MS du 24 Juillet 2014 portant statut général des établissements publics de santé (EPS). Il s'intègre dans l'ensemble des structures de dispensation des soins en assurant les soins de référence à la population au plus haut degré et est organisé comme suit.

Le conseil d'administration (CA) qui assure la haute responsabilité de l'établissement, exerce une autorité et un contrôle sur l'ensemble des organes. l'exécution quotidienne des décisions du CA et de la gestion de l'établissement est assurée par une direction générale, et est chapotée par un directeur général (DG), qui peut en cas d'urgence, prendre toutes mesures conservatoires nécessaires dépassant ses attributions, ce à condition d'en rendre compte au (à la) Président(e) du conseil d'administration dans les plus brefs délais. Il est assisté par les différentes directions techniques et services rattachés qu'il peut à tout moment consulter.

Les organes consultatifs sont nombreux et ont avec l'organe de contrôle, un lien de consultation avec la direction générale.

Parmi les organes consultatifs les plus fonctionnels il y a la commission médicale d'établissement (CME) qui émet des avis sur le fonctionnement de l'établissement et celle des Soins Infirmiers (CSI) qui en émet sur les dossiers en rapport avec la politique des soins. Ensuite le conseil de discipline (CD) qui est chargé de statuer en matière disciplinaire sur les fautes commises par les agents de l'établissement dans le cadre de leurs activités professionnelles. D'autres organes ont leur processus de mise en place en cours. C'est le cas du comité technique d'établissement (CTE) et du comité technique d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CTHSCT). La direction générale dispose d'un certain nombre de services rattachés que sont le secrétariat particulier (SP), le service des affaires juridiques et du contentieux (SAJC), le service de la communication et des relations publiques (SCRP), le service de l'information, de la recherche, de l'épidémiologie et de la planification (SIREP), le service central des archives et de la documentation (SCAD), et le service informatique (SI).

Il existe également des directions administratives et techniques, relevant de la direction générale. Ce sont, la direction du contrôle interne (DCI) qui comprend le service chargée du contrôle de gestion et celui de l'audit interne, la direction des marchés publics (DMP) composé du service des marchés, fournitures et services et de celui des marchés, des travaux et équipements. Il y aussi la direction de l'administration et des finances (DAF) qui regroupe les services du budget, de la gestion administrative des patients et celui chargé des achats. Celle des ressources humaines (DRH) comprend trois services qui sont celui de la gestion administrative et salariale du personnel, du recrutement et de la formation, et celui des œuvres sociales du personnel. Quant à la direction des services généraux et de la logistique (DSGL), il se compose du service du patrimoine et de la logistique, de celui des travaux et de la maintenance et de celui chargé de l'accueil et de l'hôtellerie. Enfin l'agence comptable (AC) qui compte trois services à savoir celui chargé de la recette, celui de la dépense et celui de la comptabilité. Tout comme les directions techniques relevant de la direction générale, des directions cliniques y sont également liées. Ce sont, la direction de la prospective hospitalo-universitaire et de la coopération (DPHUC) qui comprend trois services. Celui de la prospective hospitalo-universitaire, celui de la coopération et celui de l'organisation et de la gestion des archives médicales. La direction de la qualité des soins (DQS) a également trois services que sont celui de la normalisation et de la promotion de la qualité, celui de l'évaluation et de l'amélioration continue et celui l'hygiène et de la sécurité des patients. La direction des services médicaux et techniques (DSMT), regroupe le plus grand nombre de services dont trois concentrent la quasi-totalité de la population infirmière du CHUP-CDG dans leur unité.

Il s'agit du service de la pédiatrie médicale et de spécialités médicales, celui de la chirurgie pédiatrique et de spécialités chirurgicales et celui d'anesthésie et de réanimation. La direction des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO) qui comprend les services de coordination des unités de soins et de la planification et le service de l'évaluation et de la recherche en soins infirmiers et obstétricaux. Il n'y a pas de liens hiérarchiques, ni de collaboration matérialisés entre ces services et les unités dans lesquelles travaillent les infirmiers. Il faut enfin noter que l'hôpital dispose de plusieurs cadres de concertation et de gestion parmi lesquels la plus haute instance est l'assemblée générale(AG), qui se réunit deux fois par an et regroupe l'ensemble du personnel. Le conseil de direction se réunit une fois par mois et regroupe tous les directeurs, les chefs de services médicaux et médico-techniques, les responsables des différentes directions, le chef du service social et un représentant du syndicat des travailleurs de la santé humaine et animale (SYNTSHA). Il en est de même dans le comité de suivi budgétaire, et dans les services et unités qui en plus font des staffs quotidiens entre soignants pour faire le point des activités de la veille. Outre ces services, les infirmiers travaillent dans les services cliniques et les unités d'hospitalisation.

### **3.3 Les services cliniques et les unités d'hospitalisation**

Au regard de l'organigramme de l'hôpital (CHUP-CDG, 2017) et du plan d'action 2016, les services cliniques où se trouve la quasi-totalité du personnel infirmier sont constitués de la pédiatrie médicale et de spécialités médicales, de la chirurgie pédiatrique et de spécialités chirurgicales et du service d'anesthésie-réanimation, et comprennent plusieurs entités. Les activités essentielles des infirmiers se trouvent dans le domaine des soins: la prise des constantes, la surveillance, l'administration des traitements et l'exécution des prescriptions. Ainsi nous avons successivement:

- Les services d'urgences qui se composent d'une unité des urgences médicales et d'une unité des urgences chirurgicales et occupent les mêmes locaux. Elles ont pour mission principale l'admission des cas d'urgence qui font l'objet de mise en observation ou d'hospitalisation. Les deux unités reçoivent des malades évacués ou référés en provenance d'autres structures sanitaires, mais aussi des admissions directes et des transferts d'autres services du CHUP-CDG.
- L'unité des urgences médicales (UM) assure les soins d'urgences et ou spécialisés aux enfants de 0 à 14 ans, les consultations médicales et les mises en observation des patients. Elle participe aussi à la formation, à l'encadrement et la recherche.

Dans cette unité tout comme dans les autres, l'infirmier est chargé de la prise des constantes (poids, taille, température), de l'administration des soins (prises de voies veineuses, traitements) et assure la surveillance des malades et l'exécution des prescriptions.

- L'unité des urgences chirurgicales accueille et assure la prise en charge des patients dont l'état de santé nécessite une intervention médico-chirurgicale immédiate. Elle mène aussi des activités de formation et de recherche. À ce niveau, les infirmiers assurent la continuité des soins déjà entrepris et en fonction de leur spécificité exécute aussi les soins prescrits par les médecins (pansements spécialisés ou sous anesthésie, préparations des salles d'opération et des malades à opérer, ou aide le chirurgien à opérer ou encore assure les conditions favorables de l'intervention par la vérification de la fonctionnalité et la disponibilité du matériel à utiliser.
- L'unité de consultations externes, offre comme prestations: les consultations de pédiatrie générale, les consultations spécialisées (VIH, Drépanocytose, Nutrition, pneumologie, cardiologie, néphrologie, psychologie clinique, chirurgie, anesthésie), les consultations d'observance et la vaccination. L'infirmier ici assure également la prise des constantes des malades en consultation et exécute les actes qui lui sont demandés ou délégués.
- Quant aux unités d'hospitalisation, elles sont dans plusieurs domaines. Également les activités de l'infirmier sont identiques à celles déjà citées dans les unités précédentes à savoir la surveillance quotidienne des constantes des malades, l'administration des différents soins et traitements, etc. Elles se composent de:
  - L'unité des maladies infectieuses dont la mission est de gérer les maladies infectieuses y compris celles à potentiel épidémique. Elle abrite également l'hôpital du jour qui assure la prise en charge ambulatoire des patients infectés par le VIH. De plus, l'unité vient en appui aux unités des grands enfants et des nourrissons dans la prise en charge des malades de ces unités pendant les périodes de grande affluence.
  - L'unité des grands enfants est chargée d'accueillir et de dispenser des soins médicaux de qualité aux enfants de plus de deux ans et d'assurer l'encadrement des élèves de l'école nationale de santé publique (ENSP), les étudiants stagiaires de l'université à Ouagadougou et d'autres structures privées.

- L'unité d'oncologie pédiatrique a en charge d'accueillir et de dispenser des soins médicaux de qualité aux enfants atteints de pathologies cancéreuses. Cette jeune unité partage les locaux avec l'unité des grands enfants.
- L'unité des Nourrissons assure l'exécution des soins curatifs, préventifs et promotionnels aux enfants de 1 à 24 mois.
- L'unité de Néonatalogie chargée d'accueillir et de dispenser des soins médicaux de qualité aux enfants de 0 à 28 jours. Cette nouvelle unité partage les mêmes locaux que celle des Nourrissons dont elle émane.
- Les unités de la chirurgie pédiatrique dont la mission est d'assurer la prise en charge des pathologies chirurgicales de l'enfant. C'est le principal centre de référence dans le domaine de la chirurgie pédiatrique au Burkina Faso. Les activités chirurgicales du bloc comportent essentiellement la chirurgie ambulatoire, les interventions d'urgence et programmées. La rééducation fonctionnelle et kinésithérapie
- L'unité de chirurgie d'hospitalisation a une capacité d'accueil est de vingt-quatre (24) lits répartis dans neuf (9) chambres. Elle assure le suivi thérapeutique des enfants adressés dans un contexte de pathologie chirurgicale infantile et dont l'état requiert un traitement chirurgical et des soins post-opératoires. Elle participe également à la formation et aux activités de recherche. Dans ce service en plus des soins ordinaires, les infirmiers assurent les pansements des malades et surveillent l'évolution des lésions.
- Le service d'anesthésie-réanimation assure la prise en charge des enfants en situation de détresse vitale médicale ou chirurgicale (réanimation polyvalente) et la dispensation des prestations en anesthésiologie. il comprend une unité d'anesthésiologie et une unité de réanimation polyvalente

### **3.4 Les unités médico-techniques**

Elles se composent:

- du service de laboratoire d'analyses médicales qui est une référence au niveau national pour la rougeole et la méningite. Il constitue avec le service d'imagerie médicale les principaux services d'aide au diagnostic du CHUP-CDG que sont entre les prestations de radiologie conventionnelle et d'échographie. Depuis 2015, le service réalise certains examens spécialisés. et la mammographie de dépistage.

- du service de la pharmacie, il assure la gestion, l'approvisionnement, le stockage, la distribution, la dispensation des médicaments, des consommables médicaux et les préparations pharmaceutiques.

### **3.5 Prestations de services**

Les prestations de services ont lieu dans les différents services cliniques et médico-techniques. Ce sont entre autre:

- pour les services cliniques, les consultations médicales, chirurgicales et anesthésiques, les interventions chirurgicales et d'anesthésies-réanimation, les hospitalisations, la prise en charge des urgences pédiatriques (médicales, chirurgicales et néonatales. et celle des enfants infectés par le VIH.
- Quant aux services médico-techniques, il s'agit par exemple de la dispensation des médicaments essentiels au dépôt pharmaceutique, de l'approvisionnement des services en médicaments et consommables, des examens radiologiques et biologiques. Il est à noter que le plateau technique actuel a besoin d'être renforcé par des prestations telles les examens d'imagerie (TDM), de laboratoire (mycologie, hormonologie...), et certaines explorations fonctionnelles en ORL, en pneumologie, en cardiologie, en ophtalmologie et en gastro-entérologie.

# **CHAPITRE 4**

## **METHODOLOGIE**

## **4. Méthodologie**

Ce chapitre expose la méthode utilisée afin de répondre à notre question recherche. Divisé en neuf parties, ce chapitre présente, le devis de l'étude, la population, l'échantillonnage et l'échantillon d'étude, les techniques de collecte, les instruments de collecte, le déroulement de l'étude, l'analyse des données, les critères de rigueur, ainsi que les considérations éthiques.

### **4.1 Devis de l'étude**

Nous avons mené une étude qualitative. C'est une étude de cas holistique avec une seule unité d'observation. En effet la recherche qualitative ne vise pas à quantifier ou à mesurer. Elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (Aubin-Auger, et al., 2008). Dans notre étude, nous avons cherché à comprendre comment l'infirmier perçoit son rôle au CHUP-CDG. Ainsi nous nous sommes intéressés, à la manière dont le rôle des infirmiers est perçu par les infirmiers eux-mêmes. Nous avons recherché l'essence des phénomènes, qui selon Van Maanen (1990), se définit comme étant, la nature intrinsèque et le sens que les humains attribuent aux phénomènes (Rousseau & Saillant, 1996).

### **4.2 Population et échantillonnage/ échantillon**

#### **4.2.1 Population d'étude**

La population d'étude est constituée des infirmiers/ères exerçant dans le domaine des soins au CHUP-CDG.

#### **4.2.2 Echantillonnage/échantillon**

L'échantillonnage a été fait par choix raisonné des infirmiers eu regard au type d'étude et la question de recherche, qui veulent que l'échantillon soit intentionnel et évolutif. Selon Gillis & Jackson (2002), ce type d'échantillonnage nécessite un engagement à entendre en entrevue des sujets qui possèdent l'expertise liée au phénomène étudié, afin de pouvoir obtenir le plus d'information sur le sujet à l'étude (Dias, 2009). Il s'est agi pour nous de mener des entrevues au fur et à mesure avec les sujets choisis parmi ceux qui ont un rapport avec le phénomène étudié, et ce jusqu'à ce qu'on ait constaté que les entrevues additionnelles n'apportaient plus d'information nouvelle à la compréhension du phénomène. Nous avons procédé à une diversification interne et externe de notre échantillon. Elle a été assurée de manière interne en tenant compte de l'occupation au sein du service, de l'expérience dans la pratique infirmière, de l'ancienneté dans le service et de l'inscription au tableau de l'ordre des infirmiers/ères du Burkina Faso, puis de manière externe en prenant en compte les infirmiers de deux sexes et les services d'exercice. Notre échantillon définitif a été constitué de dix infirmiers.

- **Critères de sélection**

- ✓ Les critères d'inclusion: A fait partie de notre échantillon, les infirmiers qui avaient une ancienneté d'au moins deux (2) ans dans le corps des infirmiers, et d'au moins un (1) an au CHUP-CDG. De même ils devraient être en contact directe avec les patients, être inscrits au tableau de l'ordre des infirmiers et accepter de prendre part à l'étude
- ✓ Les critères d'exclusion: Ont été exclues de l'échantillon les infirmiers/ères qui occupaient un poste ne permettant pas d'être en contact direct avec les patients parce que appelés à exercer des tâches différentes de celles réalisées par les infirmiers soignants. De même, que ceux qui n'avaient pas marqué leur adhésion de participer à l'étude.

### 4.3 Techniques de collecte

Afin d'aboutir aux résultats de notre étude, nous avons procédé par la méthode de l'enquête. Ainsi trois techniques dont, l'entretien, l'observation, et la revue de littérature, nous ont permis de collecter nos données.

