

Research Article

EFFET DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL SUR LA QUALITE DESOINS: LE ROLE DE L'ÉPUISEMENT COMPASSIONNEL CHEZ LES PERSONNELS SOIGNANTS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE LA VILLE DE YAOUNDE (CAMEROUN)

^{1,*} Fabien MEMONG NDENGUE, ²Dieudonné Davy AMBASSA, ^{3,2}Romuald TIOYONG DJOUMOU, ⁴Larissa EDA AMOUGOU, ⁵Xavierie Innocente MANTSANANYEBE, ^{6,5}Marcien OLIVIER NTSA NGA, ⁷Sorelle Lucrèce FONGUIN METOU, ⁸Raquel Perdy MBOM, ⁸Melkior FOBASSO DZEUTA

¹Faculty of Medicine and Pharmaceutical Sciences, Doctoral School of Basic and Applied Sciences, University of Douala, Cameroon.

²Faculty of Arts, Letters and Human Sciences, University of Yaoundé I, Yaoundé - Cameroon.

³Rosière Higher Institute of Health Sciences, Yaoundé, Cameroon.

⁴University of Yaoundé I, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences, CESSI.

⁵Private School "Fondation Tout est Grace" of Mfou Cameroon.

⁶Ecole Doctorale des Sciences de la Santé, Université catholique d'Afrique centrale.

⁸Université de Bamenda, Cameroun.

Received 05th November 2024; Accepted 06th December 2024; Published online 31st January 2025

RÉSUMÉ

Objectif: cette étude a pour objectif d'examiner l'effet de l'environnement de travail sur la qualité des soins chez les personnels soignants des établissements hospitaliers de la ville de Yaoundé (Cameroun). Cette étude questionne le rôle de l'épuisement compassionnel dans la relation entre l'environnement de travail et la qualité de soin. **Contexte:** depuis plusieurs décennies, en dehors des subventions multiples issues des actions de coopération internationale, le gouvernement camerounais en plein dans la mise sur pied de la CSU investi énormément dans le secteur sanitaire en capitalisant les services publics de soins. Mais il n'est pas rare d'entendre dans leurs discours quotidiens, nombre de camerounais qui préféreraient se faire soigner dans les formations sanitaires privées malgré le coût élevé des soins. Les cas de décès et plaintes des patients dès le service d'accueil des hôpitaux publics, ne sont plus à démontrer dans les zones urbaines et grandes métropoles. Le personnel de santé, traité de tous les maux, semble perdre l'alliance thérapeutique avec les patients et leurs familles. A l'entame de cette étude, certains d'entre eux ont indexé les conditions dans lesquelles ils travaillent. D'autres avouent leur impuissance au regard du manque d'autonomie dans leur travail, l'insuffisance du matériel de prise en soin et l'insatisfaction par rapport à l'évolution de leur carrière professionnelle. **Méthode:** se servant de la technique d'échantillonnage stratifié, 200 personnels soignants des établissements hospitaliers de la ville de Yaoundé au Cameroun (femmes et hommes) ont rempli un questionnaire portant sur l'environnement de la pratique des soins (variable indépendante), la fatigue à éprouver la compassion vis-à-vis des patients pendant la prise en soin (variable médiatrice) et la qualité des soins (variable dépendante). Nous avons utilisé les logiciels SPSS et JASP sous Windows 10 pour effectuer des analyses à partir de données recueillies auprès d'un groupe hétérogène de soignants. **Résultats et interprétation:** Les résultats des analyses de chacune de ces dimensions sont présentés montrent que : L'adotation en personnel et en ressources adéquats augmente la qualité de soins de 85% (R2=85%, P=.001) dans un service, la relation médecin-infirmière est jugée mauvaise par la majorité des participants, car R2= 1% est très insignifiant et P=0,6. En outre lors qu'on tient en compte de la performance, et les capacités de leadership de tout le personnel la qualité de soins augmente 54% (P=.001; R2=54%). La présente étude montre aussi la participation des infirmiers dans la politique organisationnelle d'un hôpital augmente la qualité de soins 41% (P=0,004; R2=41%), enfin, l'utilisation des protocoles de soins ou modèle de soins infirmiers augmente 77% de la qualité de soins (P=.001; R2=77%). L'épuisement compassionnel ressenti par les personnels des hôpitaux publics, de façon à réduire la qualité des soins offerte aux patients. Plusieurs limites soutiennent les effets non avérés.

