

Burkina Faso
Unité – Progrès – Justice

.....
Ministère des Enseignements Secondaires et Supérieurs

.....
Université de Ouagadougou



.....
Unité de Recherche et de Formation en Sciences de la Santé (UFR/SDS)

.....
Section Médecine

Année universitaire 2010-2011

Thèse n°183

**L'AVIS DES PRESTATAIRES DE SERVICE SUR LES CONDITIONS
DE TRAVAIL AUX URGENCES GYNECO-OBSTETRIQUES ET
VISCERALES DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
YALGADO OUEDRAOGO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2011 pour l'obtention du grade de
DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)

Par

Managawindin Sandrine Bénédicte KONSIMBO épouse OUOBA
Née à Ouagadougou (Burkina Faso)

Directrice de thèse :

Pr. Blandine BONANE/THIEBA

Co-directeur de thèse :

Dr Adama SANOU

Président du jury

Pr Jean LANKOANDE

Membres du jury

Pr Blandine BONANE/THIEBA

Dr Edgar OUANGRE

Dr Moussa OUEDRAOGO

**Liste des responsables administratifs et des
enseignants de l'UFR/SDS année
académique 2010-2011**

DEDICACES

A mon Seigneur et mon Dieu,

Pour ton Amour et ta Fidélité. Tu es mon refuge et ma forteresse.

Tout ce que tu commences, tu l'achèves en ton temps. Ce travail est l'accomplissement de ta parole et la manifestation de ta gloire et de ta bonté. Sois loué et exalté à jamais. Infiniment merci.

A mon frère Donald Elisée Wendpengré (in memoriam)

Tu m'as toujours réconfortée tout au long de ta vie. Tu nous as quittés au moment où on s'attendait le moins. Je rends grâce à Dieu pour ce temps que nous avons vécu ensemble. Repose en paix.

A mes grands parents (in memoriam)

Nous n'avons pas eu la chance de connaître certains d'entre vous et de partager avec vous les moments de joie, car très vite rappelés auprès de notre Seigneur. Reposez en paix.

A mon père

Pour la foi, le courage, la rigueur et l'esprit scientifique que tu m'as inculqué très tôt. Pour le modèle de courage et d'excellence que tu as toujours été. Trouve en ce travail le digne fruit de la graine que tu as semée. Merci papa. Que Dieu te bénisse et t'accorde une longue vie.

A ma mère

Maman, aucun mot n'est assez fort ni assez beau pour t'exprimer mon infinie gratitude et mon admiration, tu es exceptionnelle. Très courageuse, tu m'as appris à placer toute ma confiance en Dieu, tes prières ont fait de moi ce que je suis. Tu m'as inculqué la ferveur et la persévérance dans tout ce que je fais. Tu es toujours près de moi et toujours présente à mes côtés quels que soient mes choix. Moi aussi, j'espère que tu sais, je serai toujours là pour toi. Que Dieu te bénisse et t'accorde une longue vie.

A mon frère et ma sœur chéris, Nathanaël et Esther

Ce travail est aussi le vôtre. Je vous le dédie comme le fruit de tous ces moments de complicité passés ensemble. L'amour fraternel est le plus grand soutien que vous m'avez donné. Soyez-en remerciés. Puisse le Seigneur maintenir entre nous cet amour et cette complicité.

A Abdel Magid Arsène, mon époux

Tu n'as ménagé aucun effort toutes ces années. Ton soutien et ta disponibilité indéfectibles font de toi un être sans pareil. Que le Seigneur te le rende au centuple.

A mon bout de chou, Lael Yanis Bryan

Tu es un merveilleux cadeau que Dieu m'a fait. Tu es mon bonheur, Je t'aime de tout cœur. Que Dieu te bénisse mon fils chéri.

A ma grande mère

Tes bénédictions m'ont toujours accompagnée.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Blandine BONANE/THIEBA

Pour toute la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de me confier ce travail, pour votre totale disponibilité, pour l'encadrement dont j'ai bénéficié, je vous dis sincèrement merci. Que Dieu vous bénisse.

Au Docteur Adama SANOU

En dépit de vos multiples occupations, vous n'avez ménagé aucun effort pour l'aboutissement de ce travail. Merci pour vos encouragements, vos conseils et votre disponibilité. Que Dieu vous bénisse.

Au Docteur Moussa OUEDRAOGO

Merci de nous avoir guidés tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité et pour votre soutien indéfectible. Que Dieu vous le rende au centuple.

Au Docteur Patrice GOUMBRI

Merci pour vos conseils et vos encouragements.

Au Docteur Wilfried H. SAWADOGO

Vous m'avez pris sous votre aile et soutenue tout au long de ce travail dont voici l'aboutissement. Plus qu'un aîné, vous avez été pour moi un maître. Merci pour votre aide précieuse. Que Dieu vous bénisse.

Au Pasteur Joassin COMPAORE et épouse

Merci pour vos conseils, prières et soutien multiformes. Que Dieu vous bénisse et renforce votre ministère.

A mes tontons Moumouni OUEDRAOGO et Bakary TRAORE,

Merci pour votre soutien logistique et technique. Que Dieu vous bénisse

A ma tante Hakièta KABRE

Tantie, merci pour vos conseils durant toutes ces années d'études. Que Dieu vous bénisse

A tous mes oncles et tantes

Merci pour votre éducation et pour votre affection.

A toute ma promotion et à mes amis

En souvenir du long et dur chemin parcouru, merci pour ces bons moments passés ensemble. Puisse le Seigneur nous accorder une vie professionnelle exemplaire et une vie familiale réussie.

A mes maitres d'école primaire, mes professeurs du lycée et aux enseignants de l'UFR / SDS,

Merci pour l'éducation et les enseignements reçus.

A tout le personnel des urgences gynéco-obstétricales et des urgences viscérales du CHU YO et à tous les internes,

Merci pour votre collaboration.

A tous ceux qui de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre, ont participé à notre formation et à la réalisation de ce document,

Que Dieu vous bénisse.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président du Jury,

Professeur Jean LANKOANDE

Pr. LANKOANDE,

Vous êtes :

**Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université
de Ouagadougou**

**Chef du département de gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS de
l'Université de Ouagadougou**

Chef du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU-YO

Coordonnateur du DES de gynécologie obstétrique

Officier de l'ordre national

Cher maître,

Permettez nous de vous témoigner toute notre reconnaissance pour avoir en dépit de vos multiples sollicitations, accepté présider ce jury de thèse et de juger ce travail. Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et de vos conseils pratiques au cours de notre cursus universitaire et nous gardons de vous l'image d'un maître pétri de connaissances. Votre disponibilité permanente, et vos immenses qualités humaines font de vous un homme admirable et recherché pour ses multiples talents.

Nous apprécions en vous l'homme de science simple et modeste. L'assiduité et la rigueur dans le travail sont autant de qualités que vous cultivez chaque jour chez la jeune génération. Permettez nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse .

A notre Maître et Directrice de thèse :

Professeur Blandine THIEBA/BONANE

**Vous êtes Professeur titulaire en gynécologie obstétrique de l'Unité de
Formation et de Recherche en Sciences De la Santé de l'Université
de Ouagadougou, Gynécologue Obstétricienne au CHU-YO**

Directrice exécutive de la SOGOB

Chevalier de l'ordre national

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directrice de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples sollicitations.

L'étendue de votre savoir, votre compétence, votre rigueur dans le travail, et votre humilité forcent l'admiration des étudiants, de vos collègues et de vos patientes. Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement théorique au cours de notre quatrième année de médecine à l'UFR/SDS, et de votre encadrement lors de notre stage pratique de notre quatrième et septième année de médecine dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU-YO. Nous avons toujours été particulièrement frappés par votre constante disponibilité, votre simplicité, votre gentillesse inégalée, votre bonne humeur constante et la recherche permanente du bien-être de vos patientes. Vous êtes pour nous un modèle.

Permettez-nous de vous témoigner, à travers ce travail, toute notre gratitude, notre très grande admiration et notre profond respect.

Que Dieu vous bénisse.

A notre Maître et Juge

Docteur Edgar OUANGRE

**Vous êtes Assistant en Chirurgie générale et digestive à l'UFR SDS
Chirurgien viscérale au service de Chirurgie générale et digestive**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury pour juger notre travail en dépit de vos multiples sollicitations.

Nous avons eu la chance de vous côtoyer lors de notre stage. Votre simplicité et votre rigueur scientifique nous ont beaucoup touchés. Plus qu'un maître vous êtes pour nous un aîné et un modèle. Veuillez recevoir cher maître l'expression de notre profond respect.

Puisse Dieu vous accorder santé, longévité et une belle carrière hospitalo-universitaire.

Que Dieu vous bénisse.

A notre Maître et Juge

Docteur Moussa OUEDRAOGO

Médecin urgentiste

Directeur des urgences

Cher Maître,

Cher Maître, nous avons eu la chance et le privilège de bénéficier de vos grandes qualités humaines et professionnelles. Permettez nous de vous témoigner toute notre reconnaissance pour avoir, en dépit de vos multiples occupations et sollicitations accepté de nous guider et de juger ce travail. Au delà de nos insuffisances, veuillez cher maître, considérer ce travail comme le vôtre. Veuillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements.

Que Dieu vous bénisse

«Par délibération, l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.»

**SIGLES
&
ABBREVIATIONS**

AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra Utérine
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CHUSS	:	Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou
CHUYO	:	Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CMA	:	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CSPS	:	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CUS	:	Coordonateur d'unité de soins
DES	:	Diplôme d'Etudes Spécialisées
F CFA	:	Francs CFA
FG	:	Filles et garçons
h	:	heure
IAO	:	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
SAMU	:	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU	:	Service d'Accueil des Urgences
SESMAT	:	Santé Et Satisfaction des médecins Au Travail
SFMU	:	Société Française de Médecine d'Urgence
SUS	:	Surveillant d'Unité de Soins
UFR/ SDS	:	Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé
%	:	Pourcent

**LISTE DES TABLEAUX
&
FIGURES**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des enquêtés selon la qualification	37
Tableau II : Répartition des agents selon la réception de la description du poste de travail	39
Tableau III : Existence d'une répartition des tâches dans l'unité de travail ...	40
Tableau IV : Niveau de participation des agents aux réunions de service	41
Tableau V : Répartition des agents enquêtés ayant bénéficié de formations continues au cours de l'année	42
Tableau VI : Nombre moyen des actes par journée de travail par agent	43
Tableau VII : Répartition des enquêtés selon leur degré de satisfaction sur leurs horaires de travail	44
Tableau VIII : Degré de satisfaction par rapport aux horaires de travail en fonction du service	45
Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leur degré de satisfaction sur leur charge de travail	46
Tableau X : Degré de satisfaction par rapport à la charge de travail en fonction du service	47
Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leur satisfaction la sur la gestion du service.	48
Tableau XII : Degré de satisfaction par rapport à la gestion du service	49
Tableau XIII : Victimes de violences verbales	50
Tableau XIV : Répartition des agents victimes de violences physiques	52
Tableau XV : Répartition des agents victimes de harcèlement moral	54
Tableau XVI : Perception des effets négatifs du travail par les prestataires de service.....	57

Tableau XVII : Fréquence des effets négatifs du travail ressentis par les travailleurs enquêtés.....	58
Tableau XVIII : Répartition des agents selon les répercussions du travail sur leur vie personnelle	59
Tableau XIX : Suggestions des prestataires de service	61

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des prestataires de service selon leur ancienneté aux urgences.....	38
Figure 2 : Auteurs de violences verbales a l’endroit des prestataires de services.....	51
Figure 3 : Auteurs de violences physiques a l’endroit des prestataires de services.....	53
Figure 4 : Auteurs du harcèlement moral a l’endroit des prestataires de services.....	55
Figure 5 : Les auteurs des différents types de violences faites aux prestataires de service.....	56
Figure 6 : La nature des répercussions du travail sur la vie personnelle des prestataires de service	60

SOMMAIRE

Introduction / énoncé du problème	1
Première partie : Généralités	4
1. Définitions	5
1.1 Le travail	5
1.2. Les conditions de travail.....	5
1.3. La charge de travail	7
1.4 le rythme de travail	8
1.5. La violence	9
1.6. Le stress.....	10
1.7. Le burn out.....	10
1. 8. Le harcèlement moral	11
1.9. L'urgence médicale.....	11
2. Organisation et fonctionnement des services d'accueil d'urgences.....	13
3. Planning horaires des services d'accueil d'urgences	14
4. Locaux et accueil des services d'accueil d' urgences	15
Deuxième partie : notre étude	19
1. Objectifs	20
2. Méthodologie	21
2.1. Cadre de l'étude	
2.1.2. Le centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo	22
2.1.3. Le service de gynécologie-obstétrique	22
2.1.4. Le service de chirurgie générale et digestive	24
2.2.Type et période d'étude.....	24
2.3. Echantillonnage.....	24
2.3.1. Taille de l'échantillon.....	25
2.3.2. Critères d'inclusion	25
2.3.3. Critères de non inclusion	26
2.3.4. Techniques et outils de collecte des données.....	26
2.3.5. Considérations éthiques.....	26
2.4. Saisie et analyse des données.....	25
3. Résultats.....	26

3.1 Organisation et fonctionnement des urgences	27
3.2.1. Les urgences gynécologiques et obstétricales	27
3.2.2. Les urgences viscérales	27
3.2. Les locaux.....	28
3.2.1. Les urgences gynécologiques et obstétricales	30
3.2.2. Les urgences viscérales	32
3.3. Les médicaments et les consommables médicaux.....	30
3.3.1. Les urgences gynécologiques et obstétricales	32
3.3.2. Les urgences viscérales	33
3.4. Le matériel et l'équipement médico-technique.....	32
3.4.1. Les urgences gynéco-obstétricales	32
3.4.2. Les urgences viscérales	34
3.5. Le personnel.....	32
3.5.1. Les urgences gynéco-obstétricales	35
3.5.2. Les urgences viscérales	36
3.6. Répartition socio professionnelle.....	35
3.6.1. Répartition selon la catégorie professionnelle	37
3.6.2. Répartition selon le service.....	37
3.6.3. Répartition selon le sexe	38
3.6.4. Répartition des prestataires de service selon leur ancienneté aux urgences	38
3.7. L'avis des prestataires de service sur le fonctionnement des urgences.....	37
3.7.1. La description du poste de travail	39
3.7.2. Répartition des tâches.....	40
3.7.3. Les réunions de service.	41
3.7.4. Les formations continues	42
3.7.5. Les différentes prestations aux urgences	43
3.7.6. Les gardes et les permanences	43
3.7.7. Les horaires de travail	44
3.7.8. La charge de travail	46
3.7.9. Répartition des agents selon leur degré de satisfaction par rapport a la gestion du service.....	48
3.8. Les relations des prestataires de service avec les usagers des urgences.....	48
3.8.1. Les violences verbales	50

3.8.2. Les auteurs des violences verbales faites aux prestataires de service des urgences.....	51
3.8.3. Les violences physiques.....	52
3.8.4. Les auteurs des violences physiques faites aux prestataires de service des urgences.....	53
3.8.5. Le harcèlement moral.....	54
3.8.6. Les auteurs de harcèlement moral fait aux prestataires de service des urgences	55
3.8.7. Les auteurs des différents types de violences faites aux prestataires de service.....	56
3.9. Les effets négatifs du travail.....	55
3.9.1. La perception des effets négatifs sur la santé	57
3.9.2. Fréquence globale des effets négatifs du travail tels que perçus par les travailleurs enquêtés	58
3.9.3. Les répercussions sur la vie familiale et sociale.....	59
3.9.4 La nature des répercussions du travail sur la vie personnelle des prestataires de service	60
3.10. Les suggestions des prestataires de service.....	59
4.2 Discussion.....	60
4.2.1 Situation géographique.....	63
4.2.2 Architecture	64
4.2.3 Fonctionnement des urgences	66
4.2.4 L'équipement et le matériel médico-technique	66
4.3. Caractéristiques socioprofessionnelles.....	66
4.3.1. Le sexe	68
4.3.2. L'ancienneté.....	68
4.4. L'avis des prestataires de service sur l'organisation du travail.....	66
4.4.1. La description du poste de travail	68
4.4.2 La participation aux réunions de service.....	69
4.4.3. La formation continue	69
4.4.4. Les horaires de travail	70
4.4.5. La charge de travail	70
4.4.6. La gestion des services d'urgence	71
4.5. Les rapports avec les usagers des urgences gynéco-obstétricales.....	69

4.5.1. Les violences verbales aux urgences	71
4.5.2 les violences physiques aux urgences.....	73
4.5.3. Les auteurs de violences.....	73
4.5.4. Le harcèlement moral aux urgences.....	74
4.6. Les effets négatifs du travail.....	73
4.6.1 les effets négatifs du travail sur la santé des prestataires de service	75
4.6.2. Les répercussions du travail sur la vie personnelle des prestataires de service	76
Conclusion.....	76
Suggestions.....	78
Références bibliographiques.....	81
Iconographie	
Annexes	

**INTRODUCTION
&
ENONCE DU PROBLEME**

L'urgence est une situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé [1].