- **L'entretien:**

Nous avons mené l'entretien en administrant individuellement aux participants une grille d'entrevue, qui, selon les exigences de notre posture méthodologique a pu être approfondie voire répété. De plus il a été de préférence peu directif et a comporté des thèmes et des sous-thèmes, dont nous avons au cours du discours de l'interviewé non seulement pu relever, mais aussi pu nous en servir pour faire les relances durant l'entrevue. Selon Savoie-Zajc (1997), ce type d'entrevue crée une dynamique de coconstruction de sens entre le chercheur et le participant, maximisant ainsi la compréhension du phénomène à l'étude tel que perçu par le participant (Dias, 2009). Selon Miles et Huberman (2003), l'entrevue est un acte de coélaboration par deux parties et non un recueil d'information (Ibid. 2009). Nous avons donc conduit l'entretien auprès des participants sur la base de thèmes et de sous-thèmes. L'entretien a été enregistré, ce qui a permis d'étudier et de comprendre le phénomène à l'étude, tel que perçu et vécu par les participants.

- **L'observation**

Elle a été directe et non participante et nous a permis d'être témoin des réactions qui sont des comportements verbaux et non verbaux, et des pratiques des participants au cours de l'entretien et lors de nos passages dans les services (Martineau, 2005). Ensuite nous avons observé le cadre de travail, les affiches, ainsi que les documents mis à notre disposition.

Nous les avons relevés, et notés dans notre journal de bord. Puis nous les avons interprétés, afin de les corroborer avec les informations issues des autres sources de collectes en vue de mieux comprendre la construction du sens que les enquêtés donnent à leur rôle et la signification qu'ils leur attribuent.

- **La revue de littérature**

Nous avons mené une revue de littérature des documents officiels, et non officiels accessibles et mis à notre disposition par l'enquêté, qui sont susceptibles de nous fournir des informations en rapport avec notre thème. La revue de littérature est une démarche systématique, qui consiste à identifier, récupérer et traiter des éléments divers (chiffres, bibliographie, textes...) sur un sujet donné (Safon, 2017). Il s'agissait notamment des actes en lien avec sa carrière de reconnaissances, de sanctions, des actes administratifs de l'hôpital, des rapports et programmes d'activités, des diplômes, des attestations, des lettres, des affiches, etc.

#### **4.4 Instruments**

La collecte des données a été faite sur la base d'instruments que sont: la grille d'entrevue, le journal de bord et la grille de la revue de littérature portant sur les documents officiels et non officiels que le participant a mis à notre disposition. Le journal de bord selon Paré (1987), est un instrument d'exploration personnelle, de clarification et de connaissance de soi cité par (Phillion, Bourassa, Leblanc, Plouffe, & et Arcand, 2010). Il a été selon Gendron (2004), utilisé pour documenter le processus encouru tout au long du projet, afin de rendre compte de l'évolution de la recherche (Dias, 2009). La grille d'entrevue proprement dite a présenté les éléments suivants à renseigner:

- Compréhension du rôle de l'infirmier
  - ✓ Rôle propre,
  - ✓ Rôle prescrit
  - ✓ Rôle de l'infirmier au CHUP-CDG
  - ✓ Conformité de la pratique du personnel infirmier à un code déontologique
  
- Détermination des facteurs de perceptions des infirmiers de leur rôle
  - ✓ Les facteurs de perception personnels
  - ✓ Les facteurs de perception interpersonnels
  - ✓ Les facteurs perception organisationnels

#### **4.5 Déroutement de l'enquête**

Nous avons entrepris des démarches pour le recrutement des participants. D'abord en préparation à la collecte de nos données, avec l'appui de la direction de notre institut, nous avons introduit une demande d'autorisation d'enquête auprès de l'administration de l'hôpital. Nous l'avons obtenu après un délai d'attente de deux semaines. Puis nous avons été invités à prendre attache avec le chef de service de la pédiatrie médicale, pour les modalités pratiques de l'enquête. À ce niveau nous avons pu faire viser notre autorisation d'enquête auprès du chef de service de la pédiatrie.

À la suite de ce visa, nous avons entamé le recrutement des participants en prenant successivement contact avec la direction des soins infirmiers, les différents chefs de service et surveillants d'unité de soins (SUS), pour les faire part de notre projet d'étude, afin qu'ils nous facilitent le contact avec les infirmiers. Au niveau des SUS, nous avons disposé des copies de la note d'information de notre projet d'étude pour une large diffusion. Les infirmiers qui étaient déjà présents lors de cette prise de contact en ont directement reçu et selon leur disponibilité des explications leur étaient directement fournies ou rendez-vous était pris à cet effet. Les infirmiers ayant accepté de participer à l'étude ont été sélectionnés à l'aide d'une grille d'information, afin de collecter les informations sur les caractéristiques sociodémographiques de nos participants: le genre, la tranche d'âge, l'ancienneté dans la profession, dans l'institut et dans le service, la qualification et le service. Aussi ils ont été informés des modalités de l'entrevue. Au besoin nous sommes revenus à nouveau sur l'objet de notre étude avec les infirmiers ayant marqué leur accord de participation et avons également répondu à leurs questions. Nous nous sommes assurés de leur état de conformité avec nos critères de sélections et leur avons présenté le formulaire de consentement éclairé. Notons qu'avant de mener l'entrevue proprement dite, nous avons dû obtenir le consentement lu, approuvé et signé de chacun des participants. Ce n'est qu'à l'issue de tout ça que nous menions l'entrevue proprement dite et ce, après un rendez-vous fixé de commun accord, cela à leur gré et bien entendue, après avoir échangé les contacts téléphoniques et qu'ils aient marqué leur accord à prendre part à l'étude. Ainsi nous avons pu constituer un échantillon théorique de dix infirmiers répondant aux critères de sélection et qui ont accepté de prendre part à l'étude. Les infirmiers ont été recrutés dans deux services à savoir le service de la pédiatrie médicale et de spécialités médicales où nous avons obtenu quatre participants et celui de la chirurgie pédiatrique et de spécialités chirurgicales pour les six autres participants. Nous les avons interviewé jusqu'à saturation.

Ainsi, nous les avons invités à nous relater toutes leur expérience de la perception qu'ils ont vécu de leur rôle jusqu'à ce que selon Beck (1992), ils n'avaient plus rien à dire sur la situation (Rousseau & Saillant, 1996). Autrement dit, nous n'avons cessé de les interviewer que lorsqu'aucune information nouvelle n'était fournie par les enquêtés. Un échantillon définitif de dix infirmiers a été obtenu à la suite de l'interview des participants, ce après avoir atteint la saturation à sept participants. Notre collecte des données s'est déroulée du 23 Août au 19 Octobre 2017.

#### **4.6 Analyse des données**

Nous avons procédé à une retranscription intégrales des entrevues, c'est à dire mettre les rendus des verbatim de tous les interviewés sur support écrit. Puis, nous avons analysé les contenus des données de chaque sous thèmes renvoyant à chaque thèmes chez chaque participant, afin de mieux comprendre le phénomène tout en suivant une méthode d'analyse phénoménologique tel que celle recommandée par Colaizzi, qui selon Beck (1992), comprend six étapes. Cette approche étudie comment les personnes donnent un sens à leurs expériences de vie, en tentant d'explorer et d'expliquer les données subjectives issue de l'expérience du sujet et en s'intéressant à ce, en quoi cette expérience a eu une signification particulière pour ce sujet (Rousseau & Saillant, 1996). Cette analyse a été fait suivant une approche inductive sans à priori émettre d'hypothèse. Ainsi, selon Beck (1992), au regard de la méthode phénoménologique recommandée par Colaizzi, nous avons successivement mené une lecture attentive de chacune des retranscriptions obtenues de façon à développer un « senti » de ces données, puis dégager des entrevues tous les thèmes et sous thèmes significatifs qui se rapportent directement à la perception que l'infirmier a de son rôle. Puis les verbatim des enquêtés sont comparés et appariés afin d'en dégager des significations pour chacun d'entre eux, ensuite regrouper les unités de sens, et les intégrer dans une description exhaustive du phénomène, enfin soumettre cette description exhaustive aux participants et incorporer toutes nouvelles données obtenues dans les résultats de l'étude (Ibid. 1996).

#### **4.7 Critères de rigueur scientifique**

« La valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes » (Drapeau, 2004, p. 80). Selon Mucchielli (1996), la validation des méthodes qualitatives fait référence à la capacité de produire des résultats ayant « une valeur dans la mesure où, ils contribuent de façon significative à mieux comprendre une réalité, un phénomène étudié » (Ibid. 2004, p. 81).

Ainsi dans notre étude nous nous sommes préoccupés de la validité des résultats, de leur valeur explicative et de leur stabilité. Selon Boudreau et Arseneault (1994), la validité renvoie « au degré selon lequel les résultats sont interprétés correctement » (Ibid. 2004, p. 81), c'est-à-dire à l'idée qu'ils représentent bien la réalité empirique. Ainsi dans notre étude nous avons œuvré à assurer dans la mesure du possible la crédibilité, la transférabilité, la cohérence interne et, la neutralité.

**La crédibilité:** elle a consisté à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (Aubin-Auger, et al. 2008). Autrement dit selon Guba et Lincoln (1989), s'assurer que les participants à l'étude se reconnaissent dans les résultats rapportés par le chercheur (El-Khoury, 2015). En effet en vue d'assurer la confiance en l'exactitude des résultats d'une étude, il faut procéder à une triangulation, qui consiste à comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données soit les entretiens et les observations ou plus avec la revue de littérature (Aubin-Auger et al., 2008). Pour ce faire, dans notre étude nous avons triangulé avec les données des entrevues, les contenus du journal de bord et la revue de littérature, afin de nous assurer que ce qu'un interviewé donne comme réponse à une question est conforme à son comportement et mieux s'il présente un document qui atteste la preuve de ce qu'il dit. C'est dire que nous avons comparé les résultats obtenus de l'entretien avec les infirmiers dans les différents services, avec les données de l'observation, qui ont porté sur les comportement verbaux et non-verbaux consignés dans le journal de bord et avec les informations recueillies de la revue de littérature à savoir l'existence de documents officiels ou non officiels portant sur par exemple de quelconques distinctions. Ensuite nous avons eu recours à un dictaphone pour l'enregistrement des entrevues et la transcription intégrale des verbatim. De plus nous avons soumis les résultats de l'analyse aux acteurs qui ont participé à la recherche pour les corroborer, ce qui a permis d'apprécier le degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des sujets (Drapeau, 2004).

**La transférabilité,** consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes (Aubin-Auger, et al., 2008). Pour cette raison l'échantillon utilisé doit être non seulement représentatif de la problématique, mais aussi décrit avec le plus d'exactitude et de précision possible. Ainsi dans notre étude, notre échantillon a été choisi de façon raisonné portant sur la compréhension d'une expérience humaine et a précisé les caractéristiques sociodémographiques des participants, une description détaillée du contexte, du processus de recherche et à veiller à assurer l'anonymat des participants.

De plus nos entretiens n'ont porté que sur les infirmiers répondant aux critères de sélections de notre étude dans les différents services du CHUP-CDG.

**La cohérence interne**, il s'agissait ici de voir la possibilité que les résultats d'une étude soient les mêmes si celle-ci était reprise avec les mêmes répondants et dans le même contexte. Elle renvoie selon Poupart et al. (1997), à une description en profondeur de l'étude (Drapeau, 2004), et existe lorsque des processus d'investigation similaires, sous des conditions semblables, produisent des résultats analogues (Pelletier & Pagé, 2002). Dans notre étude pour répondre à ce critère nous avons au cours de l'entrevue, conduit notre entretien sur la base des thèmes préétablis sur lesquels l'interviewé devrait s'exprimer librement, puis nous avons procédé aux relances en s'appuyant sur ses réponses tout en ayant à l'esprit les thèmes élaborés et les cas déviants du thème principal. Les entrevues ont eu lieu dans la journée, dans une salle en toute quiétude et discrétion selon la disponibilité du participant. Elles ont duré en moyenne une demi-heure et a parfois nécessité un rappel soit par appel téléphonique ou un déplacement dans le service avant chaque interview pour confirmer ou pas la disponibilité à honorer le rendez-vous. Ainsi nous avons pu recueillir ce qu'ont pu dire les infirmiers sur la perception qu'ils ont de leur rôle au CHUP-CDG; puis nous en avons dégagé les constantes qui ressortent des multiples descriptions vécues par les infirmiers. Enfin nous avons soumis les résultats de notre étude à la vérification par d'autres chercheurs, considéré l'ensemble des incidents (cas déviants) et recherché la concordance des résultats (diversité des points de vue en présence).

**La neutralité**: C'est une conséquence logique, si les critères précédents sont remplis. Selon une traduction libre de Lincoln et Guba (1985), il s'agit de déterminer le degré avec lequel les résultats d'une étude sont déterminés par les répondants et les conditions de l'investigation et non par les biais, les motivations, les intérêts ou les points de vue de l'investigateur (Pelletier & Pagé, 2002, p. 290). Dans notre étude, pour assurer ce critère nous avons tenté d'appréhender le phénomène dans son ensemble et de la façon la plus complète possible. Nous avons vérifié la transcription des verbatim, y compris l'impact de notre présence. À cet effet nous avons eu recours à une comparaison de conformité entre l'enregistrement auditif et les notes transcrites approuvées par le participant et par ailleurs, conservé tous les documents et toutes les notes qui ont consigné ses réflexions et ses questionnements lors du processus d'analyse. Aussi nous avons procédé à un double codage et une revalidation des interprétations par les infirmiers pour s'assurer de la neutralité des interprétations.

## 4.8 Considérations éthiques

Du point de vue des considérations éthiques, nous avons procédé à une diffusion d'informations sur notre projet auprès des participants par le biais de la note d'information. Cette note a mentionné entre autre une brève présentation de l'étude et du chercheur à savoir le titre, le but et les objectifs de l'étude, les modalités de participation, ainsi que les éléments éthiques à prendre en compte. Cette première phase peut être qualifiée de prise de contact avec le terrain et d'information générale.

Après avoir pris connaissance des modalités de l'étude, les infirmiers étaient libre et pouvaient en toute autonomie décider d'y participer ou non ou se retirer en tout temps de l'étude, et ce, sans aucun préjudice vu que leur participation était indépendante au regard de leur milieu de travail.

L'entrevue proprement dite, est précédée de l'obtention du consentement éclairé, lu, approuvé et signé. Il s'agit d'un formulaire précisant l'objet et les implications de cette recherche a expliqué aux participants et dont leur accord signé requis avant l'entrevue. L'entrevue a lieu discrètement dans une salle pour faciliter les conditions d'écoute et d'enregistrement. Ce, après avoir cependant échangé les formalités d'usage et installé le participant.

À cette étape le contact a été personnel avec les participants sans encore passer par les différents responsables, pour préserver la confidentialité des entretiens, mais aussi de données recueillies. Aussi à cet effet nous n'avons pas divulgué les propos des participants des uns aux autres. De même, l'utilisation des résultats et supports de collectes a été exclusive aux besoins de l'étude. Pour ce qui est du rapport de recherche et des publications, nous avons présenté les résultats en veillant à éviter toute possibilité d'identifier les participants à partir des extraits d'entrevues ou de toute autre combinaison d'information. De même les fiches comportant les données sociodémographiques des participantes ont été conservées par le chercheur pour une durée déterminée de plein accord avec les participants et détruites par la suite. Il en est de même pour le matériel (enregistrements, transcriptions, notes d'observation...).