Mots clés: Environnement de travail, épuisement, Qualité des soins.

INTRODUCTION

La qualité des soins fait référence à la mesure dans laquelle les services de santé répondent non seulement aux besoins mais aussi aux attentes des patients, en fournissant des soins sûrs, efficace, centrés sur le patient, opportuns, équitables et axés sur l'amélioration continue. L'OMS [1] définit la qualité comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... ». Mais la définition la plus

largement employée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui précise que la qualité est « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » [2]. Cette définition est largement acceptée par la communauté internationale grâce à sa flexibilité et à son adaptabilité à des contextes différents. Selon le système de santé américain, la qualité des soins recouvre cinq composantes : L'efficacité médicale ; La conformité aux normes scientifiques admises par les plus hautes autorités en la matière; L'adéquation entre l'offre de prestation et les besoins des malades; La sûreté (minimum de risque pour le patient); L'efficience économique permet, à qualité égale, une utilisation optimale des ressources disponibles. Les principales dimensions considérées en France peuvent être regroupées dans cinq catégories : efficacité, sécurité, réactivité, accès et efficience.

*Corresponding Author: Fabien MEMONG NDENGUE,

¹Faculty of Medicine and Pharmaceutical Sciences, Doctoral School of Basic and Applied Sciences, University of Douala, Cameroon.

L'efficacité

Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (des soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin et pas aux autres [3]. [4] souligne que l'efficacité est l'aptitude à atteindre ou à réaliser toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires

La sécurité

La sécurité des soins est basée sur le principe de ne pas nuire aux malades. La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes [5].

L'accessibilité

L'accessibilité est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. L'accès peut être vu sous l'angle géographique, financier ou socio-psychologique, et exige que les services de santé soient a priori disponibles.

La réactivité

La réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient, renvoie à des notions telles que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins. Elle se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé [6]. A la question quelle est l'influence combinée de l'environnement des soins et le sentiment d'usure de compassion envers les patients, sur la qualité de soin dans les formations sanitaires publics de la ville de Yaoundé au Cameroun ? Nous avons fait la proposition selon laquelle l'environnement de travail influence la qualité de soins perçue par le personnel soignant des formations sanitaires de Yaoundé. Cet effet est médiatisé par l'épuisement compassionnel perçu par les soignants envers les patients internés et leurs aidants.

Environnement de travail

Selon le Conseil International des Infirmières, « la sécurité des conditions de travail dans le secteur de la santé est un facteur important pour la sécurité des patients. ». Plusieurs recherches ont mis en évidence le retentissement du stress des soignants sur les patients ([7])

La recherche sur l'environnement de travail est devenue une priorité depuis les deux dernières décennies. La restructuration des hôpitaux et la réorganisation des soins infirmiers, débutant durant les années 1990, ont eu un impact négatif sur l'environnement de travail en milieu hospitalier. Ces transformations ont mené à des conditions de travail difficiles pour les infirmières et ont un effet négatif sur la qualité de soins ([8]). En particulier, il y a eu une diminution du ratio infirmière - patient qui a eu comme conséquence l'augmentation de la charge de travail des infirmières ([9]). L'amélioration de l'environnement de travail est la stratégie la plus importante pour recruter et retenir les infirmières et ainsi assurer une excellente qualité de soins ([10]). Les mauvaises conditions de travail rendraient les soignants irritables, fatigués et insatisfaits de leur travail. Un environnement de travail malsain a aussi un effet négatif sur la satisfaction au travail et, conséquemment, sur l'intention de quitter ([11] ; [12]). L'environnement de travail a aussi eu un impact chez les patients. Plusieurs études ont démontré que le manque de ressources infirmières entraîne une diminution de la qualité des soins.

Une recherche effectuée par ([13]) rapporte qu'il faut « promouvoir un environnement de travail où règnent la reconnaissance, l'autonomie, la souplesse, l'écoute, le soutien moral, la valorisation et l'estime de soi. » Un grand nombre de recherches ont sur un point commun en disant que le fait de rendre de l'autonomie aux professionnels peut contribuer à la prévention d'un épuisement professionnel ([14] ; [15]). Le soutien ne permet pas de diminuer le stress mais aide à y faire face ([16]) Dans le but d'améliorer leur estime de soi, il faudrait accorder plus de pouvoir aux infirmières dans leur pratique ([14]).

