

## **Les tensions de rôle du personnel infirmier des hôpitaux publics : une étude qualitative exploratoire dans un contexte de réforme hospitalière**

### **Role tensions of nursing staff in public hospitals: an exploratory qualitative study in the context of hospital reform**

**BENIE Joseph**

Enseignant chercheur

Unité de Formation et de Recherche en Gouvernance et Développement Durable

Université de Bondoukou

Laboratoire de Recherche en Gestion des Entreprises (LARGE)

Côte d'Ivoire

**Date de soumission** : 15/06/2025

**Date d'acceptation** : 04/08/2025

**Pour citer cet article** :

BENIE J. (2025) «Les tensions de rôle du personnel infirmier des hôpitaux publics : une étude qualitative exploratoire dans un contexte de réforme hospitalière», Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 8 : Numéro 3 » pp : 970 - 995

**Digital Object Identifier** : <https://doi.org/10.5281/zenodo.16812597>

## Résumé

Les pouvoirs publics ivoiriens réorganisent actuellement leur système hospitalier. Un des faits marquants de la réforme hospitalière est l'évolution du rôle du personnel infirmier, et plus précisément, la médicalisation du métier de l'infirmier et le glissement de ses tâches sur l'aide-soignant. Le but de la présente recherche qualitative est d'explorer l'expérience du personnel infirmier en ce qui concerne les tensions de rôle dans un contexte de réforme hospitalière. Le cadre conceptuel de cette recherche est la théorie des rôles. Les données ont été recueillies auprès de dix (10) infirmiers à travers des entretiens semi-directifs. L'analyse du contenu des entrevues révèle que le personnel infirmier perçoit le conflit de rôle dû aux exigences émises par l'administration hospitalière, les médecins et son équipe de travail. L'ambiguïté de rôle découle d'une part, du transfert des tâches du médecin vers l'infirmier et d'autre part, du glissement des tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant. Quant à la surcharge de rôle, elle provient des tâches supplémentaires du personnel infirmier, se traduisant par la consultation d'un nombre impressionnant de patients, le remplissage des registres de consultation, l'élaboration des rapports d'activités et la supervision de l'équipe de travail constituée d'aides-soignants.

**Mots clés :** Réforme hospitalière, tensions de rôle, personnel infirmier, hôpitaux publics.

## Abstract

The Ivorian public authorities are currently reorganizing their hospital system. One of the highlights of the hospital reform is the evolution of the role of nursing staff, and more specifically, the medicalization of the nursing profession and the shift of their tasks to the nursing assistant. The aim of this qualitative research is to explore the experience of nursing staff with regard to role tensions in a context of hospital reform. The conceptual framework of this research is role theory. Data were collected from ten (10) nurses through semi-structured interviews. Analysis of the content of the interviews reveals that nursing staff perceive role conflict due to the demands made by the hospital administration, doctors and their work team. Role ambiguity arises, on the one hand, from the transfer of tasks from the doctor to the nurse and, on the other hand, from the shift of tasks from the nurse to the nursing assistant. As for role overload, it comes from the additional tasks of the nursing staff, resulting in the consultation of an impressive number of patients, the filling of consultation registers, the preparation of activity reports and the supervision of the work team made up of nursing assistants.

**Keywords :** Hospital reform, role tensions, nursing staff, public hospitals.

## Introduction

La réforme des systèmes de santé, à travers le volet hospitalier, a pour objectif d'induire un changement structurant des modes de fonctionnement et de gouvernance des hôpitaux publics (Document National de la Stratégie de la Réforme Hospitalière en Côte d'Ivoire, 2014). Elle vise à améliorer la performance du système hospitalier (San Martino, 2023). La réforme hospitalière a pour objectifs, entre autres, de renforcer le statut des hôpitaux publics, de renforcer le leadership et le management des gestionnaires et des prestataires des hôpitaux et d'améliorer la qualité de l'offre de services et des soins de santé (Loi n°2019-678 du 23 Juillet 2019 portant réforme hospitalière en Côte d'Ivoire).

Les travaux de recherche portant sur la relation entre les tensions de rôle et la réforme hospitalière font l'objet d'une attention soutenue depuis quelques décennies (Rochette & Ceccato, 2024 ; Benié & Mamboundou, 2024 ; Rivière, 2022). Dans ce contexte, de nouvelles tâches et responsabilités sont attribuées au personnel infirmier (Maillet, et al., 2016).

La réforme hospitalière a pour conséquence l'intensification du travail du personnel infirmier des hôpitaux publics et la modification du rôle de ce personnel soignant (Gesualdi-Fecteau, et al., 2022 ; Achmet & Commeiras, 2019).