Afin de confirmer nos résultats nous avons procédé à une restitution de ces derniers auprès des participants.

Quant à assurer l'anonymat nous avons assigné des codes à chaque participant tel que présenté dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 1:** *codification des enquêtés*

<b>Numéro</b>	<b>Enquêtés</b>	<b>Codes</b>
<b>01</b>	Infirmier1	E1 (Inf-M)
<b>02</b>	Infirmier 2	E2 (Inf-M)
<b>03</b>	Infirmier 3	E3 (Inf-M)
<b>04</b>	Infirmier 4	E4 (Inf-M)
<b>05</b>	Infirmier 5	E5 (Inf-M)
<b>06</b>	Infirmier 6	E6 (Inf-F)
<b>07</b>	Infirmier 7	E7 (Inf-M)
<b>08</b>	Infirmier 8	E8 (Inf-M)
<b>09</b>	Infirmier 9	E9 (Inf-F)
<b>10</b>	Infirmier 10	E10 (Inf-M)

# **CHAPITRE 5**

## **RESULTATS**

## **5. Résultats**

Ce chapitre présente le profil socio-démographiques des participants et l'analyse des résultats de la collecte des données réalisées auprès de dix infirmiers exerçant la profession dans les services du CHUP-CDG et leurs interprétations en référence au cadre théorique. Ainsi, cette section comprend successivement le profil sociodémographique des participants et les catégories ayant émergé de l'analyse des données.

### **5.1 Profil sociodémographique et professionnel des infirmiers**

Le tableau 2 présente le profil sociodémographique et professionnel des dix infirmiers ayant participé à cette étude.

**Tableau 2:** *Caractéristiques sociodémographique des participants*

Code	Anciennetés			Genre	Tranche d'âge (ans)	Qualification	Service d'exercice
	Profession	Institution	Service				
<b>E1 (Inf-M)</b>	6	6	1	M	30-35	IDE	pédiatrie médicale et de spécialités médicales
<b>E2 (Inf-M)</b>	19	10	10	M	40-45	Attaché de santé	chirurgie pédiatrique et de spécialités chirurgicales
<b>E3 (Inf-M)</b>	17	1	1	M	40-45	Attaché de santé	chirurgie pédiatrique et de spécialités chirurgicales
<b>E4 (Inf-M)</b>	17	1	1	M	40-45	Attaché de santé	chirurgie pédiatrique et de spécialités chirurgicales
<b>E5 (Inf-M)</b>	22	13	13	M	40-45	Attaché de santé	chirurgie pédiatrique et de spécialités chirurgicales
<b>E6 (Inf-F)</b>	20	6	2	F	40-45	IDE	pédiatrie médicale et de spécialités médicales
<b>E7 (Inf-M)</b>	20	12	6	M	40-45	IDE	pédiatrie médicale et de spécialités médicales
<b>E8 (Inf-M)</b>	17	2	2	M	40-45	IDE	pédiatrie médicale et de spécialités médicales
<b>E9 (Inf-F)</b>	4	4	4	F	35-40	IDE	pédiatrie médicale et de spécialités médicales
<b>E10 (Inf-M)</b>	20	13	13	M	40-45	Attaché de santé	chirurgie pédiatrique et de spécialités chirurgicales

Ainsi notre échantillon définitif est composé de dix infirmiers que nous avons pu effectivement interviewés. L'échantillon est formé de deux femmes et de huit hommes dont les âges sont compris entre 30-45 ans. Le nombre d'année moyen d'expérience dans la profession est de seize ans et celui dans le poste actuel sept ans environ. On dénombre cinq attachés de santé et cinq infirmiers diplômés d'état.

## **5.2. Résultats des entretiens**

Nos résultats ont été présentés selon les catégories ayant émergé de l'analyse des données. Ainsi quatre thèmes généraux et douze sous-thèmes associés se dégagent de notre analyse. Notre présentation a été faite suivant cette logique par thèmes y compris les sous-thèmes.

### **5.2.1. Compréhension de la perception infirmière de son rôle.**

#### **✓ Rôle propre.**

Le rôle propre de l'infirmier est la fonction de l'infirmier. Celui à travers lequel, il prend des initiatives, structure un "Savoir", un "Savoir-être" et un "Savoir-faire" lui permettant d'être reconnue comme professionnel à part entière. À ce niveau, il faut noter que la quasi-totalité de nos interviewés ont une assez bonne compréhension du rôle propre. Les propos qui étayent ces assertions sont les suivants :

#### **L'enquête E5 (Inf-M) :**

*« (...) établir, exécuter et évaluer lui-même un plan de soins, et certains actes(...) sans l'assistance du chirurgien titulaire ».*

Cette bonne appréciation du rôle est due d'une part aux modules dispensés à la formation de base sur les soins infirmiers et d'autre part à l'existence au CHUP-CDG d'un dossier infirmier dans le dossier d'hospitalisation du patient qui est réservé spécifiquement au rôle propre de l'infirmier. Cela permet un contact quotidien et une familiarité avec les items en rapport au rôle propre. Ce dossier vise à promouvoir son accomplissement suivant l'application d'un modèle et d'une démarche de soins propre à l'infirmier. Outre l'autonomie et la capacité de jugement dont il dispose, l'infirmier en assume la responsabilité. Ainsi l'infirmier sur la base des informations collectées auprès du patient, met en place un processus de soins par lequel il détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant du rôle propre, et ce, dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne soignée. Autrement dit, l'infirmier pose un "diagnostic" infirmier, définit les actions y afférentes, planifie leur mise en œuvre et leur évaluation.

En dépit de cette bonne compréhension du rôle propre, il ne semble cependant pas être une priorité, mais plutôt vue comme une charge de plus pour sa mise en œuvre en raison du peu d'intérêt qui lui est accordé. Ce qu'illustre bien les propos de **l'enquête E9 (Inf-F)**:

*« Au CHUP, ici essentiellement on exécute les prescriptions des médecins, essentiellement (insistances), pratiquement notre rôle même est euh ! Ce n'est pas tellement appliqué (rire) si je dis ça (rire). Il y a que la réalité, (sourire) le dossier infirmier même n'est pas tellement exploité comme ça, en dehors de la transmission ciblée que l'on a et la prescription médicale est bien suivit (insistance) ».*

Enfin, le rejet au second plan du rôle propre crée un sentiment d'infériorité tel que mentionné dans des propos rapportés faisant ressortir le fait que certains infirmiers aient tendance à cacher leur vraie identité. Ce que confirme les propos de **l'enquête E4 (Inf-M)**:

*« Beaucoup de gens n'acceptent pas leur statut d'infirmier ».*

#### ✓ **Rôle prescrit.**

Le rôle sur prescription spécifie le seul lien hiérarchique existant entre le médecin et l'infirmier. Ce dernier est chargé de la mise en application des prescriptions médicales et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler. Les résultats de nos entretiens montrent qu'il y a une bonne compréhension de ce rôle, comme le montre les propos de **l'enquête E6 (Inf-F)**:

*« D'administrer des soins curatifs, à des heures précises selon la prescription du médecin ».*

**L'enquête E2 (Inf-M)** d'ajouter:

*« Nous posons des actes médicaux, par délégation naturellement ».*

La compréhension de ce rôle est facilitée par le contexte socio-sanitaire et l'insuffisance en ressources humaines qualifiées qui obligent à une forte médicalisation de la profession infirmière qui s'est ressentie dans la formation de base et dans les pratiques quotidiennes dans les formations sanitaires, tel que défini par **l'enquête E10 (Inf-M)**:

*« (...) celui-là qui a été formé pour prendre en charge des pathologies courantes,.... je veux dire par là les pathologies qui touchent la majorité des populations, telle que, le palu, voilà les affections parasitaires, et puis les soins sur les lésions aussi simples voilà! ».*

Ce rôle consiste en la mise en application des prescriptions médicales et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler. Il ressort également de nos résultats que le rôle prescrit tel que dans son état, est perçu comme une simple exécution de tâches, voire une "robotisation" des soins comme l'atteste les propos de **l'enquête E10 (Inf-M)**:

*« Les gens sont... limités, voilà! Ce rôle-là, c'est finalement comme si c'était un automate,... qui attend que la prescription vienne du médecin et il va, il applique, sans aucune..... Je n'ose pas dire humanisme, mais en tout cas je n'ai pas d'autre mot. C'est comme quelqu'un... comme un robot... ».*

Certains de nos enquêtés relativisent cette "robotisation" de l'infirmier. En effet, l'infirmier n'est pas qu'un simple exécutant, il doit en permanence faire le lien entre ses connaissances et les ordonnances faites par les médecins. Car, il lui serait par exemple reproché d'avoir appliqué une prescription absurde, par conséquent il doit savoir interpeller le médecin lorsqu'il identifie une erreur ou une prescription atypique, afin d'en obtenir la confirmation.

**L'enquête E6 (Inf-F)** est claire à ce propos et dit ceci:

*« Le médecin, nous dit, eux, ils ne sont pas des êtres parfaits, ils peuvent faire des erreurs, surtout au niveau des posologies, ça peut être mal calculé,... par exemple il peut mettre ampicilline 100mg alors que l'enfant doit prendre 150mg,... on attire leur attention. Ou bien bon les mamans n'ont pas dit un signe ... et après on voit ça, on les interpelle ».*

#### ✓ **Rôle accompli**

C'est la manifestation observable de ce qui est perçu dans le rôle transmis au sein de l'institution. Autrement dit, c'est le rôle mis en œuvre. Des résultats de nos entretiens, il ressort qu'il s'agit des tâches ou de soins définis par le médecin dont-il lui faut par ailleurs obtenir la mise en œuvre par les infirmiers avec les conséquences diverses qui en découlent. Ce sont des tâches ou soins délégués qui pour la plupart sont en lien étroit avec les prescriptions médicales, qui bien que revêtant pour l'infirmier et pour leur mise en œuvre un caractère d'obligation législatif, lui sont pratiquement imposés, voir soumis pour exécution. Ainsi tel que mis en œuvre, il ne rencontre pas l'assentiment total de l'infirmier tel qu'exprimé dans les propos de **l'enquête E2 (Inf-M)**:

*« (...) mais là, tu n'as rien à décider, on ne demande même pas ton avis (...), toi ton rôle est de servir de mains et de pieds pour les médecins: faire les injections, faire des prélèvements pour le laboratoire, récupérer les différents résultats, etc.».*

Il ajoute également ce qui suit:

*« Si tu es dans le domaine de quelqu'un c'est lui son domaine, tu ne peux pas avoir la main libre ».*

**L'enquêté E3 (Inf-M)** de conclure:

*« Nous ne sommes que des exécutants ».*

Contrairement aux enquêtés précédents, les propos de **l'enquêtée E6 (Inf-F)** montrent une certaine satisfaction dans la mise en œuvre du rôle accompli. Ainsi elle dit ceci:

*« Je me sens en tout cas assez à l'aise, parce que c'est un rôle bien défini, voilà! Je fais les soins, le médecin fait l'examen avec les diagnostics..., moi je fais les soins ».*

### ✓ **Conformité de la pratique de l'infirmier à son code déontologique.**

La comparaison est la recherche des ressemblances ou des dissemblances entre deux objets ou la vérification de la conformité de l'application d'une loi ou encore la concordance des dires et des faits. En d'autres termes est ce que l'infirmier arrive à plutôt respecter le code déontologique en vigueur? La perception de cette comparaison est le sens que les infirmiers accordent à la façon dont le rôle leur est défini et à la façon dont il est mis en œuvre. un décalage important existe entre les pratiques infirmières réelles et le cadre formel ou statutaire de leur mise en œuvre. Ainsi, pour la plupart de nos enquêtés, il ressort une inadéquation entre le rôle tel que définie au sens du code de déontologie infirmière du Burkina Faso et le rôle réel joué ou accompli au CHUP-CDG.

*« (...) j'ai quitté l'école, et je suis venu ici, et en venant, bon, ce qui était dans la tête là, et ce qui est là, je vois que .... C'est abrégé, c'est abrégé quoi (rire), oui (silence)».* **Enquêté E9 (Inf-F) :**

D'autres font ressortir que le rôle dit propre n'est pas mis en œuvre au niveau de l'hôpital en témoigne les propos de **l'enquêté E2 (Inf-M) :**

*«(...) parce que, à ma connaissance le "diagnostic" infirmier (silence), je l'ai jamais rencontré, je n'ai jamais vu ça dans un dossier d'un malade ».*

L'accomplissement de ce rôle ne bénéficie pas de suivi et de conditions favorables à sa mise en œuvre. Plusieurs facteurs y sont incriminés dont l'insuffisance de la formation, la motivation, ainsi que la charge élevée de travail. L'illustration est claire dans les propos suivants:

*«... ils doivent mieux faire surtout dans le domaine précis des soins infirmiers, c'est comme si c'était une chose de connu, bon une routine, alors que des fois, il y a des failles.*

*Pour le diagnostic infirmier, la difficulté réside dans la faisabilité sur le terrain, parce que il y a un dossier qu'on doit remplir, mais qui n'est pas fait au regard de la charge de travail ».* **Enquête E6 (Inf-F).**

Selon un autre enquêté:

*« La volonté y est, et je crois que l'obstacle de tout ça là, c'est la motivation. Le "c'est bien", ça fait quelque chose, Voyez c'est bien ça encourage, ».* **Enquête E9 (Inf-F).**

Pour ce qui concerne le rôle prescrit, les résultats montrent que c'est ce qui est le plus mis en œuvre avec un visage médicale à savoir une dominance et une prééminence des actes médicaux au détriment de ceux infirmiers. Les discours illustrent bien cet état des lieux.

**L'enquête E2 (Inf-M):**

*« Je pense que c'est le rôle prescrit surtout qui est mis en exergue, ».*

Cela est expliqué par le fait que la formation dans les écoles infirmières se déroule dans un contexte qui privilégie plus le volet médical. Les propos suivants confirment cela:

**L'enquête E2 (Inf-M):**

*« On nous a formés avec des modules qui nous permettent de pratiquer les soins médicaux, poser des diagnostics médicaux ».*

**L'enquête E4 (Inf-M) d'ajouter:**

*« Nous sommes dans un système où ... tout ce qu'il y a au niveau du corps paramédical,....vous êtes entièrement dépendant du corps médical, et donc ça pose problème ».*

Par ailleurs, il faut noter aussi la faible volonté des infirmiers à s'assumer dans leur rôle propre jugé souvent chronophage et moins gratifiant. Nos allégations sont soutenues par les propos suivants:

*« Pratiquement notre rôle même (...) n'est pas tellement appliqué... Il y a que la réalité, le dossier infirmier même n'est pas tellement exploité comme ça, en dehors de la transmission ciblée que l'on a et la prescription médicale est bien suivie, je pense même que c'est abrégé ».* **Enquête (E9) (Inf-F):**

Bien que tous les propos ne soient pas unanimes, il ressort dans leur majorité qu'il y a un décalage entre le rôle défini à l'infirmier et celui mise en œuvre par ce dernier, qui se traduit par la prédominance et la prégnance du volet prescrit de son rôle au détriment de celui propre. Toutefois il ressort une assez bonne compréhension des rôles.