HR1 Un environnement de travail de bonne qualité contribue à améliorer la qualité des soins perçue par les acteurs des soins.

Epuisement compassionnel

Selon le code déontologique du Conseil International des Infirmières [CII] (2005), l'infirmière a quatre responsabilités essentielles: promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Plus récemment, les chercheurs se sont penchés sur la présence d'un lien entre l'environnement de travail et l'épuisement chez les infirmières ([17]). La fatigue de compassion est « une fatigue débilante provoquée par des réactions empathiques répétées à la douleur et à la souffrance d'autrui » ([18]). Elle pouvait être déclenchée par le manque de soutien de la hiérarchie et le manque de temps pour dispenser des soins de qualité. L'écart entre les soins de qualité que les infirmières souhaitaient prodiguer et les soins qu'elles dispensaient aggravait l'épuisement compassionnel, lorsque s'y ajoutaient du stress physique et/ou émotionnel coexistant. Par contre, cette fatigue serait atténuée par le soutien des collègues, un juste équilibre travail-vie personnelle, des liens avec autrui, la reconnaissance d'autrui, la maturité et l'expérience. Les conséquences de l'épuisement compassionnel comprenaient une profonde fatigue psychique et physique, des effets négatifs sur les relations personnelles et l'envie d'éviter les soins. L'épuisement compassionnel est défini par le fait d'avoir été exposé à un stress compassionnel de manière prolongée, donnant lieu à un état de fatigue et d'épuisement.

Cet épuisement serait principalement dû au fait que le soignant ressent le besoin de cacher ses émotions ([19]). Cet état d'usure est vu comme le « coût du soin », une manière d'expliquer que c'est le prix à payer pour prendre soin de l'autre. Il va donc y avoir un épuisement à différents niveaux : émotionnel, social, physique et spirituel, conduisant à une désensibilisation qui ne permet plus aux patients d'être pris en soins de manière optimale de la part des infirmières ([19]). La fatigue compassionnelle est la somme de plusieurs facteurs : un épuisement associé à une profonde douleur morale, auxquels s'ajoutent une préoccupation excessive et un stress rappelant la souffrance du patient pris en soins. Elle génère la douleur morale. Il va donc y avoir une apparition soudaine d'une impression d'échec, le soignant ne va plus être sensible au patient, il va être apathique et impuissant face aux événements induisant ainsi la perte de lien avec le patient ([19]).

Elle s'installe de façon insidieuse mais ses symptômes en revanche se déclarent de façon aiguë, ce qui va donc entraîner des conséquences à long terme difficilement réversibles ([20]). La fatigue compassionnelle pourrait être confondue avec le traumatisme vicariant qui fait vivre à l'infirmière les événements comme si c'était les siens. À l'inverse, pour la fatigue compassionnelle, l'infirmière ne vit pas les événements mais va être dans « un état d'épuisement et une saturation de la relation thérapeutique » ([21]).

HR2 La fatigue de compassion ressentie par les personnels infirmiers a pour effet la qualité des soins perçue par ces derniers.

Qualité des soins infirmiers, environnement des soins et épuisement compassionnel perçu

L'environnement de travail joue un rôle crucial dans la qualité des soins fournis aux patients. Plusieurs facteurs, tel que l'aménagement d'espace, la culture organisationnelle et les ressources disponibles influencent non seulement le bien être des professionnels de santé, mais également celui des patients.

Un environnement de travail bien conçu peut réduire le stress et la fatigue des soignants. Des espaces clairs et fonctionnels permettent une meilleure circulation, ce qui favorise une prise en charge efficace des patients. De plus, des installations adéquates, telles que des équipements modernes et accessibles sont essentielles pour garantir une qualité de soins optimale. Une étude montre que les perturbations dans l'environnement de travail sont souvent associées à une recrudescence d'épuisement ([22]). Les éléments qui constitueraient un environnement de travail propice au développement d'un épuisement de compassion seraient : un sentiment d'insécurité qu'éprouve le soignant dans son espace de travail, un milieu professionnel inadéquat et inconfortable à la pratique quotidienne, une mauvaise entente entre les collègues ainsi qu'un stress institutionnel ([23]).