Pour le malade, toute situation pathologique nouvelle ou insolite est une urgence qui justifie l'appel du médecin ou le transport dans un établissement de soins [2].

Ces deux notions sont à distinguer car dans la seconde, dominant les estimations subjectives du malade ou de son entourage.

Dans tous les cas, il existe des structures adéquates et adaptées pour la prise en charge de ces urgences : ce sont les services d'accueil des urgences(SAU).

Ces services constituent une composante essentielle du système de soins car ils représentent les niveaux de contact les plus sensibles du patient avec le système de soins.

Partout dans le monde, ils sont soumis à des critiques quotidiennes tant de la part du personnel, des patients que des médias.

Les conditions de travail aux urgences ont une incidence directe sur la qualité des soins offerts ainsi que sur la fréquentation des établissements sanitaires d'où la nécessité de les prendre en compte.

En France, les urgences sont organisées en réseau extrahospitalier constitué par le SAMU et en réseau intra hospitalier constitué par le SAU. L'étude menée par la SESMAT (Santé Et Satisfaction Des Médecins Au Travail) en 2003 en France, a relevé la dégradation et la pénibilité physique du travail ainsi que de l'organisation des horaires au sein des services d'urgence. Elle a aussi souligné l'apparition de pathologies professionnelles dues aux

conditions de travail peu satisfaisantes. [3]

Au Québec, l'intégration du service des urgences à l'hôpital, au réseau de la santé et des services sociaux a été une condition essentielle à son bon fonctionnement. Dans ce pays, le nombre de personnes qui se présente aux urgences augmente. Une réorganisation des services et une hiérarchisation des soins ont été effectuées afin d'y assurer une meilleure accessibilité. [4]

Au Sénégal, Touré et Dieng notaient que les problèmes posés par la prise en charge des urgences chirurgicales étaient liés d'abord à l'état général de pauvreté du pays. Toutefois il ressort de leur étude qu'une bonne partie des difficultés sont liées à une organisation inadéquate du système de santé. [5]

Au Burkina Faso, les difficultés des services d'urgences sont à l'image du système sanitaire en général avec son corollaire d'insuffisances ou de manque d'équipements et de personnel [6].

Dans notre pays, les conditions de travail aux urgences demeurent encore inexplorées dans la plupart des évaluations, ce qui motive l'initiation de ce travail.

Notre étude vise à recueillir l'avis des prestataires de service sur la situation actuelle dans l'unité des urgences gynécologiques et obstétricales et dans l'unité des urgences viscérales du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU/YO) afin d'identifier les principales entraves au plein épanouissement de nos services d'urgences et d'apporter des solutions.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. DEFINITIONS

1.1. Le travail

Le travail est l'activité de l'homme appliquée à la production, à la création et à l'entretien de quelque chose. [7] C'est aussi l'effort déployé pour accomplir une tâche, pour parvenir à un résultat.

On oppose le travail manuel ou physique au travail intellectuel ou mental. Mais selon les ergonomes il y a toujours un mélange des deux dans des proportions variables.

Le code du travail du Burkina Faso ne définit pas le travail. Toutefois, il donne une définition claire du travailleur en son article 2 : « Est considéré comme travailleur au sens de la présente loi, toute personne qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle moyennant rémunération sous la direction de l'autorité d'une autre personne physique ou morale publique ou privée appelée employeur.

Pour la détermination de la qualité de travailleur il n'est tenu compte ni du statut juridique de l'employeur ni de celui de l'employé. » [8]

1.2. Les conditions de travail

Les conditions de travail désignent d'une manière générale, l'environnement dans lequel les employés vivent sur leur lieu de travail. Elles comprennent la pénibilité et les risques du travail effectué ainsi que l'environnement de travail (bruit, chaleur, exposition à des substances toxiques).

Dans l'exercice d'une activité professionnelle donnée, elles désignent l'ensemble des paramètres qui influent sur la satisfaction trouvée quotidiennement à cette activité comme sur les formes et les degrés de fatigue et qui dans la durée induisent des conséquences qu'on peut qualifier de répercussions. [9]

La nature des conditions de travail prend en compte les éléments suivants :

- Le cadre temporel

Le cadre temporel du travail désigne les rythmes imposés par le travail posté mais aussi la durée des déplacements quotidiens.

Il y a aussi le type d'horaire, la variabilité de la durée quotidienne du travail, les heures supplémentaires et le travail de nuit.

- Les contraintes physiques

Les contraintes physiques sont étroitement liées aux tâches effectuées et à l'environnement. Il s'agit :

- des sollicitations mécaniques (efforts, posture pénible, attention permanente, gestes et déplacements répétitifs) ;
- de l'exposition à diverses nuisances polluantes ou agents chimique ou biologiques ;
- des risques de blessure ou d'accident ;
- des facteurs architecturaux tels la qualité des locaux.

- Les sollicitations psychologiques ou psychosociales

Elles désignent les traits de l'activité et de son cadre qui aboutissent au stress si elles excèdent les capacités de l'individu.

Elles peuvent être étroitement liées à l'activité (exigences cognitives) ou dépendre de conditions plus larges (responsabilités, peur latente de l'erreur, rapport inter individuelles et ambiances de travail). La psychopathologie du travail donne lieu à peu de diagnostic, mais certains effets comme le « burn out » sont tout de même remarqués.

- Les situations particulières et individuelles

Les individus ne sont pas égaux face aux exigences et contraintes d'une activité d'où l'importance de la formation professionnelle pour une meilleure maîtrise et une plus grande autonomie. Certaines catégories de personnes qui présentent une vulnérabilité sont particulièrement sensibles aux conditions de travail telles les personnes handicapées, les personnes souffrant de maladies chroniques et les femmes enceintes.

1. 3. La charge de travail

La charge de travail est l'ensemble des contraintes subies au cours de l'exécution d'une tâche. Ces contraintes peuvent être aussi bien physiques que mentales d'où les notions de charge de travail physique et de charge de travail mentale.

En réalité, la notion de charge de travail est beaucoup plus complexe et les experts ont du mal à s'accorder sur sa définition. Elle était antérieurement évaluée en termes de fatigue, ce qui est une notion totalement subjective. Depuis le XIXe siècle, le principal indicateur de mesure du travail est le temps de travail. Selon l'OBERGO (Observatoire des conditions de travail et de l'ergostressie), « il deviendra plus important de mesurer la charge que le temps de travail, et que toute mesure du travail doit commencer d'abord par la mesure de la charge, et en particulier par la mesure de la charge de travail ressentie ou ergostressie » [10]. Pour Marc Bartoli de l'ANACT (Association nationale pour l'amélioration des conditions de travail), elle serait la charge physique, mentale,

intellectuelle, psychique ressentie par un individu [11]. C'est le vécu, le ressenti d'un individu. Selon JACQUES LEPLAT, le travail est une activité et la charge représente ce que coûte cette activité à celui qui la pratique. On parle de surcharge lorsque les ressources de l'opérateur sont dépassées par le coût de cette activité et de sous-charge quand l'opérateur ne dispose pas de suffisamment d'activité pour maintenir son attention [12].

Pour les services de santé cette notion recouvre les actes techniques suivants :

- les actes opératoires ;
- les consultations (générales et spécialisées) ;
- les soins (pansements, perfusions, injections ...) ;
- la visite des malades ;
- les accouchements et soins aux nouveau-nés et nourrissons ;
- la réalisation des examens biologiques et de radiodiagnostic ;
- l'administration et la gestion ;
- et les autres activités spécialisées.

Toutefois, cette évaluation reste largement en deçà des réalités. En effet, les agents de santé sont par ailleurs astreints aux formations périodiques et à l'encadrement des stagiaires (étudiants, élèves infirmiers...). En plus de ces activités, il y a également les tâches administratives.

1.4. Le rythme de travail

C'est la cadence à laquelle s'effectue le travail. Les rythmes professionnels comprennent :

- *Les horaires normaux de travail* : le travail se déroule dans la journée.

Sa durée maximale est de 10 heures par jour (pendant 5 jours) et 39 heures par semaine.

- *Le travail posté* : C'est l'ensemble des travaux effectués par des équipes successives pour répondre à des exigences de production, de coût ou de sécurité particulières. Les 24 heures de la journée sont divisées en trois tranches de 8 heures. On distingue alors :

- *Le travail posté en trois équipes, semi- continu* : trois équipes alternent les postes de matin, d'après-midi et de nuit, mais l'établissement reste fermé la fin de semaine.

- *Le travail posté en trois équipes ou plus, continu* : trois équipes alternent les postes de travail pendant qu'une quatrième (voire une cinquième) équipe se repose. Ceci permet un fonctionnement de l'établissement 24 h sur 24, de façon ininterrompue [13].

1.5. La violence

La violence désigne l'usage intentionnel ou la menace de la force physique ou du pouvoir, contre soi-même, une autre personne ou une communauté, entraînant ou risquant fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou celle qui en est victime.

La violence au travail désigne tout incident au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou d'agressions physiques dans des circonstances liées à leur travail (y compris sur le trajet entre leur domicile et le lieu de travail) et impliquant une remise en cause implicite ou explicite de leur sécurité, de leur bien être ou de leur santé [14]

1.6. Le stress

Le stress est une réponse non spécifique du corps à toute demande qui lui est faite. C'est une réaction naturelle de l'individu soumis à une agression, une menace, une situation imprévue. Cette réaction touche à la fois aux domaines somatique et psychique. Il se traduit par une hyperactivité neurovégétative accompagnée, s'il est dépassé, de troubles de conduites ou de troubles psychiatriques.

C'est un ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme [15].

1.7. Le burn out

D'origine anglo-saxonne, ce terme est inspiré de l'industrie aérospatiale. Il désigne l'épuisement du carburant d'une fusée avec comme résultante de la surchauffe et le risque de l'éclatement de la machine ; le burn out toucherait ainsi des « individus fusés » hyperactifs et hyper exigeants, en permanence contraints par une obligation de résultat et qui épuisent leur énergie jusqu'à se faire exploser tels des machines. Ce concept est né dans les années 70 aux USA suite aux travaux de Dr Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste qui travaillait dans un centre pour toxicomanes et qui rapporta le mal-être des bénévoles de son centre [16].

Les manifestations cliniques du burn out se déroulent en trois étapes :

l'épuisement professionnel ou émotionnel (fatigue ressentie à l'idée même du travail), la *dépersonnalisation* (déshumanisation des rapports professionnels ou humains), la *perte de l'accomplissement personnel* (évaluation négative de sa propre personne).

1.8. Le harcèlement moral

Le harcèlement moral au travail est une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. [17]

Il s'agit d'exclure une personne d'une communauté en lui retirant peu à peu son identité, son rôle, sa fonction, son statut, son image en « la désintégrant socialement », en l'annulant symboliquement. C'est une notion subjective, qui tient compte à la fois des agissements malveillants d'une personne ou d'un groupe de personnes et de ses conséquences sur la santé et la dignité de la victime [17].

1.9. L'urgence médicale

La notion d'urgence n'étant pas clairement définie, elle fait intervenir une part de subjectivité qui fausse son évaluation. Si l'urgence se définit communément par : « ce qu'on doit faire ou ce qui est demandé de façon pressante », chaque acteur impliqué dans la réponse à une demande d'urgence est amené à apprécier cette dernière en fonction de sa propre position d'acteur. « Ce qui ne peut pas attendre » n'est pas de nature similaire selon que l'on se place du côté du patient, du médecin généraliste ou encore du médecin « spécialisé » dans l'urgence. Pour le médecin urgentiste, l'urgence est d'abord vitale. Du point de vue du généraliste il s'agit d'un soin non programmé qui interrompt son activité. Pour le patient l'urgence est synonyme de rapidité d'intervention, la notion de gravité n'étant pas forcément au premier plan et le fait d'être pris en charge rapidement semblant être la préoccupation première, que ce soit pour des raisons médicales ou pas. Ainsi au cours des années on est passé de l'urgence vitale à « l'urgence ressentie » pour aujourd'hui en arriver à

la notion de « demande de soins non programmés », c'est-à-dire, le recours spontané des patients à la médecine [18].

Il n'y a donc pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres aux acteurs qui y sont impliqués.

Au Burkina Faso, l'urgence médicale est définie comme une situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé. [1]

2. Organisation et fonctionnement des services d'accueil des urgences

Selon la Société française de médecine d'urgence (SFMU), le service d'accueil des urgences doit être d'emblée évident, aussi visible que la porte principale de l'hôpital.

La proximité immédiate avec un service d'imagerie médicale ou son annexe des urgences est une obligation absolue. L'accès au service de réanimation et au bloc opératoire est facile afin de réduire au maximum les temps de transfert des patients instables. La proximité avec les laboratoires d'analyses médicales et la banque de sang n'est pas obligatoire si un transport rapide et automatisé des prélèvements est possible.

Le service d'urgence ne doit pas être traversé par aucun flux étranger à son activité.

Il est reparti en zones fonctionnelles : zone d'accueil, zone de soins, zone technique, zone de service, unité d'hospitalisation de courte durée. La sectorisation peut être faite en un circuit léger et un circuit lourd. Le circuit léger (ambulatoire ou « fast track ») est destiné aux malades consommant peu de temps médical ou paramédical, de ressources et permet un examen rapide. Le

circuit lourd correspond aux malades, habituellement couchés en brancard, consommant beaucoup de temps et de ressources [19].

La création d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) est importante dans l'amélioration de la gestion du flux de patients en termes de qualité, de rapidité et de sécurité [20]. Les patients sont systématiquement dirigés vers le poste de l'IAO à leur arrivée. Elle dirige les patients vers les salles d'examen, informe immédiatement le médecin et fait rechercher le dossier médical des patients. Elle coordonne les relations avec les accompagnants, surveille régulièrement la salle d'attente. L'IAO assure et selon le cas coordonne l'information des patients entre les différentes phases de la prise en charge. Elle classe les patients selon le degré d'urgence qu'ils présentent.

Le tri a pour objectif principal de déterminer rapidement le degré d'urgence que présente le patient à son arrivée [20] :

- C'est un moyen de sécurité pour sélectionner les patients selon les priorités et les critères établis.
- C'est un processus permettant d'identifier, d'évaluer et de classer les patients en déterminant la réponse la plus appropriée à leurs besoins dans les limites de temps acceptables.
- Il se fait à l'aide d'un outil préétabli en fonction des critères de gravité définis en collaboration avec l'encadrement médical.

3. Planning horaire des services d'accueil des urgences

Le service d'urgence doit être opérationnel 24heures/24 et 7jours/7. Cela impose un planning horaire du personnel des urgences et l'organisation des gardes et des astreintes.

VOLPP K G et al. [21] proposent des principes directeurs pour la réglementation des heures de gardes :

- l'adoption d'une fourchette limite de 16 à 18 heures pour la durée des tours de garde. Il a été montré que l'élimination des tours de garde de 24heures permettait une amélioration de la sécurité des patients dans les unités de soins intensifs.
- la planification de gardes plus courtes, tout en prévoyant des périodes de chevauchement de gardes suffisantes pour permettre de limiter au maximum la discontinuité des soins.
- La suppression ou la limitation au maximum les situations dans lesquelles les internes travaillent entre 24 et 30 heures d'affilée.

4. Locaux et équipements des services d'accueil des urgences

Le service des urgences doit être subdivisé en 3 secteurs qui comportent plusieurs salles :

➤ Le secteur d'accueil et d'orientation

Il constitue le premier contact de l'utilisateur avec la structure d'urgence. Elle permet à l'infirmière ou au médecin d'accueil d'examiner rapidement et d'orienter les malades.

➤ **Le secteur d'accueil administratif**

Il permet l'enregistrement des données personnelles des patients en respectant la confidentialité et l'intimité de chacun.

➤ **Le secteur de soins**

Les salles d'examen font partie du secteur de soins et sont réparties autour d'un poste central de soins, de manière à réduire les déplacements des soignants et à permettre une meilleure continuité des soins et une meilleure surveillance.