En outre, il ressort que les attentes de l'infirmier en lien avec le rôle propre sont quasiment inexistantes dans l'expression et la transmission de rôle, ce qui conduit à réduire leur engagement. Aussi en rapport avec le rôle prescrit, il apparaît comme un "robot", bien qu'il y ait de bonnes compréhensions de ces rôles. Autrement dit, il s'agit d'un rôle de simple exécutant des prescriptions. Alors tel qu'accompli le rôle est à l'image d'un "forçat", par conséquent mal perçu, en ce sens que l'infirmier s'identifie difficilement ou pas au rôle tel qu'accompli, même si cela est relativisé par certains. Toute chose qui met en exergue le décalage. Les raisons entre autres évoquées sont essentiellement l'insuffisance et l'inadéquation de la formation notamment continue, surtout pour ce qui est du domaine des soins infirmiers, de même que sa médicalisation et la charge de travail.

## **5.2.2 Facteurs personnels de la perception infirmière de son rôle**

### **✓ Motivations infirmières de leur rôle**

Le comportement ne se laisse jamais totalement expliquer par la motivation. Toutefois un comportement est motivé quand il est consciemment voulu, quand il a un objectif et un sens. La motivation est un processus psychologique qui cause le déclenchement, l'orientation et le maintien d'un comportement. Elle est régie par deux postulats fondamentaux à savoir: le libre choix pour l'homme de ce qu'il fait ou ne fait pas et le fait que ses actions soient toujours motivées, qu'il en soit conscient ou non. Selon les participants, la façon d'exprimer et de transmettre les attentes de rôle a une influence négative sur leur motivation au travail et partant sur la perception qu'ils ont de leur rôle. En effet, certains enquêtés font ressortir dans leurs propos, le fait de ne pas être considéré, voire se sentir inutile tel qu'affirmé par **l'enquête E8 (Inf-M)**:

*« ... tu te sens pas vraiment utile dans cette activité... »*

D'autres se sentent des fois diminués, parfois frustrés par des propos et très souvent peu reconnus dans leur travail. Cela pour des raisons tendant souvent à mettre en doute leurs capacités intellectuelles et leurs compétences en brandissant le statut universitaire de l'institution, ou encore le statut inférieur accordé au rôle propre de l'infirmier dans l'institution. Les propos suivants illustrent ces assertions:

*« C'est un système médical, universitaire et les infirmiers n'ont pas droit au chapitre, c'est les médecins qui prennent en charge leur malades. »* **Enquêté E2 (Inf-M).**

Toujours selon le même enquêté:

*« C'était au cours d'une intervention. D'habitude quand on réunit le matériel et qu'il y a un matériel important ou crucial qui manque on prévient le chirurgien. Ce jour..., il n'y avait pas de bistouri électrique...alors quand je l'ai informé, il s'est emporté, et il me dit qu'est-ce que ça veut dire, il manque un bistouri électrique, ... même si c'est avec les doigts on va opérer le malade (...) »* **Enquêté E2 (Inf-M).**

Certains enquêtés ont relevé le fait de se sentir moins gratifiés ou valorisés dans leur travail en ce sens qu'ils n'ont pas la latitude dans les prises de décisions. Comme dit dans les propos suivant: **l'enquêté E3 (Inf-M):**

*« En matière de soins infirmiers, le cadre de travail... ne nous permet pas de nous épanouir, parce que non content de n'avoir pas un pouvoir de décision, nous n'avons même pas de point de vue à donner, (silence) nous ne sommes que des exécutants..., on ne fait que subir quoi ».*

D'autres font remarquer le statut inférieur, qui est accordé au rôle propre de l'infirmier dans l'institution, tel qu'illustré dans les propos de **l'enquêté E2 (Inf-M) :**

*« Je ne connais pas les missions du service infirmier, mais je suis là ça fait dix ans, je n'ai jamais de rencontre par rapport aux soins infirmiers ».*

Et **l'enquêté E9 (Inf-F)** de conclure par rapport au rôle propre

*« Ce n'est pas rigoureux ».*

Par ailleurs, les efforts fournis ne sont toujours pas reconnus à leur juste valeur. C'est ce qui ressort dans les propos de **l'enquêté E7 (Inf-M) :**

*«Pour ce qui est des encouragements disons qu'ils ne sont pas toujours assez (...) fréquents. La plupart du temps, nous faisons des efforts pour mener à bien nos activités, et lorsque ça flashs, c'est là que on voit plus,...alors que des fois, c'est soit, le nombre est insuffisant de personnel ou il manque tel ou tel matériel, qui nous a pas permis d'accomplir correctement notre tâche».*

**L'enquête E9 (Inf-F)** d'ajouter:

*« Dire des mots encourageant ce n'est pas beaucoup; c'est souvent les 'tu n'as pas fait ' qui sont beaucoup ».*

D'autres enfin, ont évoqué le stress, lié à la charge de travail, aux contraintes de temps et à l'état pathologique des patients, de même que l'insuffisance du personnel et la non maîtrise de ses horaires de travail, ainsi que ses tâches comme en témoignent les propos suivants:

*« Pour ce qui est de notre service, nous avons présentement trente-cinq malades hospitalisés pour onze infirmiers, donc des équipes de deux, deux par équipes. Euh le matin vous avez les pansements internes, externes, l'administration des soins aux malades, la visite qui doit se faire, et au finish, (...) ce n'est pas facile, on n'arrive pas à exécuter correctement les tâches ».* **Enquête E7 (Inf-M).**

✓ **Valeurs infirmières de leur rôle :**

La valeur c'est ce pourquoi on veut agir dans un domaine donné en vertu d'un idéal. Ainsi en vertu de ce qu'est un 'bon' infirmier, est déterminé son souci du respect de la dignité d'un patient selon son idéal. C'est dire que c'est en vertu des valeurs accordées à leur rôle, qu'est déterminée la perception que l'infirmier a de celui-ci. Les infirmiers reconnaissent les raisons pour lesquelles ils veulent agir selon leurs idéaux, qui, selon eux dans leur unanimité résident non seulement dans la valorisation de la profession infirmière notamment en ce qui leur est propre, mais aussi aux infirmiers d'affirmer et assumer leur statut d'infirmier.

En effet il ressort des résultats que ces valeurs sont peu perceptibles. Ainsi l'infirmier éprouve un manque d'autonomie en ce sens qu'il n'exerce pas de contrôle sur sa pratique selon

**l'enquête E3 (Inf-M):**

*« On n'a rien de concret pour dire par exemple, voilà, ce qu'un infirmier, un ASC doit faire au niveau CMA et voilà ce qu'il doit faire au niveau CHU ».*

De plus il ressort une moins grande participation aux prises de décisions, toute chose qui dévalorise le personnel et affaiblit sa loyauté envers l'employeur ou l'institution comme en témoignent les propos de **l'enquête E1 (Inf-M):**

*« C'est le médecin qui va décider de ce qu'il faut faire, il dit à l'infirmier ou bien il mentionne, la prescription dans le dossier et l'infirmier est appelé à faire ce que le médecin a recommandé dans le dossier et c'est exactement ce qui se passe dans nos services ».*

En outre dans la pratique, l'infirmier ne bénéficie que d'un statut social d'auxiliaire du médecin, comme le montre ce verbatim.

*« Un enfant aux urgences, qui a une hyperthermie, qui fait la queue normalement, l'infirmier qui a pris la température qui fait 40°C, note dans le carnet et va classer, et il attend (...). Donc quand j'ai vu ça j'ai dit non, je dis non tu as autres chose à faire en attendant (comme l'enveloppement froid, dévêtir le malade), où même tu peux en fonction des habitudes du service, demander au médecin à anticiper le traitement. Il dit (...) le médecin n'a pas rempli le dossier, il n'a pas fait de consignes, donc lui, il ne peut rien faire....et c'est ce qu'on leur a dit: tu prends tes constantes, tu es assis et tu attends que le médecin finisse de faire le dossier, terminer, et tu regardes ce que le médecin a écrit pour aller aux soins ». **Enquête E10 (Inf-M).***

De plus son rôle propre se voit aussi banalisé et décrit comme "des soins de base" ce qu'atteste en résumé le faible statut accordé à la place du nursing dans les instances décisionnelles dans le centre hospitalier. De ce fait le personnel infirmier se sent de même dans leur rôle propre, comme en témoigne les propos transcrits dans les verbatim suivants:

*« Le volet de celui qui doit s'intéressé à la personne du malade, qui est l'infirmier n'existe pas. Parce qu'on attend de lui que le strict respect des consignes données par les médecins pour la prise en charge des patients ». **Enquête E2 (Inf-M).***

**L'enquête E 10 (Inf-M)** de s'exprimer dans ces propos disant :

*« J'étais outré de voir que parlant de la description des postes de travail ou de réforme dans les soins et que ce soit uniquement une seule corporation qui s'en occupait. Sans impliquer les acteurs de terrains, qui vivent le contexte ».*

Ces verbatim mettent en évidence, le clivage qu'il y a entre profession et le rapport de domination médicale dans le système hospitalier. Toutefois cependant la prise en compte de ces valeurs rehaussera le statut des soins infirmiers et partant la qualité des soins offerts ainsi que la satisfaction des patients. Aussi elles donneront un visage plus humain aux pratiques de l'infirmier dont la fonction comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale soit dans le cadre du rôle propre à l'infirmier.

### ✓ Sensibilités infirmières de leur rôle

Les sentiments qui se dégagent au niveau de la sensibilité des participants sont surtout de ne pas être reconnu comme un professionnel à part entière. Tous nos enquêtés affirment avoir subi des pressions psychologiques de plusieurs natures, liées entre autres à la faiblesse du statut accordé à l'identité infirmière de même qu'à la faiblesse du soutien administratifs dans les diverses conditions de travail. Il ressort entre autre comme pressions de nos verbatim, le sentiment d'être un auxiliaire comme le relève les propos de **l'enquêté E1 (Inf-M)**:

*« On voit l'infirmier en fin de compte comme, euh ! Alors quelqu'un qui joue un second rôle ».*

Aussi il ressort un sentiment de mépris et de frustration tel que dit dans les propos suivants:

*« C'est avec souvent un sentiment de comment on appelle ça, ... tu te sens pas vraiment utile..., au fait à la limite ...ta part contributive dans ces tâches-là, on ne sent pas. À la limite tu as l'impression que, bon tu es là, tu n'es pas là, (...) c'est comme ça. Donc on dirait que tu ne sers pas à grande choses aux activités! ».* **Enquêté E8 (Inf-M)**.

Le même enquêté ajoute:

*« Y a pas de dialogue, donc c'est unilatéral bon, ça fait que souvent les gens se sentent frustrés ».* **Enquêté E8 (Inf-M)**.

### ✓ Expériences infirmières de leur rôle

L'expérience que les infirmiers acquièrent au fil du temps aux contacts des médecins, nourrit ou élargit de jours en jours leurs champs de compétence. Selon nos enquêtés leur expérience n'est pas valorisée dans l'attribution et la définition de leur rôle. Celle-ci reste tributaire de ce que veut le médecin alors que ce dernier considère tout infirmier comme un débutant. À ce propos voici les verbatim qui étayent cet état de fait.

*« Quand je fais une auto évaluation, c'est comme si j'étais un stagiaire, comme les stagiaires qui repartent à l'école, bon (...) en formation sur le terrain, je ne vois pas de différence.*

*La seule différence est que tu es étiqueté comme un titulaire et l'autre comme un stagiaire ».* **Enquêté E4 (Inf-M)**.

Le même enquêté rajoute la perte d'une certaine responsabilité

*« (...) venir quand même tous les jours au service, ce que par exemple je faisais tous les jours au CMA, et que je me retrouve ici, tu n'es pas habileté à le faire ».* **Enquêté E4 (Inf-M)**.

En somme il ressort de nos verbatim que la compréhension est un élément clé dans la détermination de la perception de l'infirmier, en ce sens qu'en rapport avec le processus de construction du rôle, il constitue le centre névralgique d'analyse et d'interprétation des stimuli transmis. Ainsi en comparant l'interprétation donnée aux stimuli transmis sous le contrôle des autres facteurs personnels avec sa propre interprétation du stimulus dans son état, il fait ressortir du fond le sens profond de ce qui est réellement transmis donc ce qui est perçu.

### **5.2.3. Facteurs interpersonnels de la perception infirmière de son rôle.**

L'établissement de relations de confiance et d'un travail d'équipe avec les pairs crée au sein de l'organisation le sentiment d'appartenance à une famille. Celui de se sentir soutenu par les autres, mais aussi porté à ne pas laisser tomber les collègues. Également se sentir volontiers appartenir à un groupe, s'impliquer, partager, etc.

#### **✓ La collaboration infirmière de leur rôle**

Dans l'ensemble, la majeure partie de nos enquêtés trouvent que les relations interpersonnelles sont acceptables en raison de son étroitesse avec la personnalité de l'individu. La collaboration est une nécessité absolue en raison du fait que le client est l'objet de toute l'attention. C'est le point de départ et d'arrivée des discussions, initiatives et changements, en ce sens que la dimension clinique transcende. Il ressort de l'analyse des appréciations qu'elle est très variable, de la simple communication à des frictions en passant par des menaces. En effet, des enquêtés pensent qu'il y a des cadres de concertations qui sont synonymes de collaboration comme le montrent les propos de **l'enquêté E7 (Inf-M)**:

*« (...) Bon! Il y a des rencontres périodiques qui se tiennent, il y a des cadres d'échanges, des rencontres, des formations. Euh à quelque part, ça aussi, ça nous encourage ».*

D'autres enquêtés jugent l'état de collaboration moyenne à insatisfaisante, voire conflictuelle comme l'illustrent bien les propos suivants:

**Selon l'enquêté E10 (Inf-M) :**

*« Ce n'est pas exécration, bon on ne va dire que c'est au beau fixe ».*

**L'enquêté E8 (Inf-M)** relève de l'insatisfaction:

*«Bon, il faut dire euh! Entre infirmiers et les autres corps, euh...il y a toujours eu, en tout cas moi, je sens toujours ce..., ce manque de collaboration franche ..., qui fait que y a toujours une barrière. D'autres vont se sentir supérieur et l'autre dans son coin va se sentir inférieur et puis bon ...».*

Enfin l'**enquête E2 (Inf-M)**, y voient des sources de conflits:

*« (...) c'était le manque de canule d'aspiration où bien qu'ayant été informé du manque de canule d'aspiration, tu dis d'envoyer, on a envoyé, maintenant en cours d'intervention tu es embêté, parce que n'arrivant pas à aspirer les saignements convenablement en profondeur tu t'en prends à nous ».*

✓ **Le leadership infirmier de leur rôle**

Le leadership est la capacité d'influencer d'autres personnes. Selon cette définition, tout le monde fait alors preuve de leadership. Les leaders inspirent les autres grâce à leur assurance, leur fiabilité, et leur vision si convaincante qui peut transformer l'opportunisme en engagement professionnel. De nos entretiens, nos enquêtés ressortent que le leadership, devrait être incarné par le directeur des soins infirmiers et obstétricaux (DSIO). Mais selon eux l'incidence de son rôle de leadership infirmier n'est pas perceptible. Cela s'illustre dans les dires de l'**enquête E2 (Inf-M)**:

*« Nous avons une direction de tutelle qui est là, censée apporter de l'expertise par rapport aux domaines des soins infirmiers, mais là, on se retrouve orphelin ».*

Le même enquêté ajoute que:

*« (...) je suis là ça fait dix ans, je n'ai jamais vu de rencontre par rapport aux soins infirmiers c'est comme si vous êtes orphelin, vous n'êtes nulle part... ».*

D'autres ressortent des obstacles à l'expression de ce leadership qu'exprime l'**enquête E10 (Inf-M)** dans ces propos:

*« Comment les procédures de soins sensés relever du rôle propre de l'infirmier vont être dicté d'en haut. C'est du ressort du service des soins infirmiers, maintenant on peut demander à ce que ça soit validé par le comité scientifique de l'hôpital ».*

Le même enquêté ajoutera en disant que:

*« Le rôle des surveillants d'unité de soins (SUS) c'est principalement l'administration et accessoirement les soins. Ce qui fait que l'encadrement des nouveaux agents pose problème ».*

Pour nous résumer, le leadership infirmiers attend toujours de se faire voir en témoigne le manque d'orientation claire de la tutelle infirmière, le faible pouvoir de décision, ainsi que l'absence d'ajustement mutuel.