Selon [24], dans le paradigme de la transformation, la pratique infirmière s'oriente vers une intention « d'être avec » la personne et sa famille. En effet, on considère que la personne et sa famille ont des savoirs spécifiques et on travaille donc en collaboration avec eux et les professionnels de santé. Les infirmières doivent entrer dans des relations très profondes et spirituelles en plus des simples soins techniques. Dans les cas de la fatigue compassionnelle, l'infirmière oublie peut-être que de telles relations de soin doivent amener de la guérison au patient, mais aussi à ses proches et contre toute attente, à elle-même aussi.

La discipline infirmière repose sur quatre concepts centraux qui forment le paradigme de la Science Infirmière (personne, soin, santé et environnement). Ces quatre concepts servent de cadre de référence pour la compréhension des théories. Watson a décrit les quatre concepts de la façon suivante : la personne, le soin, la santé, l'environnement. Plusieurs études soutiennent le rôle destructeur d'un environnement de travail de mauvaise qualité sur la qualité des soins chez les professionnels de santé mais ce processus n'est pas suffisamment exploré. Dans la théorie du Caring, l'élément central est le Caring : le fait de soutenir et faciliter l'être humain sur son chemin de guérison, d'être avec lui en validant son potentiel, tout en respectant son histoire, ses croyances, ses valeurs, sa culture et son mode de vie. Pour son application dans la pratique, la théorie du Caring se compose de quatre concepts principaux : le moment de Caring, la relation de Caring transpersonnelle, la conscience du Caring et les 10 processus de Caritas.

HR3 La fatigue de compassion ressentie par les personnels infirmiers vis-à-vis des patients internés, facilite les effets destructeurs d'un environnement de travail inapproprié sur la qualité des soins infirmiers perçue.

METHODOLOGIE

Description des personnels soignants

Les participants ont été les personnels soignants de différentes catégories (infirmière, aide-soignant etc) exerçant dans les hôpitaux publics de la ville de Yaoundé depuis au moins 2 ans. Les infirmières agissent sur les patients à travers leurs interventions cliniques

directes de même qu'en influençant les autres professionnels au sein de l'organisation. Il est connu que trois conditions doivent être présentes pour atteindre une bonne qualité de soins : des prises de décisions basées selon le jugement expert de l'infirmière, le contrôle des ressources nécessaires et des relations de collaboration avec les médecins. Les infirmières contrôlent l'accès à l'information des médecins sur les patients par ce qu'elles choisissent d'observer et de transmettre. En tant que gardiennes de la sécurité des patients, les infirmières de chevet sont essentielles dans la surveillance continue, évitant des dangers potentiels aux patients.

Tableau 1 : Récapitulatif des données sociodémographiques des personnels soignants

	Min	Max	% Min	%Max
ÂGE	5	1	9%	25,5%
Genre	H	F	44%	56,6%
Qualification	5	1	0,5%	36,5%
Experience	4	1	1,1%	49%
Status ma	1	4	2,5%	51,5%
Enfant	8	0	0,5%	28%
Services	8	7	2%	30%
Religion	2	4	2%	77%

Il ressort de ce tableau que :selon la tranche d'âge, la majorité des patientsont un âge compris entre 20 et 25 ans. Suivant le genre, 56,6% des participants sont de sexe féminin. 51% des enquêtés sont mariés.

Matériel et procédure d'enquête

La collectedesdonnéesa été faite à l'aide d'un questionnaire au format papier-crayon remis aux personnels soignants. En réalité les participants ont été invités à lire le feuillet d'information sur la page d'introduction du questionnaire avant de répondre à celui-ci. Par la suite, les participants qui manifestaient leur consentement à participer à l'étude ont répondu au questionnaire et le retourner.

L'environnement de travail a été mesuré par le Practice Environment Scale Nursing. L'outil comprend cinq sous-échelles. Les deux premières sous-échelles portent sur l'environnement hospitalier tandis que les trois autres sont plus spécifiques à l'unité de soins : la participation des infirmières dans les politiques organisationnelles (neuf items) *exemples* : les infirmières ont la possibilité de participer aux décisions relatives aux politiques de L'Hôpital ; le modèle de soins infirmiers (dix items) ; *Exemple* : Les soins infirmiers sont basés sur un modèle infirmier plutôt que sur un modèle médical ; La performance, le leadership et le soutien de l'infirmière gestionnaire (cinq items) ; *Exemple* : Programme de perfectionnement ou de formation continu pour les infirmières ; la dotation du personnel infirmier et les ressources adéquates (quatre items), *Exemple* : Des services de soutien adéquats me permettent de consacrer du temps à mes patients ; les relations médecins - infirmières (trois items). *Exemple* : Les médecin et les infirmières ont de bonne relation de travail. Une échelle de Likert à quatre choix mesure le degré d'accord de la personne répondante soit de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (4).