Les salles d'examen sont des pièces individuelles, fermées, disposées en continuité les unes des autres. Elles permettent d'examiner, de traiter et de surveiller les malades. Le secteur des soins doit comporter le matériel suivant [1]:

- deux (2) brancards
- un (1) fauteuil roulant
- trois (3) stéthoscopes
- trois (3) tensiomètres muraux
- deux (2) tensiomètres
- une (1) balance
- un (1) aspirateur électrique
- un (1) aspirateur manuel
- un (1) otoscope
- deux (2) détendeurs d'oxygène avec humidificateur
- un (1) ambu + masque
- quatre (4) jeux d'atèles bras / jambe
- deux (2) minerves
- un (1) matelas coquille adulte
- un (1) matelas coquille enfant

- dix (10) boites de pansement
- cinq (5) boites de suture
- un (1) stérilisateur type poupinel
- trois (3) tambours à compresse
- deux (2) lampes d'examen
- deux (2) chariots à pansement
- quatre (4) plateaux
- quatre (4) haricots
- quatre (4) pistolets (urinoir)
- six (6) bassins de lit
- six (6) poubelles
- quatre (4) paniers à ordures

Dans l'unité des urgences gynéco-obstétricales, il faut y associer :

- deux (2) stéthoscopes obstétricaux (pinard)
- deux (2) mètres ruban
- deux (2) jeux de ventouses
- quatre (4) spéculums à usage unique

Les salles de soins sont équipées d'un plan de travail avec point d'eau (paillasse humide), d'un plan de travail sans point d'eau (paillasse sèche) et d'un point d'eau pour le lavage des mains ; une salle d'accueil des urgences vitales ou salle de déchoquage est située dans l'enceinte du service d'accueil des urgences (SAU). C'est le lieu d'accueil des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle ; une salle de suture individualisée, non comptabilisée comme salle d'examen permet la réalisation de sutures ou d'explorations dans de meilleures conditions de confort, d'hygiène et de sécurité ; sans se substituer aux salles d'un bloc opératoire. Cette salle répond aux exigences suivantes :

- un revêtement facilitant la désinfection ;

- un négatoscope ;
- au minimum un point d'eau pour le lavage des mains.

L'unité d'hospitalisation de courte durée fait partie du service des urgences. Elle a pour mission d'accueillir les patients qui nécessitent une surveillance, qui sont en attente d'un diagnostic ou reçoivent un traitement. Elle est à concevoir comme une unité de soins à haute rentabilité diagnostique et thérapeutique, qui élargit l'éventail des possibilités d'orientation à partir de l'accueil des urgences. La durée de séjour ne doit pas excéder deux nuits consécutives. Les mesures nécessaires devront être prises par les chefs de service et la direction de l'établissement pour permettre sans discrimination l'admission dans les services d'hospitalisation de ces patients dans un délai maximum de 36h.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

NOTRE ÉTUDE

1. OBJECTIFS

1. OBJECTIFS

❖ Objectif général

Recueillir l'avis des prestataires de service sur les conditions de travail dans les services des urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO.

❖ Objectifs spécifiques

- 1) Décrire l'organisation des services d'urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO.
- 2) Décrire l'état des locaux et du matériel disponibles dans les services des urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO.
- 3) Décrire le profil socioprofessionnel des prestataires de service des urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO
- 4) Recueillir l'avis des prestataires de service sur l'organisation des services d'urgence et sur leurs relations avec les usagers des urgences dans ces services d'urgences.
- 5) Décrire les effets du travail sur la santé et la vie personnelle des prestataires de service dans ces services d'urgences.
- 6) Recueillir les suggestions des prestataires de service pour l'amélioration des conditions de travail aux urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO

NOTRE ÉTUDE

2. METHODOLOGIE

2. METHODOLOGIE

2.1. CADRE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie-obstétrique et le service de chirurgie générale et digestive du CHU-YO.

2.1.2. Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

C'est un centre de référence national. Il est situé à Ouagadougou et il compte 724 lits environ.

Le CHUYO est un hôpital général avec des services de médecine et spécialités médicales, des services de chirurgie et spécialités chirurgicales, un service de gynécologie et obstétrique et des services techniques d'appui notamment des laboratoires d'analyses médicales, de cytopathologie, une banque de sang, un service d'imagerie médicale et une pharmacie. Il sert de cadre de formation pour le personnel para médical de l'Ecole Nationale de Santé Publique, et les étudiants en médecine et en pharmacie de l'université de Ouagadougou et de l'université Saint Thomas d'Aquin.

2.1.3. Le service de Gynécologie-obstétrique

C'est le centre de référence des urgences gynécologiques et obstétricales de l'ensemble des formations sanitaires publiques et privées du Burkina Faso.

Il comporte :

➤ **Un plateau technique composé :**

- D'une salle d'accouchement avec six boxes,
- D'une unité d'aspiration manuelle intra utérine,
- D'un bloc opératoire avec trois salles,

➤ **Un service d'hospitalisation comprenant :**

- Une unité de soins intensifs,
- Une unité d'hospitalisation pour les pathologies gynécologiques et les suites de couches,
- Une unité de post opéré,
- Une unité de réanimation,
- Une unité de grossesses pathologiques,
- Une unité de planification familiale,

➤ **Une salle d'échographie,**

➤ **Le service d'état civil,**

➤ **Un dépôt pharmaceutique SONU**

➤ **Le personnel** multidisciplinaire, est composé de :

- Douze (12) gynécologues obstétriciens dont deux professeurs titulaires, deux professeurs agrégés, un maître assistant et un assistant chef de clinique.
- Un (1) médecin anesthésiste réanimateur,
- Trente quatre (34) attachés de santé (anesthésiste et aides opérateurs),
- Quarante quatre (44) médecins stagiaires en spécialisation de gynécologie obstétrique,
- Trente cinq (35) sages femmes et maïeuticiens d'état,
- Quinze (15) infirmiers et infirmières,
- Vingt trois (23) garçons de salle.

2.1.5. Le service de Chirurgie générale et digestive

Le service comporte trois unités : les urgences viscérales, le bloc opératoire et l'unité d'hospitalisation.

- L'unité des urgences viscérales comprend :
 - une salle d'accueil comportant quatre tables d'examen
 - une salle de mise en observation comportant 15 lits
 - deux chambres de catégorie
- L'unité de bloc opératoire comprend :
 - deux salles d'opération
 - une salle de stérilisation
- L'unité d'hospitalisation de chirurgie générale et digestive a une capacité de quarante huit (48) lits.
- Le personnel de chirurgie générale et digestive est composé de :
 - Un (1) professeur titulaire en chirurgie générale et digestive,
 - Un (1) professeur agrégé en chirurgie générale et digestive,
 - Deux (2) maitres assistants,
 - Deux (2) assistants,
 - Un (1) médecin généraliste,
 - Des médecins en spécialisation en chirurgie, des stagiaires de l'UFR/SDS, de l'USTA et de l'ENSP,
 - Vingt et neuf (29) attachés de santé en chirurgie et en anesthésie réanimation,
 - Vingt neuf (29) infirmiers diplômés d'état et infirmiers brevetés,
 - Vingt trois (23) garçons et filles de salle,
 - Une (1) secrétaire.

2.2. Type et Période d'étude

Notre étude est une étude transversale, prospective de type descriptive sur un mois. Il s'étendait du 30 Avril au 30 Mai 2011.

2.3. Echantillonnage

2.3.1. Taille de l'échantillon

Notre enquête était de type exhaustif et a pris en compte tout le personnel de santé en service aux urgences gynécologiques et viscérales soit 280 agents. Au total 232 agents ont été soumis au questionnaire soit un taux de 82,8%.

2.3.2. Critères d'inclusion

L'enquête a concerné les travailleurs de santé des urgences gynécologiques et viscérales ayant consenti à participer à l'enquête :

- Les gynécologues obstétriciens ;
- Les chirurgiens ;
- Les anesthésistes réanimateurs ;
- Les médecins en spécialisation ;
- Les stagiaires internés de médecine ;
- Les attachés de santé en anesthésie ;
- Les aides opérateurs ;
- Les infirmiers ;
- Les sages femmes ;
- Le personnel de soutien.

2.3.3. Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude le personnel des urgences en congé administratif ou maladie, les stagiaires externes de Médecine, les stagiaires de l'ENSP.

2.3.4. Techniques et outils de collecte des données

Les données ont été recueillies sur des fiches individuelles de collectes individuelles établies à cet effet avec les variables suivantes :

- Les caractéristiques socio-professionnelles
- l'organisation du travail
- les relations avec les usagers des urgences
- les effets du travail sur la santé et la vie personnelle
- les suggestions pour l'amélioration des conditions de travail

2.3.5. Considérations éthiques

Les données ont été recueillies après consentement éclairé de l'agent enquêté. L'anonymat a été assuré pour garantir la confidentialité.

2.4. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies sur micro ordinateur et analysées par les logiciels SPSS version 18 et Excel 2003.

NOTRE ÉTUDE

3. RESULTATS

3. RESULTATS

3.1. Organisation et fonctionnement des urgences

3.1.1 Les urgences gynéco-obstétricales

Le service de gynécologie obstétrique était dirigé par un professeur titulaire en gynécologie obstétrique. Il a été nommé par arrêté ministériel sur proposition du directeur général du CHU-YO. Il était assisté, au niveau des urgences par deux surveillants d'unité de soins (SUS), une SUS, sage femme d'état de formation, pour la salle d'accouchement et un deuxième SUS, attaché de santé en chirurgie pour le bloc opératoire. Ils étaient sous la coupe d'une coordonnatrice d'unité de soins (CUS).

Le chef de service ainsi que les SUS et les CUS géraient l'affectation du personnel au sein des différentes unités ainsi que la répartition et la description des tâches. Les SUS définissaient mensuellement les programmes de permanences et de gardes du personnel. Les affectations se faisaient individuellement. Chaque nouvel arrivant dans un service est affecté dans une des unités de soins.

La description et la répartition des tâches se font au cours d'une réunion de service regroupant tout le personnel du service, les SUS ainsi que le chef de service. Elles se font en tenant compte dans la mesure du possible d'une certaine adéquation poste-qualification [8].

Les urgences fonctionnent 24H/24H. Le personnel paramédical avait un rythme de travail posté en cinq équipes qui suivaient un système de roulement. Les 24 heures de la journée sont divisées en 3 : 8H-12H, 12H-17H et 17H-8H pour la garde. Ainsi, pendant que les trois premières équipes travaillaient, les deux dernières se reposaient. Le personnel paramédical bénéficiait donc de 48H de repos après chaque garde, et 24H après une permanence.

Le personnel médical quant à lui était présent tous les jours de 8H à 12H. Ils obéissaient à un système de permanence-garde qui se passait de 12H à

8H. Les professeurs agrégés étaient d'astreinte d'une semaine par mois, les autres médecins faisaient la permanence garde tous les 4 jours, les DES et les stagiaires internés tous les 10 jours. A leur descente de garde, le personnel médical ne bénéficiait pas de repos, il continuait le travail de sa journée.

L'équipe de garde se composait d'un gynécologue obstétricien d'astreinte, de 3 DES, 5 stagiaires internés de médecine de 7^e année, 2 sage femme d'état 2 attachés de santé en anesthésie, 2 attachés de santé en chirurgie d'une fille de salle et 2 garçons de salle.

3.1.2 Les urgences viscérales

Les urgences sont dirigées par un professeur agrégé en Chirurgie générale et digestive nommé par arrêté ministériel sur proposition du directeur général du CHU-YO. Il est assisté par deux SUS, une pour les urgences et l'autre pour le bloc opératoire.

Le chef de service ainsi que les SUS s'occupaient de l'affectation du personnel au sein des différentes unités ainsi que la répartition et la description des tâches. Les SUS définissaient mensuellement les programmes de permanences et de gardes du personnel. Les affectations se faisait individuellement.

Les urgences viscérales fonctionnent 24H/24H. Le personnel paramédical avait un rythme de travail posté en cinq équipes qui suivaient un système de roulement. Les 24 heures de la journée sont divisées en 3 : 8H-12H, 12H-17H et 17H-8H pour la garde. Ainsi, pendant que les trois premières équipes travaillaient, les deux dernières se reposaient. Le personnel paramédical bénéficiait donc de 48H de repos après chaque garde, et 24H après une permanence.

Le personnel médical quant à lui était présent tous les jours de 8H à 12H. Ils obéissaient à un système de permanence-garde qui se passait de 12H à 8H. Les chirurgiens étaient d'astreinte d'une semaine par mois, les DES tous les 6

jours et les stagiaires internés tous les 10 jours. A leur descente de garde, le personnel médical ne bénéficiait pas de repos, il continuait le travail de sa journée.

L'équipe de garde était composée d'un chirurgien d'astreinte, d'un DES, 5 stagiaires internés de médecine de 7^e année, 2 infirmiers 2 attachés de santé en anesthésie, 2 attachés de santé en chirurgie d'une fille de salle et 2 garçons de salle.

3.2. Les locaux

3.2.1. Les urgences gynécologiques et obstétricales

Les locaux des urgences gynécologiques et obstétricales étaient composés :

- d'une salle d'accueil avec un climatiseur en panne, un ventilateur, un lit, des étagères faisant fonction d'armoire où sont rangés les dossiers médicaux des patientes, un bureau et trois chaises. Elle comportait également une paillasse carrelée avec un robinet, un lavabo et une poubelle ;
- d'une salle d'accouchement avec cinq box et six tables d'accouchement. Les tables d'accouchement n'avaient pas de pose pied Les box disposaient chacun d'une paillasse carrelée en très mauvais état, avec des carreaux cassés, un lavabo et un robinet non fonctionnel. La salle disposait d'un climatiseur non fonctionnel et de cinq ventilateurs ;
- une salle d'examen du nouveau né comportant une paillasse avec un robinet et un lavabo, une poubelle ;
- une salle d'aspiration manuelle intra utérine climatisée contenant une table d'accouchement une armoire où était rangés le matériel d'aspiration et les médicaments, une paillasse avec un lavabo et un robinet ;

- une salle de pré-AMIU avec six lits d'hospitalisation, une paillasse, un lavabo, un robinet non fonctionnel et un climatiseur défectueux ;
- deux salles de soins intensifs dont l'une comprenait 7lits d'hospitalisation, l'autre 4lits d'hospitalisation un bureau et une chaise. Les deux salles avaientt chacune deux ventilateurs, les climatiseurs n'étaientt pas fonctionnels ;
- des toilettes pour le personnel qui avaient été transformées en toilette pour les malades ;
- un bloc opératoire avec 3 salles d'opération dont une était réservée pour les urgences ;
- une salle de stérilisation et de stockage du matériel stérile, avec climatisation défectueuse ;
- 4 salles servant de bureau dont une pour la SUS de la salle d'accouchement, une pour le SUS du bloc opératoire, une servant pour le counseling pré AMIU et une dernière servant au stockage des différents kits SONU ;
- 5 salles de repos.

Il faut noter qu'il n'y avait pas de salle d'attente, le couloir faisait office de salle d'attente et de suites de couches immédiates où les patientes étaient couchées à même le sol.

3.2.2. Les urgences viscérales

Les urgences viscérales constituaient une composante du service de chirurgie générale et digestive. Elle était composée de :

- une salle d'accueil climatisée comprenant un bureau, 3 chaises, un banc métallique, une armoire un lavabo avec un robinet ;
- une salle d'examen et de soins disposant de 4 tables d'examen disposé contre le mur sans climatisation ;
- 4 salles d'hospitalisation dont 2 de première catégorie disposant chacun d'un lit et d'une climatisation, 2 de deuxième catégorie de 3 et 9 lits sans climatisation ;
- un bloc opératoire avec 2 salles d'opération. Mais une seule salle était fonctionnelle pour les urgences au moment de notre étude ;
- 4 salles de repos ;
- 1 bureau.

3.3. Les médicaments et consommables médicaux

On distinguait les médicaments entrant dans la composition des kits et les produits à la disposition du personnel. La dotation en produits et consommables médicaux pour le service était faite par la pharmacie hospitalière toutes les 2 semaines. Le paiement des kits pouvait se faire au comptant chez l'agent de recouvrement ou de manière différée en laissant ses coordonnées. Par ailleurs, il faut noter qu'il existait un système de prise en charge sans prépaiement.