#### 5.2.4. Facteurs organisationnels de la perception infirmière de son rôle

##### ✓ Description des tâches

Le soutien organisationnel se définit comme une perception générale de l'employé quant au degré suivant lequel l'organisation valorise sa contribution et se préoccupe de son bien-être, de sorte à prévenir la crainte des mesures de représailles. Aussi, faisant allusion à l'organisation, le rapport social entre médecins et infirmiers est caractérisé par une importante délégation d'actes médicaux au personnel infirmier dans les centres périphériques. Qui, cependant sont fortement marqués par un "travail informel", s'opérant parfois à titre "personnel et transitoire" (Picot, 2005). Ainsi au sein des hôpitaux par contre c'est un rapport de domination médicale (Kérouac & Salette, 2011). Dans ce sens, une description de tâches s'avère importante. Tous nos enquêtés sont unanimes sur le fait qu'il n'existe pas ou n'ont pas connaissance d'une description des tâches attribuées à l'infirmier, ce qui ne permet pas la délimitation exacte des actes de l'infirmier. Toute chose susceptible d'être source d'ambiguïté et parfois de conflits dans le rôle qu'illustre bien les propos de **l'enquêté E7 (Inf-M)** :

*« On nous avait parlé de ça depuis bien longtemps, c'était prévu qu'on va rédiger quelque chose dans ce sens, mais si c'est fait, moi personnellement, je ne suis pas au courant. En clair pas de définition de tâches ».*

Ces propos illustrent la situation d'inconfort dans laquelle sont les infirmiers, qui se trouvent ainsi fragilisés sur leurs lieux de travail. **L'enquêté E3 (Inf-M)** exprime bien cela:

*« Au CHU, ici, bon, l'attaché il aide de temps en temps. Rien n'est clair, rien n'est précis. On a des sentiments d'insécurité parce que on a peur de poser des actes parfois, on va dire que non ce n'est pas décrit dans tes tâches. La délégation de tâches même n'étant pas claire ça nous empêche de nous engager totalement ».*

##### ✓ Formation

Les « organisations apprenantes » encouragent l'apprentissage tout au long de la vie en favorisant le développement professionnel et le partage des connaissances. Or, il ressort de nos différents entretiens qu'il y a une insuffisance dans la formation continue notamment pour ce qui est du domaine des sciences infirmières. Cet état de fait ressort clairement dans les propos de **l'enquêté E10 (Inf-M)**:

*« (...) mais il faut que ce soit des formations utiles, voilà, si on fait une formation tout azimut, on rassemble tout le monde... voilà! Ils proposent des formations, c'est vrai, c'est bien, mais ce n'est pas arrivé, ça ne correspond pas exactement aux besoins voilà des infirmiers, bien que ce soit rare d'ailleurs ».*

En ce qui concerne la valorisation professionnelle, au-delà de discours 'creux', elle se vérifie dans les actions de l'administration à savoir l'encouragement à suivre/donner des cours, l'importance de la formation continue, etc. Toutefois à défaut, les infirmiers se fondent sur leurs expériences, au mieux, ils maintiennent leur niveau, faute de moyens, mais au pire, ils y désapprennent, mettant donc en péril la qualité des soins et faisant place à l'insécurité croissante et au présentéisme. Les propos de **l'enquête E3 (Inf-M)** nous en disent long à ce sujet:

*« (...) il n'y a pas de valorisation en tant que tel parce que on ne sait pas comment? Tu t'auto satisfait pour avoir accompli cet acte sinon euh! Un point de vue extérieur pour dire que, ... c'est bien! Il n'y a pas une reconnaissance en tant que tel du rôle de l'infirmier dans la chaîne des soins ici! On a une satisfaction morale personnelle, mais pas une appréciation venant de médecin qui est notre plus proche collaborateur ».*

Et **l'enquête E5 (Inf-M)** de renchérir en disant que:

*« Je vais parler d'abord euh... des supérieurs, très souvent on n'est pas bien impliqué dans la prise de décision, on arrive on vous impose des choses à faire, alors que vous avez quelque fois votre point de vue qui peut être bénéfique au malade. On ne vient pas sous forme de euh, on ne vous voit pas sous forme de collaborateurs ».*

Certains enquêtés voient par contre dans le soutien organisationnel les aspects moraux matériels et financiers lors des événements sociaux **l'enquête E5 (Inf-M)**:

*« Bon, je pense c'est l'exonération d'un certain nombre d'examen qu'on a, c'est quelque fois au niveau du service pharmaceutique, on peut avoir accès à certain produit gratuitement, j'en ai bénéficié, on peut bénéficier aussi d'une consultation gratuite auprès euh, des médecins ».*

Au niveau des facteurs organisationnels, il ressort en résumé que le climat organisationnel n'est pas en phase à une appréciation positive de la perception infirmière en témoigne l'absence de définition de tâches, donc des difficultés de soutien et la rareté et/ou inadéquation des formations continues notamment en ce qui est du domaine des sciences infirmières.

### **5.3 Synthèse des résultats:**

Au terme de l'analyse, des données issues des entrevues, de la revue de littérature et des observations sur le terrain. Les points saillants dans nos résultats sont que:

Pour ce qui est de la compréhension de rôle, il est ressorti que les infirmiers ont une assez bonne compréhension des rôles, en référence aux propos des enquêtés. Toutefois, il ressort cependant que leurs attentes en lien avec le rôle propre ne soient pas présentes dans l'expression et la transmission des attentes de son rôle. Aussi en rapport avec le rôle prescrit, il apparaît dans les propos, que l'infirmier est conditionné de tel sorte qu'il agit mécaniquement en se limitant aux strictes prescriptions, et ce, comme un "robot", bien qu'il y ait de bonne compréhension de ces rôles. Alors tel que accompli le rôle est à l'image d'un "forçat", en ce sens que l'infirmier s'identifie difficilement ou pas au rôle tel qu'accompli. Même si cela soit relativisé par certains enquêtés.

La plupart des propos mettent en exergue le décalage. Aussi, au niveau des autres facteurs personnels, il ressort que la façon d'exprimer et de transmettre les attentes de rôle a une influence négative sur leur motivation au travail et partant sur la perception qu'ils ont de leur rôle. Ils ajoutent aussi se sentir des fois en situation d'infériorité, des fois frustrés par des propos et très souvent peu reconnu dans leur travail. En somme, ce qui ressort grand de ces facteurs personnels est le sentiment de non reconnaissance au niveau institutionnel. Elle viendrait plus des malades que des supérieurs hiérarchiques.

Pour ce qui est des facteurs interpersonnels, la collaboration s'impose certes, mais il ressort majoritairement chez nos enquêtés qu'elle est assez fréquemment tendue, pas franche et serait pas également basée sur une base saine. Ils font ensuite remarquer la mise en avant d'intérêts partisans au détriment de la collégialité avec par ailleurs toujours le sentiment d'être supérieur à l'autre et ne prendrais pas suffisamment en compte les intérêts infirmiers. Cette collaboration semble faite pour tenir à bonne distance les infirmiers pour mieux les surveiller. Quant au leadership infirmiers, il ressort le manque d'orientation claire de la tutelle infirmière, le faible pouvoir de décision, ainsi que l'absence d'ajustement mutuel.

Au plan organisationnel ce qui, fait l'unanimité chez les enquêtés est l'inexistence ou la non connaissance d'une description des tâches attribuées à l'infirmier. Ce qui fait que des situations d'inconfort et d'ambiguïté, par rapport aux rôles sont ressenties par ce dernier. Aussi à propos de la formation continue, il ressort qu'elle est assez rare, et, de plus, ne porte quasiment pas sur les sciences infirmières. Plus généralement il ressort en résumé que le climat organisationnel n'est pas apprenant pour l'infirmier, toute chose ne pouvant être propice à une appréciation positive de la perception infirmière.

# **CHAPITRE 6**

## **DISCUSSION DES RESULTATS**

## **6 Discussion des résultats**

À l'issue de l'analyse des données et de la synthèse générale des résultats, nous allons à présent dans cette partie de notre étude, mener la discussion des résultats. Cette partie est réservée à l'interprétation des réponses obtenues de nos entrevues en mettant l'accent sur les points qui nous ont semblé plus importants, tout en les mettant en lien avec le cadre conceptuel de ce travail basé sur celui de Katz et Kahn (1966).

### **6.1. Discussion des résultats de la compréhension du rôle**

A l'issue de notre analyse, il ressort que la compréhension du rôle de l'infirmier est un élément crucial dans sa perception. En effet nos résultats montrent d'une manière générale une assez bonne compréhension des rôles, ce qui est contraire à ceux de Compaoré T (1999), d'autant plus que la plupart des activités citées comme relevant du rôle propre ne le sont pas en réalité. Nous pensons qu'à cet effet, les changements politiques intervenus après son étude en sont les raisons. Il s'agit notamment entre autre de la mise en place en 2006 de l'ordre national des infirmiers et infirmières du Burkina Faso et des textes d'orientation des emplois spécifiques (TOES) du ministère de la santé, de l'adoption en 2014 du décret portant code de déontologie infirmière, etc, qui ont contribué à une meilleure connaissance du rôle de l'infirmier sur le terrain. Toutefois les actes délégués relevés comme étant du rôle propre sont dû à l'insuffisance de disposition législative y afférente, notamment l'absence d'une nomenclature assez exhaustive des actes infirmiers, en précisant surtout dans les actes délégués, ceux qu'il peut accomplir de façon autonome, ceux à condition qu'un médecin soit disponible et prêt à intervenir, et ceux où il participe pour aider au diagnostic ou traitement.

Au niveau du rôle propre l'analyse de nos résultats montre, une assez bonne compréhension et perception de ce rôle dues au fait que d'une part cela est enseigné à la formation de base et d'autre part au dossier d'hospitalisation est incorporé le dossier infirmier. Cela constitue un tremplin qui rappelle constamment ce rôle à l'infirmier. D'autres auteurs confirment ces allégations à propos des connaissances et de la perception du rôle propre. Ainsi la perception positive des infirmiers de l'adoption de la démarche de soins, plus spécifiquement infirmière, a été relevée (Lert, 1996), en outre il a été souligné que toutes les définitions sont allées droit aux notions essentielles du rôle propre (Roduit, 2008).

D'autre part, il ressort cependant de nos résultats, que le rôle propre n'est pas appliqué en raison entre autres de la charge de travail liée au rôle prescrit, et que le dossier n'est pas rempli ou du moins pas correctement et par conséquent, pas tellement inexploité.

Toutes choses qui posent la question de la traçabilité du travail de l'infirmier et celle de sa visibilité. Ainsi la difficulté à concevoir le rôle propre tient sans doute aussi à la formulation réductrice du rôle propre qui représente les soins comme circonscrits au couple médecins-infirmières dans leur relation avec le malade comme si les problèmes que pose l'organisation du travail étaient réduits à la subordination de l'infirmier au médecin (Lert, 1996 ; Nadot, 6apr. J.-C.). Autre propos, c'est le fait que le savoir spécifique reste occulté, de surcroît majoritairement méconnu, avec pour corollaire une discipline des soins toujours orpheline sur le plan identitaire (Nadot, 2012). Toujours dans le même sens le rôle propre semble être englouti par les activités relevant du rôle prescrit, d'autant plus que la plupart des activités citées comme relevant du rôle propre ne le sont pas en réalité (Compaoré, 1999). Toute chose qui qualifie le rôle propre d'imprécis et masqué par le rôle prescrit, et rajoute que tous les infirmiers n'ont pas une notion précise des actes qui entrent dans le cadre de leur rôle propre. De plus, il faut notifier la prévalence du rôle prescrit dans les représentations infirmières de leur métier (Ducoulombier, 2013). Cette assertion est confirmée selon la même étude par les propos d'un de ses enquêtés, « toute la journée est ponctuée d'actions du rôle propre. La preuve c'est que moi je suis même plus capable de dire ce qui est de mon rôle ou pas. C'est des choses tellement automatiques » (Ibid. 2013, p. 23).

Pour ce qui est du rôle prescrit, nos résultats attestent que les actes y référant constituent pour l'essentiel des actes délégués ou prescrits et aussi la majorité du travail de l'infirmier. Ce que corroborent les propos suivants en disant que c'est en somme d'ailleurs le rôle de l'infirmier le plus connu, de surcroît le plus mis en œuvre (Roduit, 2008). L'influence du rôle prescrit est si forte à tel enseigne que certains de ses activités sont considérées par les infirmiers comme relevant du rôle propre (Compaoré, 1999). Ce qui est aussi constaté dans le système hospitalier actuel, qui est surtout basé sur l'exécution des tâches, des prescriptions, selon une organisation du service, comme un rituel quotidien (Warchol, 2007). Toutefois ce rôle est aussi stigmatisant, car vue comme une simple exécution des tâches, voire une 'robotisation' des prescriptions médicales sans aucune forme de 'procès' selon les dires de certains de nos enquêtés. Autrement dit, il est appliqué automatiquement et strictement à la lettre sans esprit critique. Ce qui par conséquent n'est pas valorisant. Or, ce rôle n'est pas l'apanage des infirmiers et selon Acker (2006), l'infirmier répète des informations données préalablement par le médecin (Ibid. 2007).

Parlant du rôle accompli, il ressort de nos résultats que ce rôle est perçu négativement pour la plupart des enquêtés, en raison d'être vue que comme des exécutants et de ne pas participer ou peu aux prises de décisions.