L'épuisement compassionnel a été mesuré par le TUC (Test d'Usure de Compassion) [25]. *Exemple* « Il m'est arrivé d'être en danger avec certains patients » Une échelle de Likert à quatre choix mesure le degré d'accord de la personne répondante soit de Jamais (1) à très souvent (5).

Généralement, la qualité de soins infirmiers est un concept comportant deux composantes : les soins techniques et les soins interpersonnels. Les soins techniques infirmiers réfèrent à l'application du savoir professionnel à travers les interventions infirmières pour promouvoir la santé du patient. Les soins interpersonnels incluent les relations des infirmières entre les patients et les autres professionnels de la santé et les aspects des soins selon le contexte [26]. La qualité des soins a été évaluée dans ce travail avec un instrument unidimensionnel inspiré des travaux de [26]. Exemple « Engénéral, comment décriez-vous la qualité des soins infirmiers fournis aux patients dans votre unité de soin? ». Une échelle de Likert à quatre choix mesure le degré d'accord de la personne répondante soit de Médiocres (1) à Excellente (4).

Considérations éthiques

L'anonymat et le respect de la confidentialité des informations recueillies sont préservés suivant le texte de loi n° 2020/010 du 20 juillet 2020 signé par le président de la république encadre les procédures de collecte des données statistiques au Cameroun.

Procédure d'analyse des résultats

Les trois variables ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés linéaires simple pour effectuer le test d'hypothèse. Les données ont été simplement saisies sur CSPRO 2013. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS (Version 26) et JASP sous Windows 10.

RESULTATS

Dans ce travail, nous avons effectué deux types d'analyses statistiques. Premièrement, les analyses descriptives ont d'abord été faites suivies des analyses inférentielles.

Analyse descriptive

Le tableau ci-dessous indique les résultats en rapport avec les dimensions de la qualité de vie des patients diabétiques rencontrés.

Tableau 2: Statistiques descriptives en rapport aux dimensions de l'environnement de travail.

	RMI	PA	PLS	DR	MI
Moyenne	3,0	2,8	2,8	2,7	2,8
Ecart-type	0,6	0,4	2,8	0,5	0,7
Minimum	1,0	1,6	1,4	1,2	1,8
Maximum	4,0	3,6	4,0	4,0	3,9

Le tableau ci-dessus montre que le score moyen de la relation médecin-infirmière (RMI) est 3. Ce score est supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à xx points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,6). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,000) et le score maximum (max = 4,000) enregistrés sur cette échelle. Ce résultat signifie la relation médecin-infirmière est jugée mauvaise par la majorité des participants. Dans cette logique, les stratégies managériales visant à améliorer cette relation, permettront à retrouver un environnement de travail propice

à l'offre des soins selon les praticiens enquêtés. Le score moyen de la participation des infirmières dans les politique organisationnelle perçu par les 200 personnels infirmiers interrogés s'élève à 2.8 Ce score est légèrement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,45). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1.667) et le score maximum (max = 3.667) enregistrés sur cette échelle la performance, le leadership et le soutien perçu par les 200 personnels infirmiers interrogés s'élève à 2.8 Ce score est légèrement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,45). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1.400) et le score maximum (max = 4,000) enregistrés sur cette échelle. **Dotation du personnel infirmier et les ressources adéquates** perçue par les 200 personnels infirmiers interrogés s'élève à 2.6 Ce score est légèrement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. le score moyen du modèle infirmier perçu par les 200 personnels infirmiers interrogés s'élève à 2.6 Ce score est légèrement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,39). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1.800) et le score maximum (max = 3.900) enregistrés sur cette échelle.

Tableau 2: Statistiques descriptives en rapport à l'usure de compassion et la qualité des soins.