3.3.1. Les urgences gynécologiques et obstétricales

Il existait sept types de kits :

- un kit voie veineuse à 1 470 F CFA ;
- un kit césarienne à 32 910 francs CFA, prix subventionné 11 000 F CFA ;

- un kit déchirure du col 13 590 F CFA, prix subventionné 3 600 F CFA ;
- un kit accouchement à 6 160 F CFA, prix subventionné 3 600 F CFA ;
- un kit laparotomie 37 800 F CFA, prix subventionné 11 000 F CFA ;
- un kit AMIU 4 450 F CFA, prix subventionné 3 600 F CFA ;
- un kit éclampsie 4 575 F CFA, prix subventionné 3 600 F CFA.

3.3.2. Les urgences viscérales

Il existait dix types de kits :

- un kit voie veineuse à 2 360 F CFA ;
- un kit cystotomie 33 650 F CFA ;
- un kit amputation 21 570 F CFA ;
- un kit hernie 19 990 F CFA ;
- un kit laparotomie 38 100 F CFA ;
- un kit appendicite 17 890 F CFA ;
- un kit voie veineuse centrale 7 565.F CFA ;
- un kit sondage gastrique 650 F CFA ;
- un kit pansement 8 860 F CFA ;
- un kit parage 11 330 F CFA.

3.4. Le matériel et l'équipement médico-technique

3.4.1. Les urgences gynéco-obstétricales

- ❖ La salle d'accouchement disposait de :
 - six (6) tables d'accouchement ;
 - dix-sept (17) lits d'hospitalisation ;
 - deux (2) stéthoscopes obstétricaux ;
 - cinq (5) mètres rubans en raison d'un mètre ruban par équipes de sages-femmes ;
 - quatre (4) fauteuils roulants ;

- deux (2) brancards ;
- un (1) paravent ;
- deux (2) tables de réanimation.

❖ Le bloc opératoire disposait de :

- trois (3) stérilisateur type poupinel ;
- une (1) table opératoire défectueuse non manipulable ;
- un (1) moniteur d'anesthésie ;
- un (1) scialytique ;
- un (1) aspirateur médical ;
- un (1) aspirateur chirurgical défectueux ;
- deux (2) chariots faisant office d'assistant muet ;
- un (1) bistouri électrique ;
- une (1) table ;
- sept (7) boites de césarienne ;
- quatre (4) boites d'hystérectomie ;
- une (1) boite de mastectomie ;
- quatre (4) boites de curetage.

Il n'y avait pas de tensiomètre ni de stéthoscope médical.

3.4.2. Les urgences viscérales

❖ Les urgences viscérales disposait de :

- quatre (4) tables d'examen ;
- treize (13) lits d'hospitalisation ;
- deux (2) paravents ;
- deux (2) négatoscopes ;
- trois (3) fauteuils roulants ;
- un (1) brancard.

- ❖ Le bloc opératoire disposait de :
 - une (1) table opératoire défectueuse ;
 - un (1) moniteur d'anesthésie ;
 - un (1) aspirateur chirurgical défectueux ;
 - un (1) aspirateur médical ;
 - quatre (4) chariots dont 3 font office d'assistants muets ;
 - un (1) scialytique ;
 - trois (3) boites de laparotomie ;
 - trois (3) boites de parties molles ;
 - deux (2) stérilisateurs type poupinel dont 1 défectueux ;
 - deux (2) extracteurs d'oxygène en panne ;
 - deux (2) autoclaves ;
 - un (1) bistouri électrique avec quatre cordons fonctionnelles

3.5. Le personnel

3.5.1. Les urgences gynéco-obstétricales

Le personnel des urgences gynéco-obstétricales se composait de :

- douze (12) gynécologues obstétriciens ;
- un(1) anesthésiste ;
- dix huit (18) sages femmes dont une SUS avec son adjointe, une CUS et son adjointe ;
- vingt quatre (24) DES ;
- cinquante (50) stagiaires internés de Médecine ;
- quatorze (14) attachés de santé en Anesthésie ;
- quinze (15) attachés de santé en Chirurgie ;
- quatorze (14) garçons et filles de salle.

3.5.2. Les urgences viscérales

Le personnel des urgences viscérales se composait de :

- six (6) chirurgiens ;
- huit (8) DES ;
- dix huit (18) attachés de santé en Chirurgie ;
- cinquante (50) stagiaires internés de Médecine ;
- dix huit (18) attachés de santé en Anesthésie ;
- dix sept (17) garçons et filles de salle ;
- quatorze (14) infirmiers.

3.6. Caractéristiques socioprofessionnelles

3.6.1. Répartition selon la catégorie professionnelle

Le tableau I indique la répartition des agents des urgences gynéco obstétricales et viscérales selon la qualification professionnelle.

Tableau I: Répartition des enquêtés selon la qualification n=232

Qualification	Effectif	Pourcentage
Spécialiste	12	5,1
DES	33	14,2
SI	88	37,9
Sage femme	13	5,6
AS	46	19,8
Infirmier	14	6,0
FG de salle	26	11,2
Total	232	100

Les stagiaires internés constituaient le groupe le plus important de notre échantillon (37,9%), suivis des attachés de santé (19,6%).

3.6.2. Répartition selon le service

Cent trente agents étaient en service aux urgences gynéco-obstétricales (56%) et cent deux (44%) aux urgences viscérales.

3.6.3. Répartition selon le sexe

Notre échantillon comportait 153 hommes (65,9%) et 79 femmes (34,1%). Le sex-ratio était de 1,93.

3.6.4. Répartition des prestataires de service selon leur ancienneté aux urgences

La figure ci-dessous donne la répartition des prestataires de service selon leur ancienneté aux urgences.

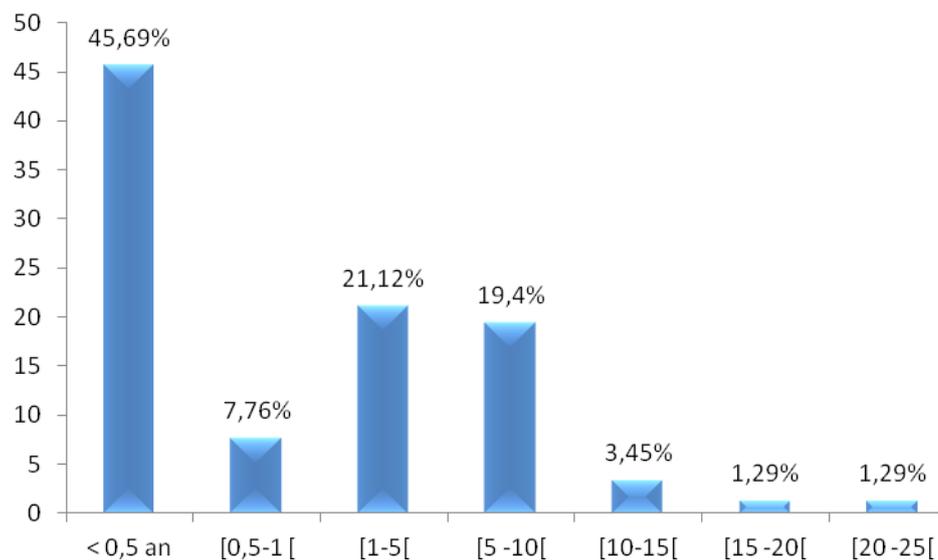


Figure1 : Répartition des prestataires de service selon leur ancienneté aux urgences

Près de la moitié des agents avaient moins de 6 mois d'ancienneté (45,69%). La moyenne de l'ancienneté aux urgences était de 2,39 ans avec des extrêmes de 2 mois et 23ans.

3.7. L'avis des prestataires de service sur le fonctionnement des urgences.

3.7.1. La description du poste de travail

Le tableau suivant montre la répartition des agents qui avaient reçu une description de leur poste de travail.

Tableau II : Répartition des agents ayant reçu une description du poste de travail **n=232**

Qualification	A	B
Spécialiste	7	12
DES	18	33
SI	55	88
Sage femme	8	13
AS	21	46
Infirmier	8	14
FG de salle	20	26
Total	137	232

A : Effectif des agents ayant reçu une description du poste de travail

B : Effectif par qualification professionnelle

Parmi les agents interrogés, 137agents avaient reçu une description de leur poste de travail. Les filles et garçons de salle étaient les plus nombreux à avoir reçu une description de leur poste de travail (20/26).

3.7.2. Répartition des tâches

Le Tableau III donne la répartition des agents qui avaient reçu une répartition des tâches.

Tableau III : Existence d'une répartition des tâches dans l'unité de travail

	n=232	
Qualification	A	B
Spécialiste	10	12
DES	23	33
SI	71	88
Sage femme	10	13
AS	21	46
Infirmier	9	14
FG de salle	25	26
Total	169	232

A : Effectif des agents ayant reçu une répartition des tâches dans leur unité de travail

B : Effectif des agents par qualification professionnelle

La quasi-totalité des médecins spécialistes (10/16) et des filles et garçons de salle (25/26) ont reçu une répartition des tâches.

3.7.3. Les réunions de services.

Les services d'urgences organisaient des réunions avec cependant un niveau de participation variable. Les réunions étaient mensuelles et le rythme était d'environ une réunion par mois.

Le tableau suivant donne la répartition des agents qui participaient aux réunions de service.

Tableau IV : Niveau de participation des agents aux réunions de service

	n=232	
Qualification	A	B
Spécialiste	12	12
DES	14	33
SI	34	88
Sage femme	11	13
AS	19	46
Infirmier	12	14
FG de salle	23	26
Total	125	232

A : Effectif des agents présents aux réunions de service

B : Effectif des agents par qualification professionnelle

Il ressort de l'étude que tous les médecins spécialistes des urgences participaient aux réunions de service ainsi que la quasi-totalité des filles et garçons de salle (23 /26).

3.7.4. Les formations continues

Le tableau V donne la répartition des agents qui avait déjà bénéficié de formations continues au cours des douze derniers mois.

Tableau V : Répartition des agents enquêtés ayant bénéficié de formations continues n=232

Qualification	A	B
Spécialiste	9	12
DES	18	33
SI	55	88
Sage femme	4	13
AS	14	46
Infirmier	8	14
FG de salle	19	26
Total	127	232

A : Effectif des agents bénéficiant de formations continues

B : Effectif des agents par qualification professionnelle

Parmi les 232 agents interrogés, 127 avaient déjà bénéficié de formation continue. La plus forte proportion se retrouvait au niveau des médecins spécialistes soit environ les 3/4.

3.7.5. Les différentes prestations aux urgences

Le tableau VI donne la moyenne des différents actes accomplis aux Urgences par journée de travail selon la catégorie professionnelle.

Tableau VI : nombre moyen des actes par journée de travail par agent

Actes/journée de travail/agent	Moyenne
Urgences reçues	13
Perfusions placées	11
Interventions chirurgicales	2
Accouchements	2
Prélèvements	10

3.7.6. Les gardes et les permanences

Les médecins spécialistes assuraient en moyenne 7 gardes et 7 permanences dans le mois, mais ils étaient également présents dans leur services toutes les matinées des jours ouvrables. Les sages femmes, les filles et les garçons de salle assuraient 6 gardes et 6 permanences dans le mois, mais leur présence dans le service les matins obéissait à un système de roulement. Les attachés de santé et les infirmiers assuraient 5 permanences et 5 gardes ; leur présence les matinées obéissait aussi à un système de roulement. Les DES et les Internes quant à eux avaient respectivement 4 et 3 gardes dans le mois. Il en était ainsi aussi pour les permanences.

3.7.7. Les horaires de travail

Le tableau suivant donne la répartition des agents selon leur degré de satisfaction par rapport à leurs horaires de travail.

Tableau VII : Répartition des enquêtés selon leur degré de satisfaction sur leurs horaires de travail n=232

Catégorie	Degré de satisfaction par rapport aux horaires de travail			
	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Sans opinion
Spécialiste	3	8	0	1
DES	13	14	4	2
SI	36	38	2	12
Sage femme	10	2	1	0
AS	5	31	4	6
Infirmier	0	10	2	2
FG de salle	10	16	0	0
Total	77	119	13	23
Pourcentage	33,20%	51,30%	5,60%	9,90%

Au total, 51,30% des prestataires de services étaient satisfaits de leurs horaires de travail. Dans les différentes catégories professionnelles les attachés de santé étaient les plus nombreux à juger satisfaisants leurs horaires de travail avec 67,4% de taux de satisfaction.

Le tableau VIII récapitule le degré de satisfaction selon le service.

Tableau VIII : Degré de satisfaction par rapport aux horaires de travail en fonction du service

Degré de satisfaction	Service			
	Gynéco-obstétrique		Viscérale	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Insatisfait	46	35,4	31	30,4
Satisfait	64	49,2	55	53,9
Très satisfait	7	5,4	6	5,9
Sans opinion	13	10	10	9,8
Total	130	100	102	100

Près de la moitié des agents des urgences gynéco-obstétricales (49,20%) était satisfait des horaires de travail. Aux urgences viscérales 53,90% exprimaient une satisfaction.

3.7.8. La charge de travail

Le tableau IX donne la répartition des agents selon leur degré de satisfaction par rapport à leur charge de travail.

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leur degré de satisfaction sur leur charge de travail n=232

Catégorie	Degré de satisfaction par rapport à la charge de travail			
	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Sans opinion
Spécialiste	4	7	0	1
DES	17	12	1	3
SI	37	39	2	10
Sage femme	11	2	0	0
AS	8	30	2	6
Infirmier	4	7	1	2
FG de salle	12	14	0	0
Total	93	111	6	22
Pourcentage	40,10%	47,80%	2,60%	9,50%

Dans l'étude, 47,80% près de la moitié des agents enquêtés ont déclarés être satisfaits de leur charge de travail.

Le tableau X donne le degré de satisfaction de la charge de travail par service.

Tableau X : Degré de satisfaction par rapport à la charge de travail en fonction du service

Degré de satisfaction	Service			
	Gynéco-obstétrique		Viscérale	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Insatisfait	63	48,50	30	29,40
Satisfait	53	40,80	58	56,90
Très satisfait	4	3,10	2	2,00
Sans opinion	10	7,70	12	11,80
Total	130	100	102	100

Aux urgences gynéco-obstétricales, 48,50% des prestataires de service étaient insatisfaits de leur charge de travail. Aux urgences viscérales, ils étaient 29,40%.

3.7.9. Répartition des agents selon leur degré de satisfaction par rapport à la gestion des services d'urgences

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leur satisfaction la gestion du service. n=232

Catégorie	Degré de satisfaction par rapport à la gestion du service			
	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Sans opinion
Spécialiste	4	7	0	1
DES	17	12	1	3
SI	37	39	2	10
Sage femme	11	2	0	0
AS	29	12	0	5
Infirmiers	6	5	0	3
FG de salle	12	14	0	2
Total	138	70	2	22
Pourcentage	59,50%	30,20%	0,90%	9,50%

Plus de la moitié des agents enquêtés soit 59,50% n'étaient pas satisfaits de la gestion de leur service.

Le tableau suivant donne le degré de satisfaction des prestataires concernant la gestion des services d'urgences.

Tableau XII : Degré de satisfaction par rapport à la gestion des services d'urgences

Degré de satisfaction	Service			
	Gynéco-obstétrique		Viscérale	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Insatisfait	74	56,9	64	62,7
Satisfait	41	31,5	29	28,40
Très satisfait	1	0,8	1	1,0
Sans opinion	14	10,8	8	7,8
Total	130	100	102	100

Le taux d'insatisfaction par rapport à la gestion était de 56,90% aux urgences gynéco-obstétricales et de 62,70% aux urgences viscérales.

3.8. Les rapports avec les usagers des Urgences gynécologiques et obstétricales

3.8.1. Les violences verbales

Des violences verbales ont été signalées par toutes les catégories professionnelles. Le contenu des violences verbales était les insultes, les mots blessants et les cris.

Tableau XIII : Victimes de violences verbales

Qualification	A	B
Spécialiste	6	12
DES	25	33
SI	47	88
Sage femme	13	13
AS	23	46
Infirmier	12	14
FG de salle	18	26
Total	144	232

A : Effectif des agents victimes de violences verbales

B : Effectif par qualification professionnelle

Le taux d'agents ayant déjà été victimes de violences verbales étaient de 62,1%. Toutes les sages-femmes étaient concernées.