Ce qui laisse présager une collaboration difficile et ce d'autant plus que cet aspect ne ressort pas comme un point saillant dans la définition du rôle de l'infirmier au Burkina Faso. Cette perception est aussi relevée, en ce sens que le fait que, la division du travail, soit surtout liée aux techniques médicales, pose la question de la place centrale accordée à l'autonomie par la sociologie des professions (Lert, 1996). Dans le même ordre d'idée il a été signalé que l'infirmier demeure aux yeux des médecins, encore et essentiellement l'exécuteur des soins prescrits au détriment de son rôle propre, peu ou pas reconnu (Warchol, 2007). Toute chose qu'avait relativisé en évoquant la possibilité souligné par certains médecins, que l'infirmier puisse avoir un rôle propre et qu'il revenait à ce dernier de s'y mettre (Compaoré, 1999). Ce point de vue s'oppose à celui que souligne Nadot (2002), en disant qu'« aujourd'hui, une part non négligeable de l'activité soignante, notamment dans les centres de soins d'importance, consiste à rendre service à des services médico-thérapeutiques et médicotechniques » (Chaves, 2005, p. 11).

Au niveau de la conformité de la pratique de l'infirmier au code déontologique, presque la totalité de nos enquêtés disent percevoir un net décalage en termes de non prise en compte du rôle propre dans les attentes qui sont attribuées à l'infirmier dans son rôle. Bien que, dans le soin, les deux dimensions technique et humaine soient étroitement mêlées (Warchol, 2007). Un décalage est aussi perçu comme tel. En effet l'infirmier en oncologie perçoit une disparité entre la définition de son rôle et la réalité de sa pratique quotidienne, parce que les soins prodigués aux personnes atteintes de cancer sont de plus en plus complexes, et doivent aussi se faire à davantage de patients. Même si le système de santé ne s'adapte pas à la même vitesse de manière à les soutenir en assurant, par exemple une stabilité du personnel (Lemondé & Payman, 2015).

## **6.2. Discussion des résultats des facteurs personnels**

Nos résultats ont montré à ce niveau que les infirmiers ont évoqués des facteurs d'ordre personnels, peu ressentis dans leur rôle, qui influencent négativement la perception de leur rôle. Ce sont, la motivation, les valeurs, la sensibilité et l'expérience. Dans le discours de la plupart de nos enquêtés, il ressort des sentiments de diminution, de frustrations et de faible reconnaissance en lien surtout avec des doutes sur les 'capacités intellectuelles' et les compétences des infirmiers. Ces préoccupations ont été rapportées par plusieurs autres auteurs. Selon Dolan (1978), dont les propos sont rapportés par (Lazure, 1985, p. 642) : «une infirmière est une servante digne de confiance, mais une servante tout de même...».

En somme les discours ramènent toujours à l'esprit, le passé de l'infirmier comme un poids (Chaves, 2005). Tout comme relevé, le manque d'accès à la formation universitaire en sciences infirmières dans les pays d'Afrique francophone qui compromet les efforts collectifs pour l'amélioration de la santé et du développement social, et retarde les progrès vers la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) (Kérouac & Salette, 2011). Enfin, c'est le travail même de l'infirmier qui est occulté sur le plan social à savoir que:

Les infirmières possèdent un savoir important relatif au corps et à la vie sociale, savoir construit dans le contexte d'une société au sein de laquelle les gens apprennent à cacher le corps et certaines de ses fonctions. Tant que cette conception du corps persistera il y aura des pressions sociales pour cacher les soins infirmiers et le travail des infirmières (Chaves, 2005, p. 12).

Chaque individu a besoin d'être reconnu et entendu sur la place et le rôle qu'il accorde à certaines valeurs dans son travail, car elles sont constitutives de ses propres valeurs de soignant. De nos résultats, il ressort des dires des infirmiers qu'ils participent peu ou pas aux prises de décisions dans le processus de soins, sont peu considérés ou reconnus, ont un faible statut professionnel. Toute chose qui ne les permet pas d'apporter leur vision au processus de soins. Ces résultats vont dans le même sens que la position du conseil international des infirmiers/ères (CII 2004), qui note que l'essentiel du travail infirmier étant exclu du champ des outils de mesure de la charge de travail, l'effort et l'expertise infirmiers ne sont ni reconnus, ni mesurés, ni récompensés à leur juste valeur (Baumann, 2007). De plus, les infirmiers n'ayant pas ou peu l'occasion de faire valoir leur opinion en matière de soins aux patients se sentent dévalorisées, ce qui diminue leur engagement vis-à-vis de leurs employeurs (Ibid. 2007).

Parlant de la sensibilité de l'infirmier dans la perception de son rôle, il ressort qu'elle est caractérisée par le fait d'être vue comme un auxiliaire et d'être méprisé. Cela corrobore les propos suivants, qui affirment, qu'en dépit des avancées dans la conquête d'une identité professionnelle et de la qualification accrue des infirmiers, leur place dans la division du travail sanitaire demeure totalement subordonnée au médecin. Ainsi, le rôle propre qui leur est attribué se cantonne en fait au domaine technique, et le répertoire de ses actes spécifiques demeure extrêmement limité (Broutelle, 2009).

Or, des études rapportent selon Buchan (1999), qu'un environnement de travail de qualité, selon Baumann *et al.*, (2001b), la possibilité pour l'infirmière d'être en mesure de s'occuper de tous les aspects de la santé des patients, conformément à la philosophie de sa profession, et selon Kristensen (1999), le sens attribué au travail, auraient une valeur prédictive positive plus significative sur la vision des soins infirmiers du personnel infirmier en question (cité par Rhéaume et al., 2008). Toutefois les propos de certains collaborateurs sont de nature à confirmer le mépris à l'égard de la profession infirmier en témoigne les propos de **l'Enquêté E2 (Inf-M)** :

*« C'était au cours d'une intervention, d'habitude quand on réunit le matériel et qu'il y a un matériel important ou crucial qui manque on prévient le chirurgien. Ce jour, quand j'ai réuni le matériel, il n'y avait pas de bistouri électrique, et je me trouvais en droit de l'en aviser avant le début de l'intervention. Alors quand je l'ai informé, il s'est emporté, et il me dit qu'est-ce que ça veut dire, il manque un bistouri électrique, et que même si c'est avec les doigts on va opérer le malade ».*

Au niveau de l'expérience, nos résultats montrent qu'elle est peu valorisée et reste tributaire de la volonté du médecin, en d'autres termes soumise à celle-ci. Ce qui dénote d'un manque d'autonomie dans la mise en œuvre de ses compétences. Toute chose qui amène l'infirmier à percevoir de façon négative son rôle, en ce sens qu'il ne dispose que d'une faible latitude décisionnelle, qui, selon Mayrand-Leclerc (2002), est une caractéristique qui permet à l'infirmier d'exercer une pratique professionnelle selon son champ d'exercice (Rhéaume et al., 2008). Nos résultats sont donc contraires à ceux obtenus dans les études évaluatives des hôpitaux magnétiques (Brunelle, 2011b ; Kérouac & Salette, 2011 ; Rhéaume et al., 2008) et à ceux dans celles d'évaluation de la pratique infirmière et du milieu hospitalier (Baumann, 2007). Ces études ont relevé certains critères incitatifs au nombre de huit, qui, s'ils existent dans une organisation procureraient une forte satisfaction à l'infirmier de son travail. Ces critères sont entre autres en premier lieu l'autonomie qui se concrétise dans les tâches effectuées, les modèles de soins solides (*evidence based*), la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités, la capacité d'innover, etc.

### **6.3. Discussion des résultats des facteurs interpersonnels**

Le niveau de la collaboration entre médecin-infirmier, dans notre étude est jugé selon nos enquêtés très moyenne dans son ensemble avec cependant des extrêmes.

Bien qu'elle permet tout de même des rencontres que les uns estiment insatisfaisant, d'autres pas exécration, pas au beau fixe non plus, enfin qualifiée de pas franche selon certains. Elle est plus vue à sens unique et c'est l'infirmier qui doit aller chaque fois vers le médecin. Elle est aussi perçue le plus souvent comme une stratégie consistant à employer sa fonction sociale ou administrative pour neutraliser ou dominer les autres (Ridde, 2011).

Or, tout comme dans notre contexte, selon Freidson (1984), classiquement, le médecin occupe un rôle majeur dans la trajectoire de la personne en situation hospitalière, en ce sens qu'il reste celui qui détient le pouvoir décisionnel en raison notamment de ses compétences théoriques et techniques et des principes d'autorité, d'autonomie et de responsabilité légale et morale qui fondent sa pratique (F. Kaech, et al., 2010). En effet la profession médicale reste très structurée et très hiérarchisée. Ces aspects peuvent souvent constituer des freins à la collaboration, au regard du niveau des infirmiers. Cependant nos résultats corroborent ceux de de F. Kaech, et al., (2010), qui font ressortir aussi une variation du degré collaboration IRSP-médecins sur un continuum. Elle va d'une attitude d'ouverture, d'intérêt et de disponibilité, à la coopération, jusqu'à des formes radicales de résistances à tout travail en commun (Ibid. 2010). De même l'étude menée par Picot (2005), comparant le rapport entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public dans deux services hospitaliers corrobore nos résultats. Cette étude fait état que le gouvernement de service des hommes médecins revêtait « une hiérarchie pesante » selon les dires des infirmières. Elle prendrait la forme d'une violence symbolique, voire physique dans certains rapports de travail, tel que l'exemple, d'un médecin énervé qui réagit violemment et jette les prélèvements au visage d'une infirmière (Picot, 2005). À cela s'ajoute la démagogie, le manque de respect, la misogynie et le harcèlement. Par ailleurs, dans cette configuration de service, la hiérarchisation des savoirs est toujours importante voire renforcée avec l'accroissement du contrôle des médecins sur l'ensemble des activités y compris soignantes. Ce qui en conséquence, restreint les possibilités d'autonomie et d'initiative infirmières en témoigne l'augmentation des actes sur prescription médicale, qui a pour effet de limiter si ce n'est d'évincer le « rôle propre » ou autonome infirmier. Aussi s'ajoute l'accroissement du contrôle des activités soignantes par le service de soins infirmiers, tel que la mise en place d'outils de gestion et de contrôle. Ainsi, il en résulte des pratiques d'évitement des médecins par les infirmières lors des visites médicales, bien qu'elles soient souvent intéressées, mais seulement parce qu'elles savent que cela signifie assister le médecin, aller lui chercher ce qui lui manque, etc; en somme elles refusent de lui servir de « bonne ».

Dans notre étude il ressort que le leadership de l'infirmier n'est pas perceptible, de même que sa capacité de soutien, ainsi que la faible visibilité de celui devant l'assumé à savoir le directeur des soins infirmiers et obstétricaux selon nos enquêtés. Une des raisons peut-être le manque de clarté des missions du service infirmier et sa faible représentation en ce sens que selon Al Shammari (1992), la nature de son leadership ne donne pas le ton à son organisation tel que prôné (Baumann, 2007). En effet, sa mission n'étant pas clairement définie, cela impacte négativement sa vision du service et partant son organisation et son fonctionnement. Ces résultats corroborent les propos de Baumann(2007), qui souligne que l'encadrement détermine la vision des objectifs et un programme d'action pour les atteindre. De plus sa responsabilité est de veiller à ce que la motivation, les outils, les connaissances et les aptitudes nécessaires à atteindre les objectifs fixés soient disponibles sur le lieu de travail (Ibid. 2007). Ainsi, le processus d'implantation du dossier infirmier, bien qu'étant récent est pour l'heure une innovation majeure. Cependant en raison du renouvellement continu du personnel, du manque de mécanisme de coordination à savoir un processus d'ajustement mutuel, de supervision directe ou de standardisation des procédés, maintenir et pérenniser les acquis deviennent difficile. Ce qui aurait permis en somme de contribuer à un bon remplissage du dossier infirmier. De plus, la faible représentation et représentativité dans les sphères de décision de l'infirmier contribue à réduire l'incidence de son leadership à influencer l'amélioration de son environnement de travail. En effet, au niveau de l'organigramme du CHUP-CDG, il ne ressort pas de lien quelconque du service de soins infirmiers avec les unités où officient les infirmiers censés être sous sa coupe, ni de lien de collaboration avec la direction médicale, ou de ses démembrements avec les médecins (CHUP-CDG, 2017). Toutefois par opposition à nos résultats l'étude commandée par le comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) (2002), a relevé l'importance du leadership infirmier en mettant en exergue dans son rapport le bien fondé de nommer du personnel infirmier d'expérience à des postes administratifs afin d'influencer l'établissement d'objectifs, de plans et de politiques (Priest, 2006). En plus, il convient de faire remarquer selon Broughton, H. (2001), qui, dans son article fait remarquer que c'est à chaque infirmier qu'importe le leadership et par conséquent « chaque infirmière doit adopter un rôle afin de maintenir, de soutenir et d'orienter la profession » (Priest, 2006, p. 1).

#### **6.4. Discussion des résultats des facteurs organisationnels**

Au niveau des facteurs organisationnels, nos résultats selon nos enquêtés font ressortir l'absence de description des tâches d'une part.

Toute chose qui permettrait de mieux situer les responsabilités des uns et des autres. D'autre part, au niveau de la formation, il y a une insuffisance dans la formation continue notamment pour ce qui est du domaine des sciences infirmières. Tous les infirmiers enquêtés souhaitent vouloir exercer leur rôle dans son intégralité, pour peu que certaines conditions s'améliorent. Il s'agirait selon Sarrandon-Eck *et al.* (2008), d'un triple idéal de travail en équipe, commun aux différents groupes professionnels.

D'abord l'autonomie professionnelle et relationnel; ensuite des contraintes partagées par les groupes à savoir des compétitions de territoires, de concurrence réelle ou perçue, des règles et des normes fortes qui structurent les interactions et assurent un équilibre dans les relations professionnelles; enfin des aspirations mésestimées à savoir s'affranchir des hiérarchies et des rapports de subordination, préserver son territoire, être rassuré et reconnu dans sa pratique du fait des limites et du flou des savoirs, de l'individualisation des soins (F. Kaech, et al., 2010).

S'agissant du premier point, en l'occurrence, l'absence de description de poste cela n'oriente pas l'infirmier dans l'accomplissement de son rôle, bien qu'étant un outil de communication efficace, servant de feuille de route entre l'infirmier et l'hôpital, et décrivant par principe ses attentes et engagements. Au regard de l'insatisfaction que crée l'absence de cet outil, il est clair de plus en plus, que les infirmiers veulent des tâches clairement définies. Il est nécessaire d'avoir des objectifs clairs, ce d'autant plus, qu'un rôle clair a l'avantage de minimiser les conflits et d'être aussi utile au plan juridique. Dans l'organisation institutionnelle, il s'agit par exemple d'inscrire l'expérience et les pratiques décrites par les infirmiers au sein de leur environnement institutionnel respectif. A cet effet l'enjeu est de mettre en lumière les besoins et les attentes des professionnels, afin qu'ils se sentent reconnus par l'institution et la hiérarchie dans leur rôle spécifique (F. Kaech, et al., 2010). Or, jusqu'à présent le document faisant office de description de tâches de l'infirmier reste les textes d'orientation des emplois spécifiques du ministère de la santé (TOES) (Ministère de la santé, 2006), en vigueur depuis 2006, qui, dans sa structuration fait la part belle aux actes prescrits qui du reste sont tout aussi globaux dans les tâches décrites.