Cette recherche s'intéresse aux conséquences de la réforme hospitalière sur le travail du personnel infirmier, acteur majeur des prestations de soins en milieu hospitalier (Djediat, 2018 ; Dasgupta, 2012). A cet effet, il vit une situation contraire à son idéal initial. Cette idée est contraire à ce qu'il se disait lorsqu'il entrait dans cette profession (Rivière, 2014). Cette étude s'intéresse plus particulièrement aux tensions de rôle perçues par le personnel infirmier évoluant dans un contexte hospitalier marqué par un changement organisationnel (Ellioua & Dkhissi, 2024 ; Chênevert, et al., 2019; Cherkaoui, et al., 2012). Les infirmiers représentent une composante du personnel soignant des hôpitaux publics et font partie du personnel paramédical qui réalisent les soins sous la supervision des cadres de santé et des médecins (Makhloufi, 2012 ; Nobre, 1999 ; Mintzberg, 1982). Ce personnel a pour rôle d'administrer des soins aux patients des hôpitaux publics (Lavoie-Tremblay, et al., 2010). Son rôle s'est rapproché de celui du personnel médical (médicalisation de rôle) tout en s'éloignant progressivement de l'administration des soins aux malades (Othman & Nasuridin, 2013). Désormais, le contexte actuel de la réforme hospitalière dans lequel s'inscrit l'hôpital public, place le personnel infirmier dans une hybridation de rôle (rôle médical vs rôle prestation de soins) (Rivière, 2014; Loubet, 2011) potentiellement source de tensions de rôle.

En Côte d'Ivoire, le personnel infirmier représente 55% des soignants des hôpitaux. Ce personnel hospitalier semble subir des facteurs de stress de rôle pouvant conduire à des taux élevés d'épuisement professionnel (Benié, 2025). A notre connaissance, rares sont les travaux de recherche qui se sont penchés sur les tensions de rôle du personnel infirmier dans un contexte de réforme hospitalière. Dès lors, cette situation justifie l'intérêt d'étudier les tensions de rôle perçues par le personnel infirmier des hôpitaux publics dans ce contexte de changements organisationnels.

Le but de cette recherche est de décrire la perception qu'a le personnel infirmier de l'évolution de son rôle ainsi que du rôle du médecin et celui de l'aide-soignant dans un contexte de réforme hospitalière.

Les questions de recherche sont les suivantes :

1. Quelle est la perception du personnel infirmier en ce qui concerne l'évolution de son rôle et celui du médecin ainsi que de l'aide-soignant dans le contexte de la réforme hospitalière ?
2. Quelle est l'expérience du personnel infirmier en ce qui concerne le conflit de rôle ?
3. Quelle est l'expérience du personnel infirmier en ce qui concerne l'ambiguïté de rôle ?
4. Quelle est l'expérience du personnel infirmier en ce qui concerne la surcharge de rôle ?

Afin de mieux cerner ces relations, dans un premier temps, une analyse de la littérature est réalisée en distinguant les trois dimensions des tensions de rôle. Dans un second temps, les résultats d'une étude qualitative exploratoire réalisée à partir d'entretiens semi-directifs auprès du personnel infirmier de trois (3) hôpitaux publics ivoiriens, sont présentés et discutés.

## **1. Revue de littérature**

### **1.1. La théorie des rôles**

La théorie des rôles, développée par Kahn, et al. (1964) est utilisée par différents auteurs au cours de plusieurs années, dont la recherche en science infirmière (Dionne & Rhéaume, 2008). Kahn, et al. (1964) conçoivent cette théorie suite à des études sur le stress vécu par des employés dans diverses structures organisationnelles. Selon cette théorie, un rôle est un ensemble de comportements effectués par une personne occupant une place dans un groupe quelconque. Ce groupe peut être la famille ou les collègues concernés par le comportement de la personne. Le rôle se développe de façon cyclique (Langan, 2003). Ce cycle débute lorsque le rôle est transmis et se termine lorsque le rôle est accompli avec les conséquences qui s'ensuivent.

Les personnes impliquées dans le cycle du rôle sont la « personne-clé », celle qui accomplit le rôle et la « personne-transmetteuse », celle qui transmet un rôle. Selon la théorie, les stressseurs principaux, en ce qui concerne le cycle du rôle, sont le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle. Les conséquences de ces stressseurs sont, en général, une performance inadéquate, de la détresse et de la tension ressentie par la personne-clé (Hardy & Conway, 1988).

Une personne éprouve de l'ambiguïté de rôle lorsqu'elle perçoit un manque d'informations claires et consistantes pour exercer son rôle (Kahn, et al., 1964). A long terme, la personne peut devenir moins efficace dans ses différents rôles.

Le conflit de rôle se retrouve fréquemment dans la profession infirmière. Un conflit dans le rôle est détecté lorsqu'il y a un problème concernant la transmission d'un rôle ou, encore, lorsque la personne-transmetteuse ne considère pas les besoins de la personne-clé. Par exemple, la personne-clé peut vivre une surcharge de rôle si les attentes qui lui sont transmises dépassent ses habilités ou encore lorsqu'elle manque de temps et de ressources pour accomplir ses rôles (Kahn, et al., 1964). Selon Hardy & Conway (1988), le conflit de rôle a généralement les conséquences suivantes : le conflit interne, la tension, l'insatisfaction et la confiance diminuée envers les supérieurs ou l'organisation. De nombreuses recherches sur les effets des tensions de rôle auprès de différentes populations soulignent leurs conséquences négatives sur l'individu et l'organisation. Sur le plan individuel, la tension de rôle augmente le stress (Schaubroeck, et al., 1989) et diminue la satisfaction au travail (Koustelios, et al., 2004 ; Rizzo, et al., 1970). Sur le plan organisationnel, la tension de rôle diminue la performance au travail (Tubre & Collins, 2000) et augmente l'intention de quitter l'emploi (Glazer & Beehr, 2005).