3.8.2. Les auteurs des violences verbales faites aux prestataires de service des urgences.

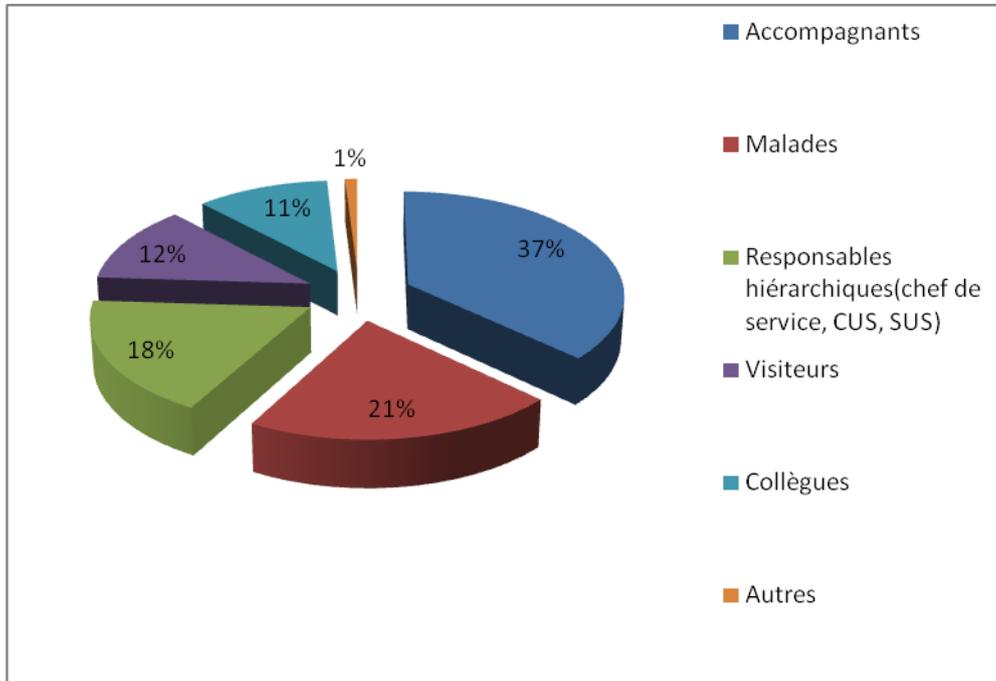


Figure 2 : Auteurs de violences verbales à l'endroit des prestataires de services.

Dans notre étude, 37% des violences verbales étaient les accompagnants de malades.

3.8.3. Les violences physiques

Le tableau suivant donne la répartition des agents victimes de violences physiques.

Tableau XIV : Répartition des agents victimes de violences physiques

	n=232	
Qualification	A	B
Spécialiste	0	12
DES	2	33
SI	3	88
Sage femme	0	13
AS	2	46
Infirmier	1	14
FG de salle	5	26
Total	13	232

A : Effectif des agents victimes de violences physiques

B : Effectif des agents par qualification professionnelle

Les agents victimes de violences physiques représentaient 5,6% des agents enquêtés. Aucun médecin spécialiste ni aucune sage femme n'a été victime de violence physique.

3.8.4. Les auteurs des violences physiques faites aux prestataires de service des urgences

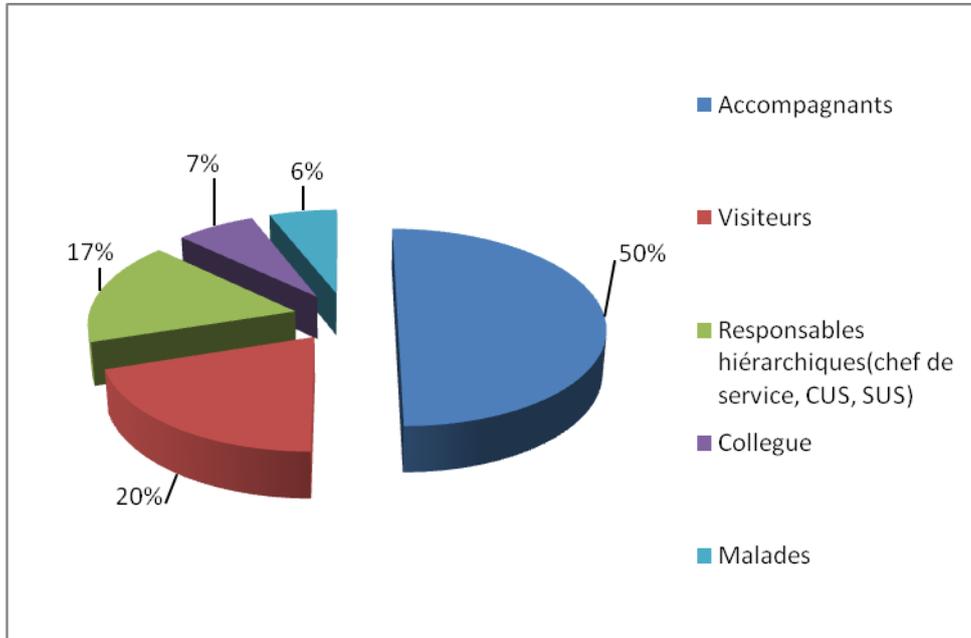


Figure 3 : Auteurs de violences physiques à l'endroit des prestataires de services

Les accompagnants de malades étaient auteurs des violences physiques dans 50% des cas.

3.8.5. Le harcèlement moral au travail

Le tableau XV donne la proportion des agents victimes de harcèlement moral selon la catégorie professionnelle.

Tableau XV : Répartition des agents victimes de harcèlement moral

	n=232	
Qualification	A	B
Spécialiste	6	12
DES	15	33
SI	17	88
Sage femme	6	13
AS	12	46
Infirmier	4	14
FG de salle	4	26
Total	64	232

A : Effectif des agents victimes de harcèlement moral

B : Effectif des agents par qualification professionnelle

Parmi les agents interrogés, 64 avaient déjà été victimes de harcèlement moral. 6 médecins spécialistes sur les 12 étaient victimes de harcèlement moral.

3.8.6. Les auteurs de harcèlement moral fait aux prestataires de service des urgences.

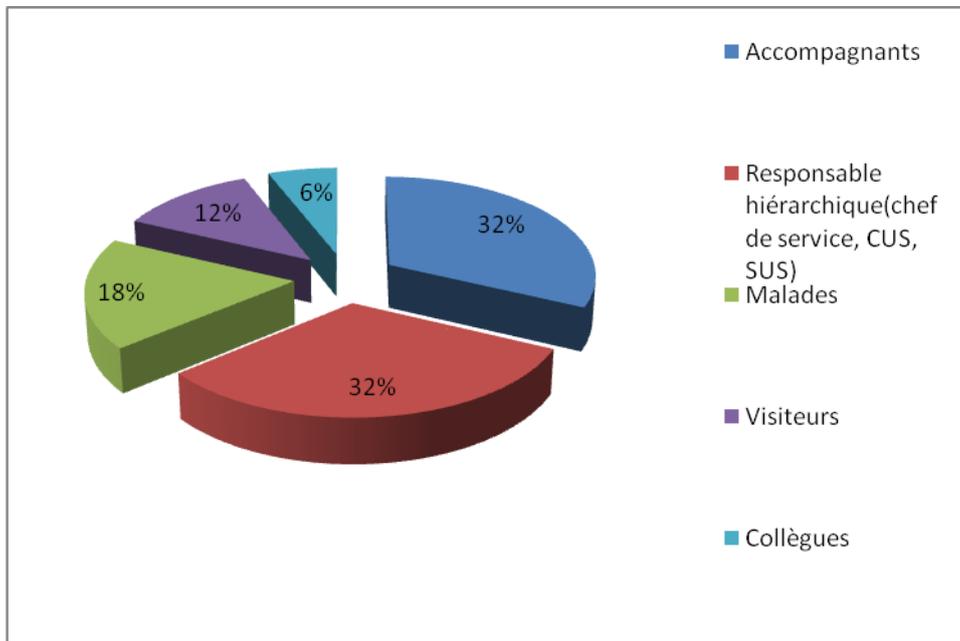


Figure 4 : Auteurs du harcèlement moral à l'endroit des prestataires de services

Les accompagnants des malades et les différents responsables hiérarchiques étaient chacun responsables de 32% du harcèlement dont étaient victimes les prestataires de service aux urgences.

3.8.7. Les auteurs des différents types de violences faites aux prestataires de service.

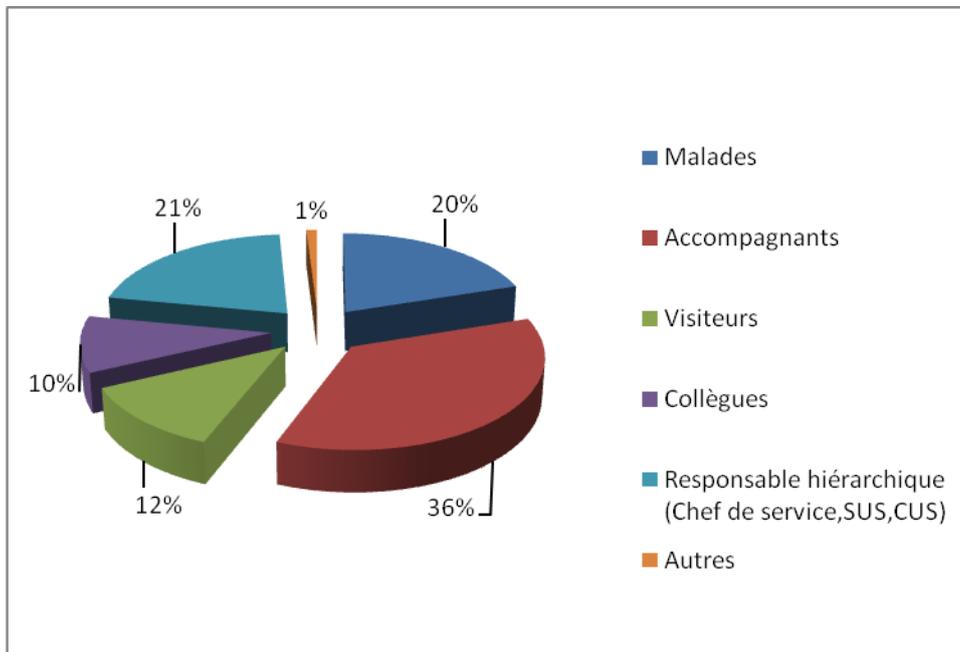


Figure 5 : Les auteurs des différents types de violences faites aux prestataires de service

Les accompagnants de malades étaient auteurs des violences dans 36% des cas.

3.9. Les effets négatifs du travail

3.9.1. La perception des effets négatifs sur la santé

Le tableau XVI donne la proportion des différentes catégories professionnelles qui perçoivent les effets négatifs du travail.

Tableau XVI : Perception des effets négatifs du travail par les prestataires de service **n=232**

Qualification	A	B
Spécialiste	7	12
DES	24	33
SI	57	88
Sage femme	11	13
AS	26	46
Infirmier	9	14
FG de salle	6	26
Total	140	232

A : Effectif des agents percevant les effets négatifs du travail

B : Effectif des agents par qualification professionnelle

Dans l'étude, la quasi-totalité des sages femmes percevaient les effets négatifs du travail (11/13).

3.9.2. Fréquence globale des effets négatifs du travail tels que perçus par les travailleurs enquêtés

Le tableau XVII donne la fréquence des effets négatifs du travail ressenti aux urgences par les prestataires de service.

Tableau XVII : Fréquence des effets négatifs du travail ressentis par les travailleurs enquêtés **n=238**

Effets	Fréquence	Pourcentage (%)
Anxiété	80	34,48
Stress	128	55,17
Burn out	118	50,86
A E S	95	40,95
Lombalgies	10	4,31

Le stress constituait le symptôme le plus fréquent chez les prestataires aux urgences (55,17%).

3.9.3. Les répercussions négatives sur la vie personnelle

Le tableau suivant donne la répartition des agents qui affirmaient que leur travail avait des répercussions négatives sur leur vie personnelle.

Tableau XVIII : Répartition des agents ayant des répercussions négatives du travail sur leur vie personnelle
n=232

Qualification	A	B
Spécialiste	11	12
DES	25	33
SI	54	88
Sage femme	10	13
AS	28	46
Infirmier	6	14
FG de salle	17	26
Total	151	232

A : Effectif des agents dont le travail a des répercussions sur leur vie personnelle

B : Effectif des agents par qualification professionnelle

Les agents ayant déclarés que le travail avait des répercussions négatives sur leur vie personnelle étaient au nombre de 151. Les médecins spécialistes constituaient la catégorie le plus touchée (11/12)

3.9.4 La nature des répercussions du travail sur la vie personnelle des prestataires de service

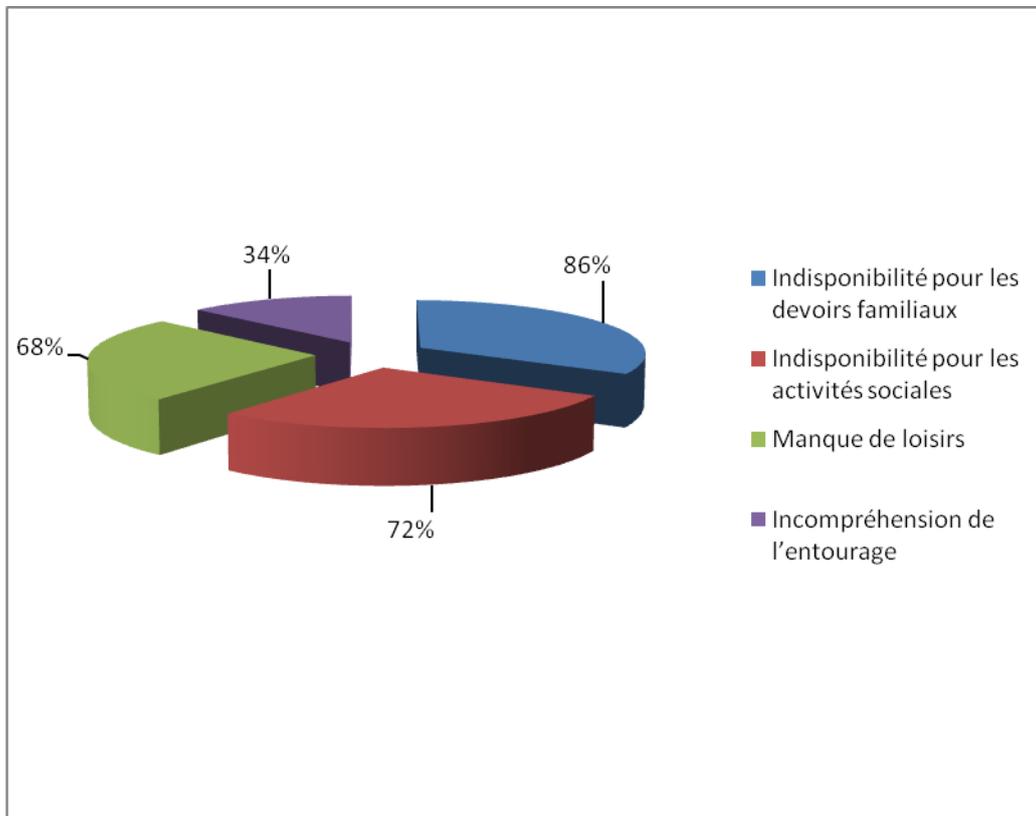


Figure 6 : La nature des répercussions du travail sur la vie personnelle des prestataires de service

L'indisponibilité pour les devoirs familiaux constitue la principale répercussion que le travail a sur la vie personnelle des prestataires (86%).

3.10. Suggestions des prestataires de service.

Tableau XIX : Suggestions des prestataires de service

n=232

Suggestions	Effectifs	%
Renforcer les équipements médicaux et les infrastructures	187	80,6
Renforcer la dotation en produits et consommables d'urgences	103	44,4
Augmenter les frais de stage et les salaires	103	44,4
Mieux organiser des services d'urgences	98	42,2
Renforcer les formations continues	64	27,6
Renforcer l'encadrement des stagiaires	40	17,2

La majorité des prestataires de service (80,6%) suggéraient un renforcement en équipements médicaux et en infrastructures.

NOTRE ÉTUDE

4. DISCUSSION

4. DISCUSSION

4.1. Limites et contraintes de l'étude

Au cours de notre étude, nous avons rencontré des difficultés pour interroger les prestataires de service. Tous les prestataires de service étaient concernés par l'étude mais certains agents ont refusé de répondre à nos questions sans donner d'explication. D'autres n'ont pas pu toujours remplir nos fiches de collecte car ils étaient occupés par les activités qui leur étaient assignés.

Certaines déclarations des personnes enquêtées, malgré l'anonymat ont pu être entachées d'inexactitudes.