Quant à la formation continue, nos résultats montrent qu'en plus d'être rare elle concerne très peu le domaine des sciences infirmières, bien que permettant de tenir à jour les connaissances de bases acquises et de les améliorer. Le besoin de formation est fortement présent dans les propos de nos enquêtés.

Qu'il s'agisse du développement d'espace d'échanges et de réflexion autour du rôle de l'infirmier ou des activités de formation sur ce thème. La formation continue a lieu sous forme de renforcement des compétences en milieu de travail, et se fait par le biais des cours de recyclages sous forme de séminaires et ateliers (Tapsoba/Sawadogo, 2010). Ces recyclages dans leur majorité visent surtout à plus renforcer les capacités des infirmiers dans des aspects techniques précis et sur les maladies.

En plus, ils ne sont le plus souvent qu'en rapport avec le rôle prescrit. Ce qui s'oppose selon le CII(2004), à l'un des principes de succès dans les "Magnet hospitals", à savoir l'insistance sur la formation continue de niveau supérieur (Kérouac & Salette, 2011). Des résultats similaires révèlent qu'il est requis des employeurs d'être sensibles à l'intérêt de consacrer du temps, des efforts et des ressources pour améliorer la pratique de leurs employés et leur permettre de renforcer leurs capacités, leurs aptitudes et leur jugement (Baumann, 2007). Selon le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2010), il ressort en Afrique, la quasi absence de cursus universitaire et d'un corps enseignant infirmier qualifié à ce niveau, ce qui fait que la formation des infirmières et infirmiers soit offerte la plupart du temps par d'autres professionnels de la santé, notamment des médecins (Ibid. 2011).

## **6.5. Forces de l'étude**

Nonobstant le fait que, notre étude se soit seulement intéressée au CHUP-CDG, parmi les quatre centres hospitaliers universitaires, que compte le pays et n'est concernée que les infirmiers, comme acteurs de soins parmi tant d'autres, il demeure néanmoins que cette étude puisse s'inscrire parmi les toutes premières études burkinabé à avoir donné la parole aux infirmiers, afin qu'ils s'expriment sur l'expérience qu'ils ont de leur rôle. Notre étude fait le lien entre la théorie c'est-à-dire le rôle défini et la pratique, celui mise en œuvre à travers le processus de construction et de perception de rôle d'une part, et d'autre part à travers les facteurs qui influencent ce processus. Elle soulève aussi l'intérêt de prendre en compte les besoins des infirmiers dans le processus de transmission des attentes du rôle, afin d'obtenir l'assentiment et la compliance des infirmiers dans l'accomplissement de leur rôle. Du reste si le rôle est défini avec le plus de précision et de clarté possible, cela permet d'améliorer le climat de travail en évitant les éventuels ambiguïtés et conflits de rôle. D'où l'intérêt que les restructurations hospitalières se penchent dorénavant sur le travail lui-même à l'hôpital, qui, selon certains auteurs constitue la part oubliée des réformes, et ce, en créant un environnement favorable à l'apprentissage.

La taille de l'échantillon est petite, mais la qualité de l'information fournie par les participants nous a permis de mieux comprendre un phénomène nouveau voire négligé qu'est la perception que les infirmiers ont de leur rôle. Enfin, nous avons tenté d'être le plus rigoureux possible dans la méthodologie de la rédaction, dans l'analyse fastidieuse des recherches et dans la discussion des résultats. Exercice compliqué pour un novice, mais ce fut pour nous la première expérience dans ce type d'écrits, qui reste certes à consolider en vue de poursuivre dans le développement de notre expertise.

## **6.6 Limites de l'étude**

Cette étude comporte des limites qui influencent la généralisation des résultats dont en premier lieu sa faible validité externe, notamment la question de l'extrapolation des résultats, qui, selon Yin (2003) cité par (Labarre, 2007), constitue le principal problème des études de cas. Aussi la méthode de sélection des infirmiers soit l'échantillonnage par convenance a pu constituer, également une limite en raison de l'objet d'étude et de l'observation de la pratique. De même la participation volontaire des infirmiers a possiblement influencé les réponses données.

Ensuite la subjectivité du chercheur, notamment selon Van der Maren (1996) cité par (Ibid. 2007), ses croyances et perceptions, a pu avoir une influence. D'autant plus que dans la présente étude, l'étudiant-chercheur est lui-même infirmier et il est possible qu'il ait eu peu de recul par rapport aux éléments de la pratique infirmière observés. Aussi, il est possible qu'en étant sous observation, les participants aient modifié des aspects de leur pratique. Toutefois, le fait de collecter les données d'entrevues à distance de la période d'observation devrait avoir limité cet effet. Aussi, le moment où l'observation s'est tenue a été uniformisé pour tous les participants d'un même quart de travail.

Enfin, une autre limite, non négligeable, a trait aux habilités du chercheur. Cette recherche est la première que nous avons réalisée dans ce registre. C'est dire que nous n'avons pas d'expérience. Cependant nous estimons, au terme de cet exercice, avoir acquis de nouvelles habilités qui nous seront utiles dans le cadre de notre travail comme cadre infirmier. .

# **RECOMMANDATIONS**

## **Recommandations**

Aux termes de notre étude, les résultats auxquels nous sommes parvenus ont plusieurs implications, ce qui nous amène à faire des recommandations à l'endroit des différents acteurs intervenant dans le processus de rôle.

Aux infirmiers, il s'agit de donner du sens à leur travail en axant leurs pratiques sur la démarche de soins infirmiers, sur les pratiques infirmières probantes en vue de promouvoir leurs rôles et la reconnaissance de leur profession. Aussi, valoriser son rôle propre, en mettant en exergue sa particularité qui est le fait d'une philosophie de soins considérant la personne soignée dans sa globalité. Enfin, renforcer leur identité professionnelle en accomplissant leur rôle dans toutes ses dimensions tel que définie par la loi et entretenir de bonnes communications avec leurs collègues des autres disciplines.

A l'endroit des gestionnaires des soins infirmiers, relever le défis de créer et soutenir un milieu de travail sain dans lequel le perfectionnement, le soutien du leadership infirmier et la formation professionnelle sont priorisés. Cela en veillant à l'adoption et à la mise en œuvre d'une pratique infirmière axée sur le modèle et démarche de soins infirmier.

A l'Ordre National des Infirmiers et Infirmières du Burkina Faso (ONII-BF), donner des avis motivés sur les politiques nationales de santé, la qualité des soins, la formation de base et la formation continue des infirmières et infirmiers; en énonçant sa position sur la clarté et la précision du rôle infirmier.

A l'endroit du CHUP-CDG, créer des conditions favorables à l'autonomisation des infirmiers, en consacrant du temps, des efforts et des ressources pour améliorer leurs pratiques, leurs capacités, leurs aptitudes, leur jugement, de même que leur sensation de bien-être au travail. Aussi en favorisant l'interdisciplinarité, qui permet de mieux impliquer les infirmiers dans le processus de prise de décision.

Au ministère de la santé, accorder davantage d'intérêts à l'optimisation des compétences d'un corps professionnel aussi primordial pour la santé des populations, que celui des infirmiers, en mettant en place un département chargé des soins de santé. Aussi en prenant en compte l'expertise de tous les prestataires de soins dans un processus de décision centré sur le patient. De plus il convient de réduire les zones grises qui accentuent le corporatisme en faisant connaître à chaque professionnel le rôle et les limites de chaque profession et en renforçant d'avantage la précision de la description des tâches du rôle de l'infirmier.

# CONCLUSION

## **Conclusion**

Cette recherche a permis de mieux connaître les perceptions des infirmières au regard de leur rôle au CHUP-CDG. L'analyse de nos données collectées a mis en lumière d'une part que la compréhension que l'infirmier a de son rôle influence grandement la perception qu'il a de celui-ci. Ainsi les enquêtés ont une bonne compréhension de leur rôle, mais cependant perçoivent un écart entre ce qui est prescrit dans le rôle et ce qu'ils accomplissent dans la pratique. Ce qui de surcroît est mal vécu en ce sens que très peu valorisé. D'autre part, nos résultats révèlent des caractéristiques personnelles et environnementales notamment interpersonnelles et organisationnelles qui influencent la perception de l'infirmier par rapport à son rôle. Au titre des facteurs ou caractéristiques personnels, il ressort la faible motivation, la faible valorisation des sensibilités, des valeurs infirmières, et de leur expérience. Ainsi il ressort qu'ils sont non seulement peu motivés à travailler du fait des pressions psychologiques subies, du peu d'attention manifestée à leur égard. A titre d'exemple on note le fait d'être vu comme un auxiliaire et de ne pas être impliqué dans les prises de décision. Quant aux autres facteurs, il ressort, pour ce qui est des caractéristiques interpersonnelles, la faible collaboration entre médecins et infirmiers qui, d'ailleurs, se passent dans un sens unique de l'infirmier vers le médecin. A cela s'ajoute le faible leadership dont dispose l'infirmier au sein de l'hôpital, qui est renforcé par le manque de clarté dans la mission assignée à son service. Enfin les caractéristiques organisationnelles mettent en exergue l'ambiguïté et les conflits en lien avec le manque de description des tâches. On peut y ajouter l'inadéquation des formations continues qui ne prennent pas assez en compte les préoccupations des infirmiers.

Notre étude n'a certainement pas cernée tous les contours de la question de la perception du rôle de l'infirmier, car n'ayant concerné qu'un centre de soins publique, mais a le mérite d'avoir permis de mettre en évidence les aspects qui concernent l'infirmier. Notamment la vision de ce dernier quant au degré suivant lequel l'organisation valorise sa contribution et se préoccupe de son bien-être. Toutefois travailler dans l'univers hospitalier n'est pas un acte anodin. Cependant une étude qui s'inscrit dans une dimension interdisciplinaire permettrait de mieux valoriser chacune des dimensions du patient et partant améliorer la qualité de soins. C'est pourquoi il faut donc à tout prix éviter les luttes de pouvoir, aussi frustrantes que stériles, qui ne font que brimer l'autonomie professionnelle. La compétence d'une équipe est une variable qui n'est visible que dans la satisfaction du patient.

**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

## Références bibliographiques:

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, (1), 161-181.
- Association des infirmiers et infirmières du Canada(AIIC). (2009). *Le leadership de la profession infirmière*.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., Letrilliart, L., & others. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-5.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., Letrilliart, L., qualitative médicale francophone : GROUM-F. (2008). Introduction à la recherche qualitative, 19(84), 142-5.
- Baumann, A., & Conseil international des infirmières. (2007). *Environnements favorables à la pratique: qualité au travail = soins de qualité : dossier d'information et d'action (2007<sup>e</sup> éd.)*. Genève : Conseil international des infirmières.
- Bollecker, G., & Nobre, T. (2011). Les conflits de rôle, une conséquence des paradoxes qui s'exercent sur l'organisation : le cas d'une organisation de service public évoluant vers le modèle marchand. *Association internationale de managements stratégiques (AIMS)*, (1223), 1-24.
- Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94.
- Broutelle, A.-C. (2009). Infirmière : une profession problématique. *Regards croisés sur l'économie*, 5(1), 178.
- Brunelle, Y. (2011a). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, *Magnet hospitals: an hospital with good working and care conditions*. *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 40(1), 39-48.
- Chaves, G. (2005). Etude sur l'image que la profession « Infirmière » a d'elle-même, 1-41.
- CHUP-CDG. Plan d'action 2015 CHUP-CDG.
- CHUP-CDG. Plan d'action 2016 CHUP-CDG.
- CHUP-CDG. (2017). *Organigramme*.
- Collière, M.-F. (1998). *Promouvoir la vie*. (S.l.) : Elsevier Masson.
- Compaoré, T. (1999). *Introduction de l'écrit dans les pratiques infirmières Burkinabè*. ENSP Renne (France).

- Darveau, J. (2015). Étude descriptive des perceptions de soutien, d'habilitation et de reconnaissance favorisant la mobilisation organisationnelle au Ministère de l'éducation nationale et de l'alphabétisation du Burkina Faso.
- Delon, S. (1997). Concept du rôle propre infirmier.
- Dias, M.-H. (2009). Le rôle de consultation selon l'expérience d'un groupe d'infirmières cliniciennes spécialisées. Canada : Université de Montréal.
- Dionne, S., & Rhéaume, A. (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 199.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative, (10), 79–86.
- Ducoulombier, A. (2013). Le sens du rôle propre dans la profession infirmière. Versailles : Institut de formation en soins infirmiers du centre hospitalier de Versailles.
- Dumont, M. (2011). Etude descriptive des perceptions d'infirmières en regard de l'implantation du plan thérapeutique infirmier (PTI) dans leur pratique quotidienne. Québec : Université du Québec à Trois-Rivières.
- El-Khoury, M. (2015). L'infirmière libanaise et le sens au travail en milieu hospitalier.
- F. Kaech, Th. Currat, J. Mbarga, & J.L. Pereira,. (2010). perception et vécu du rôle des infirmiers(ères) en ressource en soins palliatifs (irsp). Vaud.
- Fougeyrollas, P., & Roy, K. (1996). Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 45(3), 31.
- Gatti, S. (2009). Le regard du client sur la profession infirmière. Haute Ecole de Santé Valais.
- Gyslaine Desrosiers, Pierre Éric Langlois, & Hélène Salette. (2015). Qualité des soins et la sécurité des patients: une priorité mondiale. SIDIIEF.
- Hadchouel Duvergé, A., & Sacré, K. (2013). Perception de la collaboration médecin-infirmier : Etat des lieux dans deux hôpitaux parisiens et évaluation de l'intérêt d'un enseignant sur le sujet. France : Universités Paris Descartes, Pierre et Marie Curie, Paris Sud et Paris Est Créteil.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin. *Perspective soignante*, 4, 1–20.
- Hiba, H., & Josette, N. (2007). L'image de l'infirmière aujourd'hui.
- Kéré, A. (2015). Motivation à la formation chez les infirmiers au Burkina Faso Quels bénéfices à se former? Paris : Éditions l'Harmattan.
- Kérouac, S., & Salette, H. (2011). La formation universitaire des infirmières et infirmiers: une réponse aux défis des systèmes de santé. Westmount, Québec : SIDIIEF.