	EC	QS
Moyenne	3,3	2,3
Ecart-type	0,5	0,3
Minimum	1,09	1,2
Maximum	3,7	3,2

Le tableau ci-dessus montre que le score moyen de l'épuisement compassionnel (EC) est 3.5 Ce score est supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,5). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,09) et le score maximum (max = 3,7) enregistrés sur cette échelle. En outre le score moyen de la qualité de soin (QS) est 2.3. Ce score est inférieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,3). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,2) et le score maximum (max = 3,7) enregistrés sur cette échelle.

Analyse inférentielle

Tableau 3: Tableau Effet de la relation Médecin-infirmier

	Béta	Z	P
RMI → QS	0.20	-0.34	0.001
RMI → EC → QS	0.007	0.55	0.582
RMI → QS	0.24	-3.22	0.001

Résultats de la régression simple de **la relation Médecin-infirmier sur la qualité de soin** Le tableau ci-dessus montre un effet de médiation totale de l'épuisement compassionnel des soignants, dans

la relation entre une mauvaise relation Médecin-Infirmière/AS etc. et la mauvaise qualité de soins.

Figure : Modèle de structure impliquant la relation Médecin-infirmier

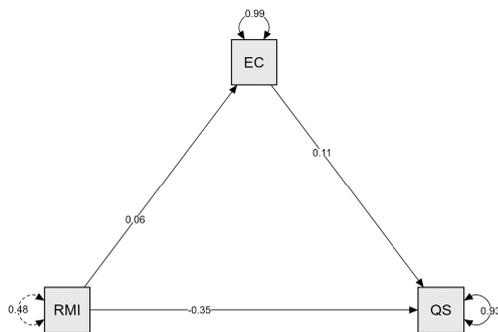
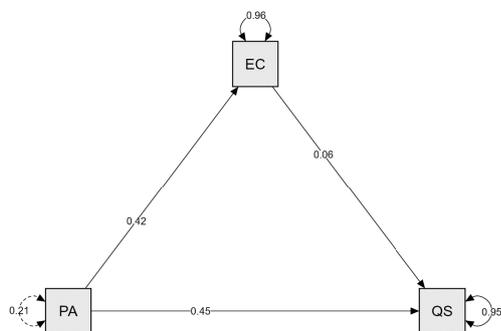


Tableau Effet de la participation des infirmiers dans les politiques organisationnelles du système des soins

	Béta	Z	p
PA → QS	0.45	3.181	0.001
PA → EC → QS	0.02	0.95	0.340
PA → QS	0.47	3.44	0.001

Le tableau ci-dessus montre un effet de médiation totale de l'épuisement compassionnel des soignants, dans la participation des infirmières dans les politiques organisationnelles et la mauvaise qualité des soins.

Figure : Modèle de structure impliquant PA



DISCUSSION

L'objectif de la présente étude était d'étudier l'effet combiné de l'environnement et de l'épuisement compassionnel sur la qualité de soins qu'offre les personnels soignants des formations sanitaires du secteur public dans la ville de Yaoundé. Les résultats révèlent les effets de médiation impliquant deux dimensions de l'environnement de travail à savoir la RMI et la PA. Cependant, en dépit des médiations non vérifiées, la majorité des effets directs se sont révélés significatifs : la relation médecin infirmiers perçus n'exerce pas une influence statistiquement significative sur la qualité de vie de soins perçus ($\beta = 0.037$; $p = 0.606$). Les résultats révèlent que la performance, le leadership et le soutien gestionnaire perçus exercent une influence statistiquement significative sur la qualité de vie de soins perçus ($\beta = 0.232$; $p = .001$). Les résultats révèlent que la participation des infirmiers dans les politiques organisationnelles perçus exerce une influence statistiquement significative sur la qualité de vie de soins perçus ($\beta = 0.202$; $p = 0.004$). Les résultats révèlent que le modèle de soins infirmiers perçus exerce une influence

statistiquement significative sur la qualité de vie de soins perçus ($\beta = 0.278$; $p = .001$).

Dans l'ensemble les résultats indiquent que l'amélioration de l'environnement de travail est la stratégie la plus importante pour aider les infirmières à se maintenir au travail et ainsi assurer une excellente qualité de soins. Ainsi, il est reconnu que les mauvaises conditions de travail rendraient les soignants irritables, fatigués et insatisfaites de leur travail. Il n'est pas exclu que l'environnement de travail ait un impact chez les patients. D'ailleurs les études ont démontré que le manque de ressources infirmières entraîne une diminution de la qualité des soins. Il devient donc important de promouvoir un environnement de travail où règnent la reconnaissance, l'autonomie, la souplesse, l'écoute, le soutien moral, la valorisation et l'estime de soi.