4.2. Structures et procédures

4.2.1 Situation géographique

Les urgences viscérales sont situées au côté Est de l'hôpital à environ 500 mètres de l'entrée principale, les urgences gynéco-obstétricales quant à elles, sont au sud-ouest. Elles ne sont pas visibles d'emblée à l'entrée de l'hôpital et il n'ya pas de fléchage indicatif, or selon la SFMU, les urgences doivent être facilement localisables, donc adéquatement identifiées à l'extérieur de l'édifice [26]. Le patient ou les personnes qui l'accompagnent doivent être à mesure de repérer immédiatement l'entrée des urgences. Le lieu où les urgences sont prises en charge doit être bien indiqué à chacune des autres portes de l'édifice et le parcours pour s'y rendre doit être facile.

Les urgences gynéco-obstétricales et viscérales sont distantes du laboratoire, ce qui rend difficile la tâche des accompagnants qui sont chargés de l'acheminement des prélèvements et des résultats, elles sont également éloignées de la radiologie. Cette situation n'est pas conforme aux recommandations de la SFMU qui préconise la proximité des services d'urgences avec les services

médico-techniques [26]. Par ailleurs, elle contribue à allonger le délai d'attente des examens para cliniques. Les urgences gynéco-obstétricales sont également distantes du service de réanimation polyvalente et de la néonatalogie. Ce fait allonge les délais de transfert des patients d'un service à un autre dans des situations d'urgence extrême.

4.2.2 Architecture

Selon la SFMU [26] l'architecture d'un service d'accueil des urgences doit comporter une zone d'accueil, une zone d'examen et de soins, une salle d'accueil des urgences vitales, une unité d'hospitalisation de courte durée, une zone de service et du personnel.

La zone d'accueil est quasi inexistante dans nos deux services des urgences. Il existe une salle d'accueil qui fait office de bureau des stagiaires internes, de salle d'accueil, d'enregistrement, d'orientation, et de renseignement. Le personnel médical a en charge l'accueil et l'enregistrement des patients admis, les renseignements des accompagnants sur la position des patients et la situation des autres services techniques (dépôt pharmaceutique, laboratoire, et radiologie). DERKSEN et al. [8] ont montré le bénéfice de l'utilisation des « infirmiers spécialisés en urgence ». Il en résultait un gain important en rapport avec la diminution de la charge de travail des médecins, l'amélioration de la satisfaction des patients et la diminution des temps d'attente. La configuration de nos services fait qu'aux urgences gynéco-obstétricales, les femmes en travail sont assises dans le couloir à même le sol et aux urgences viscérales tous les patients sont acheminés dans les salles d'examen à leur admission et installés sur les tables d'examen ou même le sol.

Le couloir aux urgences gynéco-obstétricales sert également de suites de couches immédiates pour les accouchées récentes qui sont couchées sur des nattes ou des couchettes de fortune étalées à même le sol.

En l'absence d'un poste central de soins aux urgences viscérales, les infirmiers après l'administration des soins aux patients retournent dans leur salle de garde ou dans d'autres locaux. Cela pose un problème de disponibilité immédiate du personnel pour l'administration des soins et de surveillance continue.

Aux heures de visites, les accompagnants accèdent aux salles d'hospitalisation en empruntant le même passage que celui menant aux salles d'examen et de soins. Ce flux étranger qui traverse la zone de soins perturbe le déplacement du personnel, l'administration des soins et la surveillance des patients.

Au bloc opératoire, l'agencement des salles opératoire ne respecte pas toujours les principes architecturaux communément admis. La salle d'opération ne possède pas de fenêtre communicante avec la salle de stockage du matériel. Ceci explique les entrées et les sorties intempestives et compromet l'état d'asepsie de l'environnement opératoire. L'absence de salle de réveil contribue à allonger le temps d'occupation des salles d'opération lors des interventions sous anesthésie générale.

Le principal problème des urgences est leur grande accessibilité qui favorise la promiscuité. Les urgences sont en effet un lieu de passage et de rencontre de divers flux de personnes qui ne relèvent pas toujours du service. Il semble donc nécessaire de fermer l'accès à la zone de soins aux personnes extérieures au service.

4.2.3 Fonctionnement des urgences

La durée des permanences-gardes était de 24h pour les médecins, stagiaires internés et ils ne bénéficient pas de repos à leur descente de garde. Des liens solides et cohérents entre la privation de sommeil et une altération des performances ont été largement documentés.

CHOBLI et Al trouvaient qu'après 24H d'éveil d'affilée, les altérations des performances sont similaires à celles induites par un taux d'alcoolémie de 0,10 % [27]. Une étude menée par Combs en 2007 notait une augmentation de 36 % des erreurs médicales graves et de 46 % des erreurs de diagnostic graves a été observée chez les internes effectuant des tours de garde de 24H par rapport à ceux qui ont travaillé 16H consécutives ou moins [28]. CONDAMINE et Al relevaient en France en 2003 que les tours de garde de 24H ont également été associés à une augmentation de 61 % des risques d'accident d'exposition au sang [29] et à une multiplication du risque d'accident de la route sur le chemin du retour du travail [30].

Chaque équipe est composée de 2 infirmiers aux urgences viscérales. Ils administrent les soins aux patients hospitalisés et à ceux admis en urgence, de ce fait aux heures de soins un seul infirmier reste disponible pour les soins en urgence. Cet effectif est insuffisant pour réaliser des soins de qualité.

4.2.4 L'équipement et le matériel médico-technique

L'équipement des services des urgences gynéco-obstétricales et des urgences viscérales du CHUYO est insuffisant, et ne correspond pas à la liste minimale requise au niveau même au niveau du CHR [1].

Ni les urgences gynéco-obstétricales, ni les urgences viscérales ne disposent ni de tensiomètre, ni de stéthoscope, pour la prise des constantes de base.

Les salles d'examen et de soins ne disposent pas de prise de distribution d'oxygène, en cas de nécessité de réanimation, les médecins font appel à l'équipe du bloc opératoire pour un transfert des patients dans la salle d'opération pour l'oxygénation et l'aspiration. Cela cause un problème de souillure de la salle d'opération utilisée et un problème de mobilisation du personnel et d'occupation de la salle d'opération alors que d'autres interventions sont prévues.

4.3. Caractéristiques socioprofessionnelles des prestataires de service

4.3.1. Le Sexe

Dans notre étude on notait une prédominance masculine (65,9%). Ce constat pourrait être dû à une prédominance masculine du personnel hospitalier et des stagiaires internés.

4.3.2. L'Ancienneté

Notre population d'étude avait une ancienneté moyenne de 2,39 ans avec des extrêmes de 2 mois et 23ans. La plupart des personnes interrogées (45,69%) avait moins de 6mois d'ancienneté.

Ceci s'expliquerait par la présence majoritaire des stagiaires internés dans l'échantillon qui font 3 mois de stage dans le service où ils sont affectés.

Cette ancienneté serait de 3,5 ans si on enlevait les stagiaires internés. Ce qui pourrait signifier que le personnel aux urgences est relativement nouveau. Notons qu'un bon nombre d'agents (personnel de soutien et infirmiers) a été affecté dans le service six mois avant le début de notre étude.

4.4. L'avis des prestataires de service sur l'organisation du travail

4.4.1. La description du poste de travail

Dans notre étude, plus de la moitié des agents (59,10%) toutes catégories confondues ont reçues une description de leur poste de travail. Ce résultat est supérieur à celui de SAWADOGO W. en 2009 qui avait trouvé un taux de 48% [31].

La description du poste ne semble pas être systématiquement disponible, ou consultée par les agents, ce qui est de nature à engendrer une mauvaise organisation du travail. Cependant, au regard des activités quotidiennes des services, on note que le personnel infirmier accompli les tâches suivantes, accueil et installation des malades, administration et surveillance des soins prescrits, sensibilisation et information des patients [32]

4.4.2 La participation aux réunions de service

Le niveau de participation aux réunions de service était moyen (125 qui participaient sur les 232 interrogés). SAWADOGO W trouvait en 2009 que 76,2% des agents participaient aux réunions de service au CHU YO [31]. Notre taux peut s'expliquer d'une part par la tenue des réunions pendant les heures de travail dans la matinée où tout le personnel est souvent occupé, et d'autre part par la démotivation engendrée par les revendications antérieures non satisfaites. Le faible taux de participation aux réunions porte préjudice aux prises de décisions qui doivent être collectives et empêche ainsi une amélioration des conditions de travail.

4.4.3. La formation continue

Il ressort de notre étude que 54,70% des agents interrogés ont déjà bénéficié de formations au cours des douze derniers mois. Ce taux est faible au regard de la spécificité des gestes exécutés aux urgences qui requiert un personnel entraîné. Ces résultats pourraient s'expliquer d'une part par le coût élevé de ces formations continues et d'autre part, par le choix discriminatoire des agents qui se fait quelquefois par affinité selon la majorité des prestataires. BOURAOUIO en Tunisie notait que le manque de formations continues était l'un des principaux motifs d'insatisfaction [33]. Une étude menée par MAURY en France a montré qu'il y a une diminution des acquis au fil du temps d'où la nécessité d'un recyclage régulier [34]. La formation initiale pour chaque

catégorie professionnelle devrait donc être renforcée par des sessions régulières de recyclages.

4.4.4. Les horaires de travail

Les horaires de travail sont jugés satisfaisants par 51,30% des agents interrogés, ces résultats sont supérieurs à ceux de BOUFARES et Al [35] en Tunisie qui trouvaient un taux de 14%, de ZERR [36] en 1989 qui trouvait un taux de 22%. Même si les agents étaient particulièrement satisfaits dans notre étude, il faudrait instituer une rigueur dans la surveillance de ces horaires qui ne sont pas souvent respectées. Le système de roulement des horaires d'activités dans notre contexte, pourrait aussi influencer sur la satisfaction car dans certains pays, le personnel paramédical est de plus en plus soumis à des horaires fixes.

4.4.5. La charge de travail

Au cours de l'étude, seulement 47,80% des agents ont déclaré être satisfaits de leur charge de travail. Ces résultats corroborent ceux de SAWADOGO W [31] en 2009 qui trouvait 44,30% au CHU YO, de MAILLARD et Al [38] en France en 1994 qui trouvait un taux de 48,9%, de BOUFARES et Al [35] en Tunisie qui trouvaient 40% en 1994 et de ESTRYN-BEHAR [39] en France qui trouvait 48% en 2001. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'insuffisance de personnel soignant et la vertigineuse ascension de la fréquentation des services d'urgences. En effet la fréquentation des sites d'urgences augmente régulièrement d'environ 4% chaque année mais 25% des patients qui s'y présentent ont besoin d'une consultation, sans soins techniques ni investigation dont ils auraient pu bénéficier dans les centres de santé périphérique [40]. Par ailleurs, il faut noter que la mauvaise organisation des soins, et des locaux augmentent inutilement les charges de travail.

4.4.6. La gestion des services d'urgences

Seulement 30,20% des prestataires de service trouvaient satisfaisant la gestion des services d'urgences. Ces résultats sont inférieurs à ceux de BOUFARES et Al [35] qui trouvaient 56% de satisfaction en Tunisie, de LERT [37] trouvait 63% et de ZERR [36] trouvait 95% d'agents satisfaits.

Ce constat pourrait s'expliquer par l'inadéquation des infrastructures, l'insuffisance d'équipements et du personnel. Toutefois il ressort qu'une bonne partie des difficultés sont liées à une organisation inadéquate du système de santé. Il s'avère donc nécessaire de revoir le système de référence.

4.5. Les rapports avec les usagers des urgences gynéco-viscérales et viscérales

4.5.1. Les violences verbales aux urgences

Les violences verbales ont touché dans notre étude 144 prestataires soit 62,1%. Ces résultats sont inférieurs de ceux de MOREAU [42] au Québec qui trouvait une prévalence de 70% , de STANEK et al en 2006 qui trouvaient 88% de violences verbales chez les agents de santé du CHU de Lille [43] et de SAWADOGO I en 2008 qui trouvait 98,38% de violences verbales au CHU YO [44].

Plusieurs facteurs peuvent favoriser la survenue des violences verbales à l'encontre des agents de santé, dans l'urgence patients et accompagnants sont souvent confrontés à une certaine lenteur de la prise en charge (insuffisance de personnel, de matériel, les conditions d'accueil dans les services d'urgences, l'attente, la non information et souvent le problème d'organisation). A cela s'ajoute le stress que la maladie crée pour le patient et son entourage. Il naît alors souvent des incompréhensions pouvant conduire aux violences verbales.

Dans notre étude, toutes les sages-femmes sont concernées par les violences verbales ainsi qu'une majorité des infirmiers (12/14). Ces résultats corroborent ceux de KWOK et al en 2006 à Hong Kong qui trouvaient que 76 à 80% des infirmiers étaient victimes de violences verbales [45], de VALLAEYS A. et al en Basse Normandie en 2002 qui trouvaient que 82% des enquêtés étaient victimes de violences verbales avec une forte proportion d'infirmiers touchés [46] et de SAWADOGO I en 2008 qui rapportait que 90% des sages-femmes étaient concernées [44].

La forte exposition des infirmiers et des sages-femmes dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait qu'ils constituent des agents de première ligne. Ils ont des contacts multiples avec les patients pendant l'accueil, lors des activités de diagnostics et au cours des soins. Il est admis par des auteurs comme OUEDRAOGO [47], GOURNAY et al [48], GASSER et al [49] et CHAMBERS et al [50] que plus le personnel est en contact avec le public, plus il ya des risques d'être victimes de violences.

Ces violences verbales altèrent d'avantage les conditions de travail et entravent la volonté des agents.

4.5.2 Les violences physiques aux urgences

Les violences physiques ont touché 13 prestataires soit 5, 6%. Nos résultats sont inférieurs à ceux trouvés par de nombreux auteurs. VERNEREY [51] trouvait une prévalence de violences physiques en milieu hospitalier de 69%, GOURNEY et AL [48] rapportait une prévalence de violences physiques de 48,70 en Basse-Normandie, CLEMENT [52] retrouvait que 46,7% du personnel du CHU de Besançon étaient victimes de violences physiques en 2005 et ESTYN-BEHAR [53] en France trouvait que 21% des infirmières ont déjà subi des violences physiques. Cette faible prévalence des violences physiques pourrait s'expliquer par le fait que les malades soient encadrés par les accompagnants et aussi par les risques de sanctions pénales encourus par les auteurs d'agression physiques envers les travailleurs [44].

4.5.3. Les auteurs de violences

Dans notre étude, les accompagnants et les visiteurs de malades ont été auteurs de violences dans 48% des cas. Nos résultats sont différents de ceux de nombreux auteurs comme OUEDRAOGO V. [47] qui rapportait un taux d'agression par l'entourage de malades de 8,8% et RODAT et al [55] notait un taux de 1,47%.

Cette différence de résultats s'expliquerait par le contexte socioculturel du Burkina où le malade fait l'objet de plus d'attention [44]. L'admission d'un malade à l'hôpital est toujours suivie d'une importante mobilisation des parents et amis du malade.

Il ressort de notre étude que les malades étaient auteurs de violences dans 20% des cas. Ces résultats sont inférieurs à celui de CLEMENT qui trouvait que dans 68,7% des cas, les patients étaient les auteurs de violences à l'encontre du personnel soignant au CHU de Besançon [52] et de l'Observatoire Nationale des Violences en milieu Hospitalier (ONVH) [56] qui trouvait en

2009 que dans 73% des cas, les patients sont les auteurs des violences.

Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par le fait que les patients sont toujours accompagnés dans notre contexte, ce qui limiterait les risques d'agressions du personnel par les patients. Néanmoins nos résultats renforcent l'analyse de FROISSIER et al [57] selon laquelle « les malades, quelle que soit leur pathologie sont de plus en plus intolérants à la frustration de l'attente voulant être pris en charge immédiatement quelles que soient les difficultés environnementales et organisationnelles occasionnant ainsi des violences ».

Dans notre étude, le personnel des urgences était auteurs de violences dans 31% des cas, ces chiffres sont nettement inférieurs à ceux de CLEMENT [52] qui trouvait 19,6% au CHU de Besançon. En effet de nombreuses situations de souffrance au travail, conflits larvés non réglés dans les équipes, entre agents ou avec la hiérarchie expliquerait ces cas de violence commis par le personnel. Ces chiffres révèlent incontestablement une dégradation des relations de travail entre personnels.