- Koffi, K. (2010). Côte d'Ivoire. Recherche en soins infirmiers, 100(1), 36.
- Labarre, K. (2007). L'exercice du leadership transformationnel des infirmières-chefs et les facteurs organisationnels l'influençant dans le contexte des modifications à la pratique infirmière: Une étude de cas. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Lahbib, O. (2005). La perception chez Husserl.
- Laure, C.-R., Fabienne, M., & Philippe, U. (2000). La profession infirmière en mutation, élément de réflexion à partir d'exemples européens. (Rapport No. 498).
- Lazure, H. (1985). « L'infirmière » . Dans Traité d'anthropologie médicale. (pp. 631-657). (S.l.) : (s.n.).
- Lemondé, M., & Payman, N. (2015). Perception du rôle de l'infirmière en oncologie. Canadian Oncology Nursing Journal, 25(4), 432-442.
- Lert, F. (1996). Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire). Sciences sociales et santé, 14(3), 103-115.
- Lévêque, E. (2010). Les infirmières ont elles un métier si pénible?
- Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, & And Douglas M. Sloane. (2000). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. 2002, 5–13.
- Lynch, A., Boulay-Bolduc, M., Girard, F., O'Connor, P., Saucier, A., Sturgeon, J., Besner, J. (2009). La place des infirmières dans un système de santé en changement. Forum d'innovation en santé.
- Martineau, S. (2005). L'instrumentation dans la collecte des données. 2005, Hors-série(2), 5-17.
- Ministère de la santé, B. F. (2012). Module 1 de gestion de district.
- Ministère de la santé. Code de la sante publique. (Loi N°2394 ADP portant code de santé publique), Pub. L. No. Loi N°2394 ADP portant code de santé publique (1994).
- Ministère de la santé. Décret portant organisation des emplois spécifiques (N° 2006-463463/PRES/PM/MFPRE/MS MFB),
- Ministère de la santé. Décret portant code de déontologie des infirmiers et infirmières du Burkina Faso. (N°2014-049/PRES/PM/MS). , Pub. L. No. N°2014-049/PRES/PM/MS (2014).
- Nadot, M. (6apr. J.-C.). La profession infirmière au XXIe siècle. Défis et Réalités. Dans 1er Congrès international de la faculté des sciences infirmières de l'Université St Joseph. Beyrouth(Liban) (pp. 1-8). Beyrouth.
- Nadot, M. (2012). Recherche fondamentale en science infirmière: La recherche historique sur les fondements d'une discipline. Recherche en soins infirmiers, 109(2), 57.

- Neves, C. (2008). Raisonement clinique et modèles conceptuels, quelle dynamique pédagogique. (724), 44-47.
- OMS, série de rapports techniques n°347). (1966). Comité OMS d'experts des soins infirmiers.
- Pelletier, C., & Pagé, G. (2002). Critères de rigueurs scientifiques, (68), 35-42.
- Perrot, S. (2005). Nature et conséquences des conflits de rôles. Communication à la journée de recherche CEROG-ARGH, IAE d'Aix-En-Provence, 2.
- Philion, R., Bourassa, M., Leblanc, R., Plouffe, D., & et Arcand, I. (2010). Persistance et réussite aux études postsecondaires : Étude d'un accompagnement personnalisé pour étudiants en situation d'échec, Vol. 3(6), 1-27.
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 83-100.
- Priest, A. (2006). Le passé, le présent et l'avenir du leadership dans la profession infirmière.
- Rhéaume, A., LeBel, N., & Gautreau, G. (2008). L'intention de demeurer en poste chez les nouvelles infirmières\* diplômées du Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 169-197.
- Ridde, V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs.
- Roduit, L. (2008). L'écriture du Processus de Soins Infirmiers : un chemin vers la conscientisation du rôle propre infirmier? Sion en Suisse : Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (Hes-so)/Valais.
- Rousseau, N., & Saillant, F. (1996). Chercher avec, plutôt que chercher pour...Une introduction aux méthodes qualitatives de recherche en soins infirmiers, (45), 138-46.
- Safon, M.-O. (2017). Sources d'information et méthodologie de recherche documentaire en santé.
- Schlickau, J. (2010). États-Unis d'Amérique. *Recherche en soins infirmiers*, 100(1), 45.
- Squires, A. (2004). A Dimensional Analysis of Role Enactment of Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 272-278.
- T. Alexandra. (2009). Le métier d'infirmière. Docs. School Publications.
- Tapsoba/Sawadogo, J. (2010). Burkina Faso. *Recherche en soins infirmiers*, 100(1), 20.
- Ugochukwu, G. (2013). Roles of nurses in Sub-Saharan African region. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 5(7), 117-131.
- Warchol, N. (2007). La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 91(4), 76.

Wittwer-Corelli, C. (2009). L'infirmière. L'évolution de l'image de la discipline infirmière.  
Haute Ecole de Santé, Fribourg.

# ANNEXES

## **Annexe 1 : grille d'entretien**

- Compréhension du rôle de l'infirmier
  - ✓ Rôle propre,
  - ✓ Rôle prescrit
  - ✓ Rôle de l'infirmier au CHUP-CDG
  - ✓ Conformité de la pratique du personnel infirmier à un code déontologique
- Détermination des facteurs de perceptions des infirmiers de leur rôle
  - ✓ Les facteurs de perception personnels
  - ✓ Les facteurs de perception interpersonnels
  - ✓ Les facteurs perception organisationnels

## Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé

Moi, Mr/Mme/Mlle....., reconnais avoir été informé de l'étude sur la «Perception du rôle de l'infirmier : cas des infirmiers du Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG) au Burkina Faso». Je reconnais que le chercheur **Sour Silvère DA** m'a donné toutes les informations sur les objectifs de l'étude, sa méthodologie et les avantages prévus pour les services de planification familiale de la région.

Je reconnais avoir été informé que je suis libre de faire partie ou de ne pas faire partie de l'étude et que je ne bénéficierai d'aucune compensation de quelque nature que ce soit. J'ai été informé que je peux me retirer à tout moment de l'étude sans que cela n'entraîne aucune conséquence négative sur mes relations le district sanitaire ou avec la direction régionale de la santé du Centre.

Par conséquent, je donne mon accord pour l'utilisation des informations que je vais fournir et ceci dans le strict respect de la confidentialité. J'ai été assuré que la dissémination des données concernant cette étude sera faite de façon anonyme. Aucune personne en dehors de l'étude ne pourra avoir accès aux informations individuelles.

Je reste conscient que ma participation à cette étude ne répond qu'à des buts purement scientifiques.

Je confirme donc avoir reçu et compris le sens de cette étude, et je m'engage à participer volontairement comme personne ressource.

Nom du répondant:.....Signature:.....

Nom de l'enquêteur:.....Signature: .....

Lieu et date :.....

## Annexe 3: Note d'information aux enquêtés

### 1. Titre de notre recherche

«Les agents de santé et la perception de leur rôle : Cas des infirmiers du Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG) au Burkina Faso »

### 2. Chercheur responsable du projet de recherche et encadreurs

- ✓ **Nom de l'étudiant** : DA Sour Silvère étudiant en master II en sciences maïeutiques et santé de la reproduction à l'Institut de formation et de recherche interdisciplinaire en santé(IFRIS).Email: [dasoursilvers@yahoo.com](mailto:dasoursilvers@yahoo.com) Mobile : +226 70.61.54.04
- ✓ **Encadreur** : Abdramane BERTHE, Sociologue de Santé Publique PhD in Public Health & Msc in Social Sciences Email: [aberthe56@yahoo.fr](mailto:aberthe56@yahoo.fr) GSM : +22670452864 ou +22678032390

### 3. But de l'étude

Le but de notre étude est de contribuer à la valorisation de la profession infirmière en vue d'améliorer la prise en charge globale des patients au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaules (CHUP-CDG).

### 4. Objectifs de l'étude

Notre projet de recherche vise l'atteinte des objectifs suivants : (i) déterminer la compréhension des infirmiers de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaules (CHUP-CDG), (ii) déterminer les facteurs personnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaules (CHUP-CDG, ensuite (iii) déterminer les facteurs interpersonnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaules (CHUP-CDG), puis enfin (iv) déterminer les facteurs organisationnels influençant la perception des infirmiers de leur rôle au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaules (CHUP-CDG).

### 5. Modalité de participation

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et signer ce formulaire d'information et de consentement, puis remplir un questionnaire sociodémographique, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant responsable du projet. «Votre participation à cette recherche consiste à m'accorder une entrevue d'environ une heure où vous pourrez discuter de la perception que les infirmiers/ères ont de leur rôle quotidien au Centre

Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP-CDG). Je vous poserai des questions auxquelles vous aller répondre ou choisir de ne pas répondre tout en indiquant que l'une ou l'autre de vos réponses doit demeurer confidentielle. » L'entrevue sera menée par le chercheur lui-même, puis enregistrée sur support audio numérique puis retranscrite pour nous aider dans notre travail de recherche.

## 6. Confidentialité

« Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul le chercheur principal, c'est-à-dire moi-même, aura la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. » Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

## 7. Avantages

« En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à la levée d'un bouclier sur la perception de l'infirmier/ère de son rôle et à l'amélioration de la prise en charge globale des patients dans les hôpitaux par la valorisation de la profession infirmière. La participation à cette recherche ne donne pas droit à une compensation de quelque nature que ce soit ».

## 8. Inconvénients associés au projet de recherche

Aucun inconvénient ou risque pour la santé des participants ou l'organisation que vous représentez ne peut être envisagé.

## 9. Droit de retrait

« Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision ».

## 10. Communication

« Avez-vous des questions au sujet de votre participation à cette recherche? Vous avez bien compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche ? Si oui, acceptez-vous, après réflexion, à prendre part à cette recherche, tout en sachant que vous pouvez vous retirez en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier votre décision ? »

L'obtention du consentement est enregistrée avec les dates et toutes les informations nécessaires. Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer en personne avec moi par le biais du Secrétariat général du Ministère de la santé ou par téléphone au numéro suivant : **70 61.54.04**. « Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée au Secrétariat général du

Ministère de la santé à l'adresse suivante: 03 BP 7035 Ouagadougou 03; Standard : 50326188; Secrétariat particulier : (226) 50326340; Fax : (226) 50317024; Site Internet: [www.sante.gov.bf](http://www.sante.gov.bf)

## 11. Financement du projet de recherche

L'étudiant responsable du projet n'a pas reçu de financement pour mener ce projet de recherche. Il est financé par son propre budget

## Annexe 4 : Autorisation d'enquête

MINISTERE DE LA SANTE

\*\*\*\*\*

SECRETARIAT GENERAL

\*\*\*\*\*



DIRECTION GENERALE

\*\*\*\*\*

DIRECTION DES RESSOURCES  
HUMAINES

\*\*\*\*\*

BURKINA FASO

\*\*\*\*\*

Unité - Progrès - Justice

\*\*\*\*\*

Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique  
Charles De Gaulle (CHUP-CDG)  
BP 1198 – Ouagadougou – 01  
Tél. – (226) 25 36 67 76 Fax – (226) 25 36 67 80  
E-Mail – [chup-cdg@fasonet.bf](mailto:chup-cdg@fasonet.bf)

N°2017 001150 MS/SG/CHUP-CDG/DG/DRH/SRF 2 Ouagadougou, le 23 AOUT 2017

Le Directeur Général

A

Monsieur le Directeur de l'Institut de  
formation et de recherche  
interdisciplinaires en santé (IFRIS)  
Téléphone : 70 11 33 02/25 40 78 41

-OUAGADOUGOU-

**Objet :** autorisation de collecte de données

**Réf :** v/I du 08/08/2017

J'accuse réception de votre demande citée en référence dans laquelle vous sollicitez une autorisation de *collecte de données* au profit de Monsieur **DA Sour Silvère**, élève Conseiller de santé dans le cadre de l'élaboration de son mémoire de fin d'études dont le thème est « *Perception du rôle de l'infirmier : cas des infirmiers du Centre hospitalier universitaire pédiatrique Charles De GAULLE (CHUP-CDG) au Burkina Faso* ». Par la présente, je vous informe que je marque mon accord pour la réalisation de ladite *collecte de données* dans le respect de l'éthique de notre établissement.

Pour les modalités pratiques, vous voudriez inviter Monsieur **DA Sour Silvère** à prendre attache avec **Madame le Professeur Diarra YE, Chef de service de la pédiatrie médicale**.

Tout en vous souhaitant bonne réception, recevez **Monsieur le Directeur**, mes salutations les meilleures.

**Ampliations :**

- 1-IFRIS
- 1-Pédiatrie médicale
- 1-DRH
- 1-SRF
- 1-Intéressé
- 1-Chronos



# Annexe 5 : Organigramme de la direction générale du CHUP-CDG

## ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION GENERALE

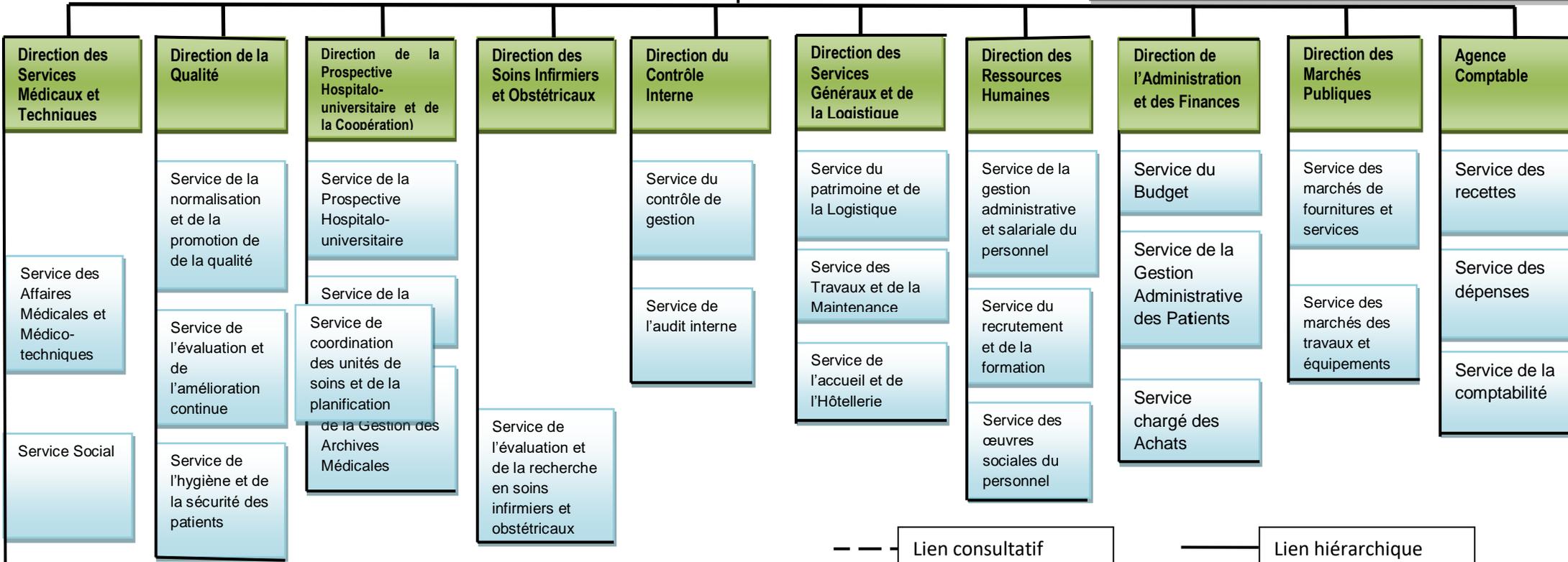
- Organes Consultatifs :**
- Commission Médicale d'Établissement
  - Comité Technique Paritaire
  - Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux
  - Comité Technique d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
  - Comité thérapeutique et de vigilance
  - Conseil de Discipline

**CONSEIL D'ADMINISTRATION**

**DIRECTION GENERALE**

**Organe de contrôle**

- Secrétariat particulier
- Service des Affaires Juridiques et du Contentieux
- Service de la Communication et des relations publiques
- Service de l'Information, de la Recherche, de l'épidémiologie et de la Planification
- Service Central des Archives et de la Documentation
- Service Informatique



--- Lien consultatif      — Lien hiérarchique