Un environnement de travail bien conçu peut réduire le stress et la fatigue des soignants. Des espaces clairs et fonctionnels permettent une meilleure circulation, ce qui favorise une prise en charge efficace des patients. De nombreux éléments qui constitueraient un environnement de travail propice au développement d'un épuisement de compassion seraient : un sentiment d'insécurité qu'éprouve le soignant dans son espace de travail, un milieu professionnel inadéquat et inconfortable à la pratique quotidienne.

REFERENCES

OMS. (2001). Mental Health Ressources in the world. Atlas. Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century. National Academy Press.

Arah O, Klazinga N, Delnoij D, Asbroek A, Custers T. (2003), Conceptual frameworks for health system performance : a quest for effectiveness, quality and improvement. International Journal for Quality in Health Care, 15 : 377-98.

Donabedian A. (2003), An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford : Oxford University Press; 2003; 240 p.

National Patient Safety Foundation (2000), Agenda for research and development in patient safety. Chicago IL, National Patient Safety Foundation.

Allgood, M. R. (2017). Nursing Theorists and Their Work. Elsevier. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/detail.action?docID=5561509>

LaRowe, K. (2005). Transforming compassion fatigue into flow. Boston: Acanthus.

Roemer MI, Montoya-Aguilar C. (1988), Quality assessment and assurance in primary health care. Geneva, WHO Offset Publication No. 105, 82 p.

Kelly E, Hurst J. (2006), Health care quality indicators project : Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers, no.23, OCDE Paris.

Arah O, Klazinga N, Delnoij D, Asbroek A, Custers T. (2003), Conceptual frameworks for health system performance : a quest for effectiveness, quality and improvement. International Journal for Quality in Health Care, 15 : 377-98.

Breau, M. (2013). Les relations entre l'environnement de travail des infirmières des unités de soins intensifs, l'empowerment, la satisfaction au travail, l'intention de quitter et la qualité de soins. EUE. Noëlla, B, & Armand C. (2007). Dictionnaire de philosophie. Nathan

Dugan J., Lauer E., Bouquet Z., Dutro B.-K., Smith M. & Widmeyer G. (1996). Stressful Nurses: the effect on patient outcomes. Journal Nursing Care Quality, 10(3), 46-58.

- Ebright, P., Emily, S., Patterson, B., Chalko, M., & Render, L. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *The journal of nursing administration*, 33(12):630-8.
- Ulrich, A & Becker, R. (2006). Soil parent material is a key determinant of the bacterial community structure in arable soils. *FEMS Microbiology Ecology*, 56 (3), 430–443
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., & Cheney, T. (2008) Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal Nursing Administration*, 38, 223-229
- Courtial J.P. & Huteau S. (2005). Le burn-out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital. *Santé publique*, 17 (3), 385-402.
- Constable J.-F., & Russell D.-W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of human stress*, 20-26.
- Laschinger, H.K.S., & Leiter, M. (2006). The impact of nurse work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36, 259-267.
- LaRowe, K (2004). *Breath of Life: Transforming Compassion Fatigue into Flow*. Acanthus Publishing
- Henson, H.E. & Taylor, M.R. (2020). A *sart1* Zebrafish Mutant Results in Developmental Defects in the Central Nervous System. *Cells* 9 (11)
- Wu, L., Chen Y., Gao, H., Yin, J., & Huang, L. (2016). Cadmium-induced cell killing in *Sacharomyces cerevisiae* involves increases in intracellular NO levels. *FEMS Microbiol Lett* 363(6)
- Imbert, M., & Maillard, B. (2020). La contamination par les affects du patient : une source traumatogène pour le soignant. *Douleurs: Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 21 (6), 178-181.
- Agoub, M., Elyazaji, M., & Battas, O. (2000). Epuisement professionnel et sources de stress au travail chez les soignants. *Annales Medico Psychologiques*, 158 (9), 687-692.
- Fortin Cindy. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide : les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi.
- Pépin, J. (2017). *La Pensée infirmière*. CHENELIERE
- Figley, C. R., Bride, B. E., & Mazza, N. (Eds.). (1997). *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Taylor & Francis.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). The impact of workplace empowerment and organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*, 26, 7–23.