4.5.4. Le harcèlement moral aux urgences

L'étude que nous avons menée a montré que 64 prestataires soit 27,6% des prestataires de service interrogés ont été victimes de harcèlement moral au travail. Ce harcèlement concernait la moitié des médecins spécialistes et des sages-femmes. Ce résultat diffère de ceux de SAWADOGO I en 2008 qui trouvait 87,02% de victimes de harcèlement moral au travail au CHU YO [44] ; de SOARES au Québec en 2002 qui trouvait 13% de victimes du harcèlement moral au travail [54] et de CLEMENT en France qui trouvait 6,5% de victimes de harcèlement moral au travail [48].

Cette différence pourrait résider dans la définition même du terme, car de nombreux agents considèrent que le harcèlement moral au travail fait partie

intégrante de leur travail. Le harcèlement moral au travail a pour inconvénient la dégradation des conditions de travail, l'altération de la santé, l'atteinte à la dignité et compromission de la carrière professionnelle [27].

4.6. Les effets négatifs du travail

4.6.1 Les effets négatifs du travail sur la santé des prestataires de service

Dans notre étude, 60,34% (140 cas) des prestataires de service interrogés se plaignaient des effets négatifs du travail sur leur santé. Ce résultat est inférieur à celui de SAWADOGO W. [31] qui trouvait en 2009 que 76% des agents du CHU YO se plaignaient de symptomatologies diverses.

Le stress constituait la première plainte soit 55,17% des prestataires de service du CHU YO. Ce résultat se rapproche de celui de CAZABAT et al [54] en Europe, qui trouvaient chez les médecins et les sages-femmes que le stress était la deuxième pathologie liée au travail ou à la charge de travail.

Le burn out venait en seconde position dans les effets négatifs du travail et concernait la moitié des prestataires de service. Ce résultat corrobore celui de LIDVAN-GIRAULT [55] en 1989 qui trouvait que 41% des agents des SAMU de France est touché par ce syndrome. Ce résultat pourrait se justifier par la confrontation des prestataires de service à des situations éprouvantes telles que la mort au quotidien, la maladie, la douleur et aussi par la sur fréquentation des services d'urgences. Pour ESTRYN-BEHAR, la qualité du travail d'équipe, la crainte de commettre des erreurs, le manque de temps, les demandes incessantes et simultanées, le bruit, le harcèlement des visiteurs médicaux et surtout le manque de soutien psychologique au travail sont au cœur de l'épuisement professionnelle des soignants.

Dans notre étude, les accidents d'exposition au sang et produits biologiques ont concerné 40,95% des prestataires. Ces résultats sont supérieurs à ceux de SAWADOGO W. en 2009 qui trouvait que le risque infectieux concernait 22,6% des travailleurs du CHU YO [31] et du GERES en 1999 qui trouvait 30% des agents de santé en France sont exposés aux liquides biologiques [60]. Ce taux élevé d'accidents d'exposition aux produits biologiques témoignerait du non respect des recommandations de prévention et aussi par le manque d'utilisation d'alternatives à moindre risque.

4.6.2. Les répercussions du travail sur la vie personnelle des prestataires de service

Notre étude a révélé que 65,08% (151 cas) des prestataires de services interrogés se plaignaient des répercussions du travail sur leur vie personnelle. Ce résultat se rapproche de celui de ESTRYN-BEHAR [61] en France qui trouvait un taux de 69,9%. Les regrets formulés par les prestataires interrogés portaient sur le peu de temps qu'ils accordaient à leur famille (82%). En effet, il y a une altération de la qualité de la relation avec le conjoint et les enfants; en France, 57,8% des sages-femmes ont déclarés que les exigences de leur travail ont dégradé leur vie familiale et 42,2% des infirmiers éprouvent des difficultés pour la garde de leurs enfants pendant les heures de service [43]. Il ressort d'une étude menée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) que les familles des agents de santé sont particulièrement exposées à subir les retombées des problèmes qu'ils rencontrent dans leur travail [62]. L'équilibre famille/travail se révèle un facteur majeur, car le conflit vie de famille et vie de travail sont fortement liés à l'intention d'abandonner la profession chez les médecins [39].

CONCLUSION

Les conditions de travail constituent une très grande préoccupation pour les services de santé et les urgences ne sont pas épargnées.

Notre étude visait à recueillir l'avis des prestataires de services sur les conditions de travail aux urgences gynéco-obstétricales et les urgences viscérales du CHU YO.

L'analyse des résultats nous a permis d'identifier un certain nombre d'éléments pouvant être améliorés tels les locaux, les équipements, la charge de travail, les horaires de travail, la gestion des services d'urgences.

Les prestataires de services sont moyennement satisfaits de leurs horaires et charges de travail ainsi que sur la gestion de leur service.

Les données ont permis d'affirmer que la violence au sein des urgences n'est plus un épiphénomène tant elle touche un grand nombre des prestataires. A cela s'ajoutent les répercussions considérables que le travail aux urgences a sur la santé et la vie personnelle des prestataires de service.

Au vu de ces résultats, des actions concrètes doivent être entreprises en vue d'améliorer les conditions de travail des prestataires de services.

SUGGESTIONS

AU MINISTRE DE LA SANTE

- Promouvoir la formation de personnels spécialisés dans la gestion des urgences
- Mettre en place des normes d'infrastructures, d'équipement, de personnel et de prise en charge dans les CHU, à l'image de celles existantes pour les CHR.
- Mettre en place des actions pour motiver les prestataires de service.

AU DIRECTEUR GENERAL DU CHU YO

- Renforcer en équipements médicaux les urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO.
- Renforcer la dotation en médicaments et consommables médicaux des urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO.
- Mettre en place des mécanismes pour prévenir et réagir face aux violences aux urgences.
- Organiser régulièrement une visite médicale des travailleurs afin de répertorier les pathologies du travail.

AUX CHEFS DE SERVICES DES URGENCES GYNECO-OBSTETRIQUES ET VISCERALES DU CHU YO

- Organiser des sessions régulières de formation continue de tous le personnel des urgences.
- Faire un plaidoyer pour l'amélioration des conditions de travail aux urgences

**AUX PRESTATAIRES DE SERVICES DES URGENCES
GYNECO-OBSTETRIQUES ET VISCERALES DU CHU YO**

- Déclarer systématiquement toutes les formes de violences au travail subies.
- Participer à toute étude sur la vie du CHU-YO car celle-ci permettra de recueillir des informations utiles à l'amélioration des conditions de travail.

**AUX USAGERS DES URGENCES GYNECO-OBSTETRIQUES ET
VISCERALES DU CHU YO**

- Respecter les heures de service et de visites du CHU-YO.
- Respecter les différentes consignes données au sein des urgences à propos du nombre d'accompagnants de malades.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1. **MINISTERE DE LA SANTE, BURKINA FASO.** Normes en matière de soins d'urgence dans les CHR du Burkina Faso, 2010.
2. **GOULON M.** avant-propos dans **COUTURE J. PUMA S. FOURNIER F. LISSAC J. MANTE J. M. PECHERE J. C.** Urgences médicales. Paris. Editions Malouane. 1987
3. **ENQUETE PRESST-NEXT ET CADRE.** Disponible sur [http /www.syndicat infirmier.com /enquête presst-next et cadre html](http://www.syndicat_infirmier.com/enquête_presst-next_et_cadre.html). (Consulté le 12 /10/10)
4. **ASSOCIATION QUEBECOISE D'ETABLISSEMENT DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX.** Guide de gestion de l'urgence 2006 251p.
5. **TOURE C T, DIENG M.** Urgences en milieu tropical : état des lieux, l'exemple des urgences chirurgicales au Sénégal. *Med. Trop.*, 2002; 62(3), 237-241.
6. **LENGANE I.** La prise en charge des urgences traumatologiques au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Thèse de médecine. 2010
7. **DICTIONNAIRE LAROUSSE,** Edition 2009
8. **ASSEMBLEE NATIONALE DU BURKINA FASO :** code du travail du Burkina Faso 2010
9. **BUE J, COUTROT T, HAMON-CHOLET S, VINCK L,** "Conditions de travail : une pause à l'intensification du travail", *Premières synthèses informations*, DARES, n° 01.2, 01/2007, 7 pp.
10. **LASFARGUES Y (OB ERGO) :** charge de travail dans la société de l'information : intensification pour les uns, exclusion pour les autres. Problèmes posés par la charge de travail. Colloque du 27 janvier 2006(Tourcoing). [En ligne] sur www.ergostressie.com (Consulté le 12 /10/10)
11. **BARTOLI M (ANACT) :** organisation du travail, charge de travail, performance. Actes de journées de travail organisées par l'ANACT et l'APRAT à l'Hôtel Château-Perrache en Juin 2000.

- 12. LEPLAT J, CLOT Y.** : la méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. Vol. 68, P 289-316 [En ligne] sur : www.cairn.info/load_pdf.php?.ID_Article=TH_684_0289 (consulté le 12/10/10).
- 13. INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE DU TRAVAIL DE RENNES** : répercussions des rythmes de travail sur la santé. 5 juillet 1999. [En ligne] sur : www.medtrav.univ-rennes1.fr/resped/s/medtrav/rythmes_travail.htm (consulté le 12/10/10)
- 14. BUREAU INTERNATIONALE DU TRAVAIL** : Conventions et recommandations internationales du BIT de 1998. Vol. 4. BIT, Genève
- 15. SELYE H.** : le stress de la vie. ED Mac GRAW-HILL, 1978, ISBN: 007056221.515p
- 16. FREUDENBERGER H, RICHELSON**: The high cost of high achievement. ED Bantam Books, Nov 1981. ISBN: 978-0-55320-048-5. 216p. Disponible sur www.amazon.fr/burnout-high-cost-achievement/dp/0385156642. (Consulté le 12/10/10)
- 17. VALETTE JC.** : Le harcèlement moral au travail, l'action collective pour la santé mentale. Edition Droit
- 18. GENTILE S, AMADEÏ E, BOUVENOT J et al.** : Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé publique, 2004; 1, 63-74.
- 19. COMBS S, CHAPMAN R, BUSHBY A.** : Evaluation of fast track. Accid Emerg Nurs, 2007; 15(1), 40-47.
- 20. SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE D'URGENCE**: Infirmière Organisateur d'Accueil : Référentiel IAO, 2004. Disponible sur : « <http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/ioa2004.pdf> » (Consulté le 12/10/10).
- 21. VOLPP K G, LANDRIGAN C P.** : Formuler des réglementations sur le temps de travail des médecins en se fondant sur les principes fondamentaux et les meilleures données factuelles (traduit). JAMA, 2008; 300(10), 1197-1199. Disponible sur : « <http://jamafr.ama-assn.org/cgi/reprint/300/10/1197> » (Consulté le 12/10/10).

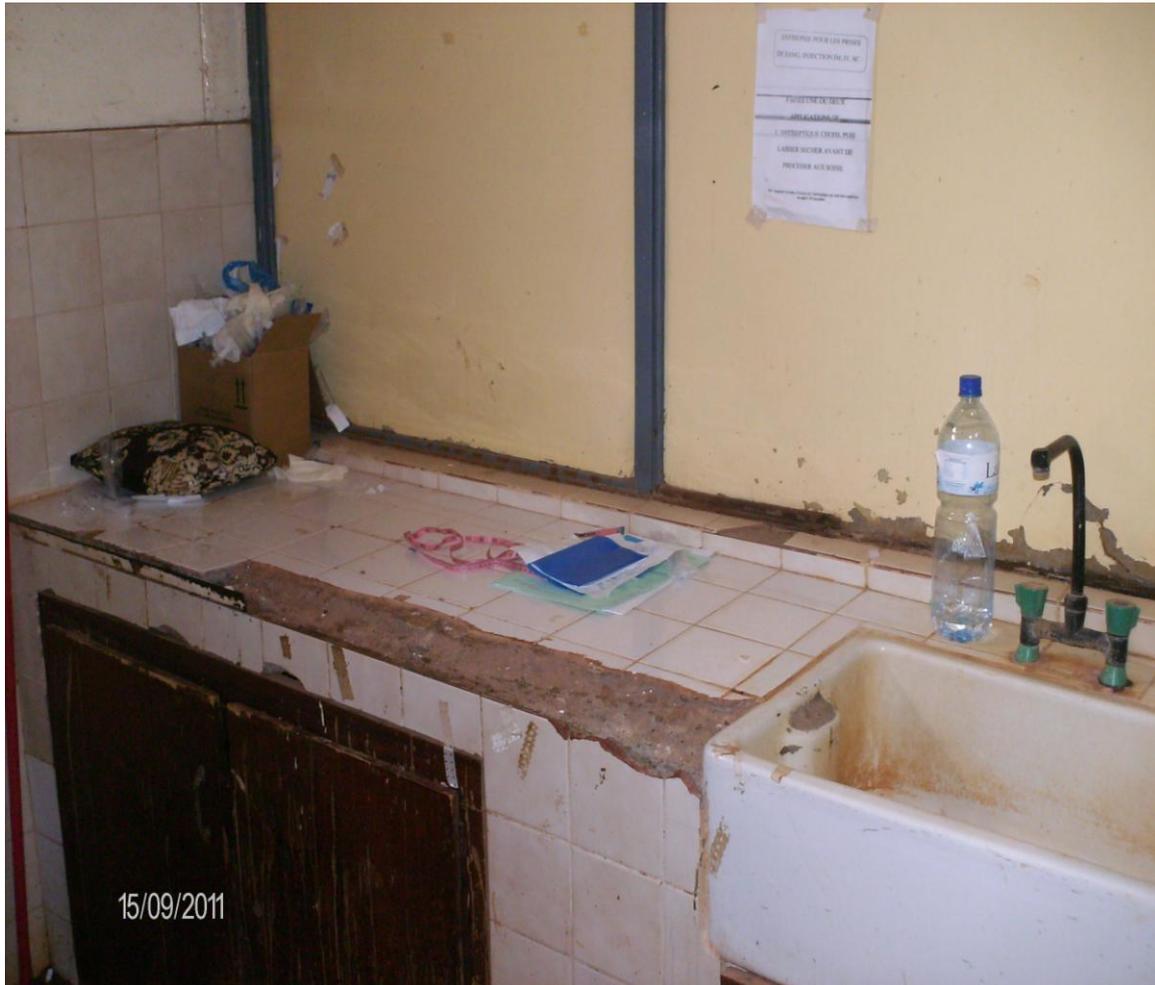
- 22. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DU DEVELOPPEMENT**, Burkina Faso. : Géographie du Burkina. Disponible sur : <http://www.insd.bf/fr/>
- 23. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE**, Burkina Faso : Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006, 2009.
- 24. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DU DEVELOPPEMENT**, Burkina Faso. : Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté : rapport de mise en œuvre 2003, 2004. Disponible sur : « http://ec.europa.eu/delegations/delbfa/kiosque/documents_de_reference/rapfinal_cslp2003.pdf » (Consulté le 02/04/2011)
- 25. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO** : rapport annuel 2009 (archives).
- 26. SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE D'URGENCE**. Architecture des services d'urgences, 2004. Disponible sur : « http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/recom_sfm_archi_service_urg.pdf » (Consulté le 12/10/2010).
- 27. CHOBLI M, MASSOUGBODJI-D'ALMEIDA M, AGBOTON H, et al.** : Créer un service d'aide médicale d'urgence dans un pays en développement: luxe ou nécessité. *Med Trop*, 2002; (62), 260-262.
- 28. COMBS S, CHAPMAN R, BUSHBY A.**: Evaluation of fast track. *Accid Emerg Nurs*, 2007; 15(1), 40-47.
- 29. CONDAMINE J L, SEGOL P.**: Prise en charge de l'urgence chirurgicale au département d'accueil et de traitement du CHU de CAEN (réflexion, présentation des activités). e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2003 ; 2(1), 5-8.
- 30. COULIDIATI U. I.** : Lésions traumatiques et affections orthopédiques, aspects épidémiologiques au service de chirurgie de l'Hôpital National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou; à partir d'un bilan de 5 ans. Thèse médecine, Université de Ouagadougou, 1987 ; 87p.
- 31. SAWADOGO W H.** : Etude de la charge des travailleurs en milieu hospitalier : le cas du CHU-YO ; Thèse de Médecine n°50, Université de Ouagadougou ; 2009.
- 32. OUEDRAOGO G.J, NOUGTARA A., BICABA A.**: Etude sur la charge de travail dans les formations sanitaires : rapport final ; tome3 : charge de travail dans les CHR et CHN. Novembre 1999 ; 168 pages.

- 33. BOURAOUI O.:** La satisfaction du personnel de la santé : Pierre angulaire de toute démarche d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé 2002 vol 40 n° 40 pp 15-21
- 34. MAURY E. :** Enseignement de la Réanimation cardiopulmonaire de base aux étudiants en médecine des universités de France métropolitaine. Mem. en Med Paris 2006 : 50p
- 35. BOUFARES F, NJAH M, DRIDI S et al :** Personnel de santé et conditions de travail à l'hôpital. Maghreb médical n°291, Mai 1995.
- 36. ZERR C:** Perceptions et incidences du travail de nuit chez le personnel d'un centre hospitalier général. Arch. Mal. Prof., 1989, 50, 6,630-632.
- 37. LERT F:** Evolution de la perception des conditions de travail et des horaires dans une cohorte d'infirmières des hôpitaux publics. Arch. Mal. Prof., 1989, 50,8 ,759-764.
- 38. MAILLARD M. F, IWATSUBO Y, GRIMON G et al. :** Enquête sur les horaires et la charge de travail des médecins dans un établissement de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. . Arch. Mal. Prof., 1996 ,57n°6,438-444.
- 39. ESTRYN BEHAR M:** Les femmes travaillant à l'hôpital aux différents horaires. Arch. Mal. Prof., 1989, 50, 6,622-628.
- 40. COURREGES C, PASTORINO S, VILLENEUVE M. :** la violence exercée sur l'infirmier(e), aux services des Urgences, par un patient ne présentant pas de pathologie psychiatrique, 2003, 55P.
- 41. ESTRYN BEHAR M., FOUILLOT J.P. :** Etude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et des aides-soignantes dans dix services de soins. Documents pour le médecin du travail. 1992.41, 27-33.
- 42. MOREAU N. :** Violence psychologique au travail ? Problématique. Revue Psychologique Québec 2005 ; 45 :1-90.
- 43. STANEK A, MOURA M. :** Spécial expo.2006. Halte aux violences à l'hôpital. La Revue hospitalière de France, vol 59, 03-04 2006.
- 44. SAWADOGO I. :** Les accidents du travail : Cas des violences subies par les travailleurs du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso. Thèse de Médecine 2008; 115P

- 45. KWOK RP, LAW YK, LIKE:** Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2006 Feb; 12(1), p 6-9.
- 46. VALLAEYS A, GOURNAY M, VASSE T. :** La violence en milieu hospitalier : un risque professionnel ? Enquête en Basse Normandie en 2002.
- 47. OUEDRAOGO V. :** Analyse des accidents du travail dans les hôpitaux universitaire de Strasbourg : Ces des violences subies par les travailleurs hospitaliers. Mémoire DIUST qualification médecin Strasbourg 2003 ; 51 P.
- 48. GOURNAY M, VALLEYS A, VASSE T, REAGEASSE A, CREVEUIL C :** La violence en milieu hospitalier : un risque professionnel ? Enquête en Basse-Normandie en 2002. Archives Maladies Professionnelles 2002 ; 57 :325-350.
- 49. GASSER AN, BUTCHARD A, ULLRICH G. :** La violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé. Organisation Mondiale de la Santé 2002; OMS /37: 1-25.
- 50. CHAMBERS F, KELLY M.:** Violence at work: The experience general medical practice receptionists of Galway. International Receptionists medical journal 2006; 99: 169-71.
- 51. VERNEREY M. :** Bilan national des rencontres des signalements d'actes de violences en milieu hospitalier de France. Revue Eléments de Psychodynamique du travail ; 17 :1-116.
- 52. INTERNATIONALE DES SERVICES PUBLICS, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE:** Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Bureau des Publications 2002 ; CH-1211 : 1-125.
- 53. ESTRYN BEHAR M. POINSIGNON H. :** Travailler à l'hôpital. Ed Berger-Levrault.1990
- 54. SOARES A.:** Quand le travail devient indécent : le harcèlement psychologique au travail. Université de Québec.
- 55. RODAT S, DAUMONT A, RODAT O. :** Enquête sur les violences exercées sur le personnel d'un centre hospitalier de Nantes. Archives Maladies Professionnelles 1998 ; 4 :252-255.

- 56. OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES HOSPITALIERS** : Bilan national des remontées des signalements d'actes de violences en milieu hospitalier. Avril 2010, <http://www.sante-sports.gouv.fr/observatoire-national-des-violences-hospitalieresonvh.html>
- 57. FROISSIER, VOLKMANN, LANDIER M, DAUMEZON G.** : Violence à l'hôpital : Observer pour mieux prévenir. Informations sur les ressources humaines à l'hôpital. Revue Médecine Humaine 2001 ; 17 :11-25.
- 58. CAZABAT.S, BARTHE B, CASCINO N** : Approche exploratoire du stress perçu et de la charge de travail dans le secteur hospitalier. Actes du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française. Caen du 11/09/06 au 13/09/06.10P
- 59. LIDVAN-GIRAULT N** : Burn out : Emergence et stratégie d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence. Thèse pour le doctorat de psychologie. Université René Descartes. Paris 5. 1979
- 60. GERES** : Complément au rapport GERES sur les AES et le risque de transmission de soignant à patient. Disponible sur : www.geres.org
- 61. SANTE ET SATISFACTION DES MEDECINS AU TRAVAIL.** Document de presse du 16 Janvier 2008. Disponible sur <http://www.presst-next.fr/SESMAT/>
- 62. RAPPORT DU COMITE MIXTE OIT-OMS DE LA MEDECINE DU TRAVAIL**, 9 ème session ; Genève 18-24 Septembre 1984 ; 89P.

ICONOGRAPHIE



Iconographie I : Une paille dans un box de la salle d'accouchement des urgences gynécologiques et obstétricales. Nous remarquons des carreaux cassés et un carton qui fait office de boîte à tranchants.



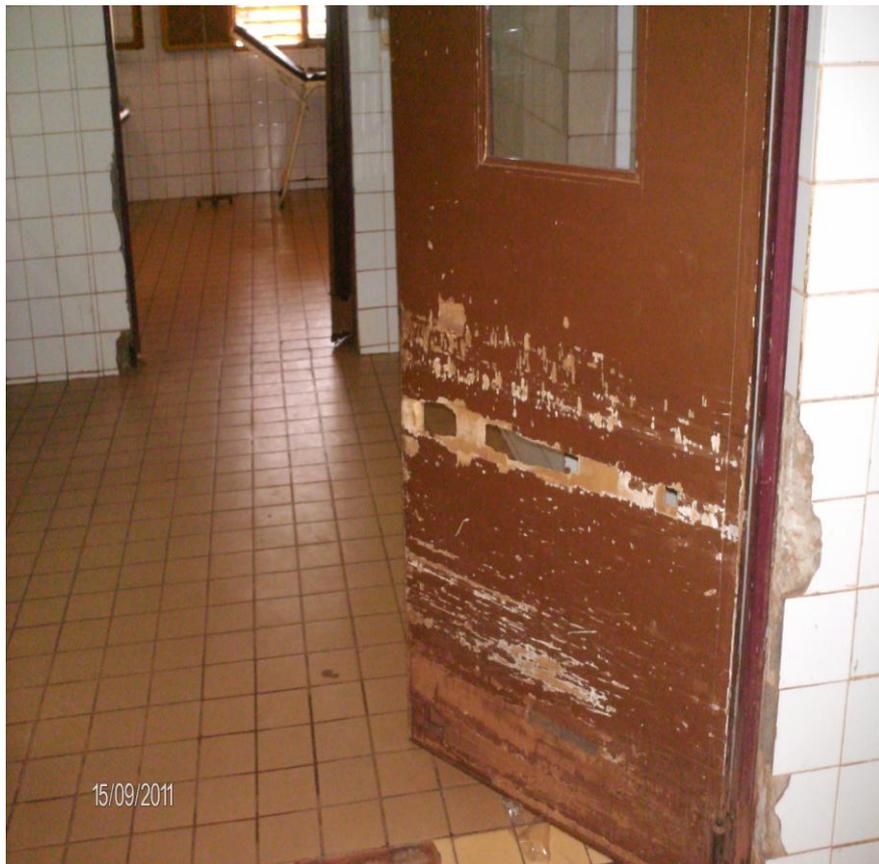
Iconographie II : Une table d'accouchement dans la salle d'AMIU des urgences gynécologiques et obstétricales. Le revêtement de la table est délabré laissant voir le chiffon à l'intérieur. Le bord inférieur de la fenêtre et l'escabeau sont rouillés.



Iconographie III : La salle de pré AMIU des urgences gynécologiques et obstétricales. La salle est bondée de patientes. Le manque de lits oblige les malades à se coucher sur des nattes



Iconographie IV : La salle d'examen des urgences viscérales. L'exiguïté du local entraîne une disposition excentrée des tables d'examen. Elles sont collées au mur ce qui ne permet pas l'accès du personnel soignant à tous les côtés du malade..



Iconographie V : La porte sud du couloir des urgences viscérales. Nous observons la vétusté de la porte.

ANNEXES

« L'avis des prestataires de service sur les conditions de travail aux urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO. »

Fiche de collecte n°

I- Caractéristiques professionnelles de la personne enquêtée

Service:

Qualification :

Sexe : M /----/ F /----/

Ancienneté aux urgences:

II-Organisation du travail

- 1) Quel est le nombre moyen d'urgences reçues par journée de travail ?
(question pour le personnel médical uniquement) /----/
- 2) Quel est le nombre moyen d'interventions chirurgicales hebdomadaires que vous faites ? /----/
- 3) Quel est le nombre de prélèvements sanguins que vous effectuez dans la semaine ? /----/
- 4) Quel est nombre moyen d'accouchements hebdomadaires que vous faites ? /-----/
- 5) Quel est le nombre de perfusions que vous placez par journée de travail ? /----/
- 6) Quel est le temps de récupération en heure après une garde ? /-----/
- 7) Quel est votre temps de récupération en heure après une permanence ?
/-----/
- 8) Avez-vous reçu une description de votre poste de travail ? Oui /----/
Non /----/

9) Existe-t-il une répartition des tâches dans votre unité de travail ? Oui /--
--/ Non /----/

Si oui qui en est le responsable ?

.....

10) Avez-vous déjà bénéficié de formation continue depuis que vous
travaillez aux urgences (recyclage) ? Oui /----/ Non /----/

11) Avez-vous des réunions de service ? Oui /----/ Non /----/

prenez-vous part à ces réunions ? Oui /----/ Non /----/

Si non pourquoi ?.....

12) Êtes-vous satisfaits par rapport à vos horaires de travail ?

Insatisfait /----/ Satisfait /----/ Très satisfait/----/ Sans
opinion/----/

13) Êtes-vous satisfaits de votre charge de travail ?

Insatisfait /----/ Satisfait /----/ Très satisfait/----/ Sans
opinion/----/

14) Êtes-vous satisfaits de la manière dont est géré le service ?

Insatisfait /----/ Satisfait /----/ Très satisfait/----/ Sans
opinion/----/

III- Relations avec les usagers

15) Dans le cadre de votre travail, avez-vous déjà été victimes de violence
verbales (insultes, mots qui blessent ?) Oui /----/ Non /----/

Si oui précisez :

Malade /----/ Accompagnant /----/ Visiteur /----/ Collègue /----/

Responsable hiérarchique /----/ Autre /----/

16) Dans le cadre de votre travail avez-vous déjà été victime de violence physique ? Oui /----/ Non /----/

Si oui, qui en est l'auteur ? Malade /----/ Accompagnant /----/ Visiteur /---
--/ Collègue /----/ Responsable hiérarchique /----/ Autre /----/

17) Dans le cadre de votre travail avez-vous déjà été victime de harcèlement psychologique ? Oui /----/ Non /----/

Si oui qui en est l'auteur ? Malade /----/ Accompagnant /----/ Visiteur /---
-/ Collègue /----/ Responsable hiérarchique /----/ Autre /----/

18) Dans le cadre de votre travail, avez-vous déjà été victime de poursuites judiciaires ? Oui /-----/ Non/-----/

Si oui qui en est l'auteur ?

Malade /----/ Accompagnant /----/ Visiteur /----/ Collègue /----/
Responsable hiérarchique /----/ Autres /-----/

IV- Les effets du travail

19) Auquel(s) de ces problèmes de santé avez-vous déjà fait face ?

-Anxiété /---/

-Stress /---/

-Burn out (sensation d'épuisement émotionnel lié à une fatigue physique et morale) /---/

-Accident d'exposition au sang /---/

-Autres

(précisez).....

20) Pensez vous que votre travail ait des répercussions sur votre vie personnelle ? Oui\ ---\ Non\---\

Si oui, lesquelles.....

21) Que suggérez vous pour l'amélioration de vos conditions de travail ?.....

.....

.....

Merci pour votre disponibilité et votre participation !!!

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine; je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.»

Résumé

Auteur : Managawindin Sandrine Bénédicte KONSIMBO

Titre de la thèse :

L'avis des prestataires de services sur les conditions de travail aux urgences gynéco-obstétricales et viscérales du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Objectif : Recueillir l'avis des prestataires de services sur les conditions de travail aux urgences gynéco-obstétricales et viscérales du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Méthodologie : Etude transversale à visée descriptive réalisée du 30 Avril au 30 Mai 2011 aux urgences gynéco-obstétricales et viscérales du CHU YO. Un questionnaire anonyme de 21 questions a été administré aux prestataires de service des urgences concernées.

Résultats : Au total 232 prestataires ont été interrogés. (65,9%) était de sexe masculin et 34,1% de sexe féminin. Les prestataires de service avaient une ancienneté moyenne de 2,39 ans. Notre étude a révélé que 59% des agents avaient reçu une description de travail de leur poste de travail et 72,80% une répartition des tâches. Les réunions de services étaient suivies par 53,87% des prestataires de service. Au cours des douze derniers mois, 127 agents avaient bénéficié de formations continues. Les horaires de travail ont été jugés satisfaisantes par 51,30% des prestataires ; 47,80% ont été satisfaits de la charge de travail et seulement 30,20% de la gestion des services d'urgences. Les violences verbales ont été la forme de violence au travail la plus fréquente avec 144 victimes soit 62,1% suivie du harcèlement moral avec 64 victimes soit 27,60% et des violences physiques avec 16 victimes soit 5,8%. Les auteurs de violence au travail ont été principalement les accompagnants des malades soit 36%. Les effets négatifs du travail sur la santé ont été perçus par 140 agents soit 60,34% ; le stress était le symptôme le plus observé et a concerné 55,17% des agents. 151 agents soit 65,08% ont affirmé que le travail avait des répercussions sur leur vie personnelle ; l'indisponibilité pour les devoirs familiaux constituait la première plainte.

Mots clés : conditions de travail –prestataires – urgences

Adresse de l'auteur : 05 BP 6272 Ouagadougou 05 Burkina Faso.

Tel : (00226) 78 03 98 00

E-mail : konsimbosandrine@yahoo.fr

ABSTRACT

Author: Managawindin Sandrine Bénédicte Konsimbo

Title of these:

Service providers' opinion about the workings in the obstetric, gynecological and visceral emergency department of the Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Objective: Collect the service provider's opinion about the working conditions at the gynecological, obstetric and visceral emergency department of CHU YO.

Methodology; It has been about a transverse study carried out with a descriptive aim taken place from April 30th to May 30th 2011 in the gynecological obstetric and visceral emergency department of the CHU YO

Result In all, 232 service providers were interviewed. Men were 65, 9% and women were 34, 1%. These service providers have an average of 2, 39 years' service. The workstation has been described to 59% of the service providers; the task repartition to 72, 80%. The staff meetings were taken part by 125 service providers. During the last twelve months, 127 providers received a continuing training. The working hours were considered as satisfying by 51, 30% of the service providers, 47, 80% were content with their task and only 30, 20% were content with the service management. Verbal abuse is the most frequent form of violence with 144 victims (62, 1%). Then we have moral harassment with 64 victims (27, 60%) and 16 victims of violence (5, 8%). The authors of violence at workplace are namely the persons who accompany sick people (36%). The negative effects of the jobs on the health are noticed by 140 service providers (60, 34%). Stress was the most observed symptoms and it concerned 55, 17% of the service providers. The job has some repercussions on the personal life of 65, 08% of the service providers. They are not available for their family duties; this has been the first complaint.

Key words: Working conditions-Service providers-Emergency

Author's address: 05 PO. BOX 6272 Ouagadougou 05 Burkina Faso

Tel: (00226)78 03 98 00

E-mail : konsimbosandrine@yahoo.fr