## **1.2. Les tensions de rôle**

### **1.2.1. Définition des tensions de rôle**

Une personne éprouve une tension de rôle lorsqu'elle a l'impression de se trouver dans une situation où il lui est pratiquement impossible de répondre à toutes les attentes de façon satisfaisante tant à ses yeux qu'aux yeux des personnes qui formulent ces attentes (Djabi, et al., 2019 ; Rivière, 2019 ; Katz & Kahn, 1978).

Selon Royal & Brassard (2010), un employé ressent cette tension lorsqu'il est placé devant l'une des situations problématiques suivantes :

- il se sent pressé ou surchargé tant sur le plan professionnel que sur le plan mental ou émotionnel (surcharge de rôle quantitative ou qualitative) ;

- il a l'impression que les attentes formulées à son égard sont conflictuelles (conflit de rôle) ;
- il constate une insuffisance de ressources personnelles pour faire face à ces attentes (incapacité ou insuffisance de rôle) ;
- il estime que les attentes sont floues ou que les attentes qui doivent être formulées ne le sont pas (ambiguïté de rôle).

### 1.2.2. Dimensions des tensions de rôle

Les tensions de rôle présentent plusieurs facettes dont le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle (Rivière, 2018 ; Djabi & Perrot, 2016 ; Rivière, 2014 ; Royal & Brassard, 2010).

- **Conflit de rôle**

Kahn, et al. (1964) et Katz & Kahn (1966) définissent le conflit de rôle comme l'occurrence simultanée d'au moins deux demandes incompatibles relatives au travail demandé.

- **Ambiguïté de rôle**

Kahn, et al. (1964) définissent l'ambiguïté de rôle comme la résultante directe d'un décalage entre l'information disponible et l'information requise pour l'exercice du rôle par la personne focale.

- **Surcharge de rôle**

La notion de surcharge de rôle est avancée lorsque les attentes perçues par la personne focale excèdent le temps (French & Caplan, 1972 ; Barnett & Baruch, 1985 ; Rapoport & Rapoport, 1976) et les ressources (Loubès, 1997) dont elle dispose. La surcharge de rôle quantitative et la surcharge de rôle qualitative sont des types de la surcharge de rôle.

### 1.3. La réforme hospitalière

La réforme hospitalière est souvent source de tensions de rôle parmi les personnels hospitaliers (Rochette & Ceccato, 2024). Ces tensions surviennent lorsque les attentes de rôle sont contradictoires, ambiguës et excessives, entraînant des conflits internes et un stress professionnel pouvant aboutir à l'épuisement professionnel (Benié & Mamboundou, 2024).

La réforme hospitalière instaurée en France depuis les années 1990 a profondément transformé la gouvernance et le fonctionnement des hôpitaux publics. A cet effet, la loi de 2016 a modifié cette gouvernance en instaurant une codirection plus équitable, mais la question du partage de pouvoir reste une source de tensions de rôle (Jacob, 2023).

En Afrique, la réforme hospitalière a pour objectifs de moderniser les systèmes de santé, améliorer la qualité des soins et renforcer la gestion administrative et financière des hôpitaux

publics (Benabdallah & Fliliss, 2022). Le Gabon, le Sénégal et la Côte d'Ivoire ont adopté de nouveaux cadres réglementaires pour clarifier le statut des agents de santé, instaurer de nouvelles catégories d'hôpitaux publics et responsabiliser la gouvernance hospitalière (Aladou, 2025).

La réforme hospitalière accentue les tensions de rôle dans les hôpitaux publics africains en raison de plusieurs facteurs structurels et culturels dont la pénurie et la répartition inégale des personnels hospitaliers, l'absence de clarification des rôles, le stress professionnel et les conditions de travail (Ridde, et al., 2025 ; Benié & Mamboundou, 2024 ; Fusheini, et al., 2017). La réforme hospitalière s'inscrit dans une logique managériale inspirée du « New Public Management » qui combine des injonctions paradoxales, telles que l'exigence simultanée de réduction des coûts et d'amélioration de la qualité de soins (Kirmi B. & Chahouati W. (2019). Cette double contrainte génère chez les agents hospitaliers un sentiment d'inconfort et des tensions dans la gouvernance se manifestant par des conflits de rôle intra-émetteurs et inter-émetteurs (Sabouné, et al., 2024).

La surcharge de rôle empêche souvent le personnel hospitalier de concilier sa mission avec la gestion quotidienne, ce qui affecte les relations interpersonnelles avec ses équipes de travail et nuit à la qualité des prestations de service rendu aux patients (Menudier, 2024). Par ailleurs, ce personnel doit faire un arbitrage entre les exigences de l'administration hospitalière, la dispensation des soins de qualité et le soutien des équipes de travail (Rivière, 2019).

En réorganisant les rôles dans établissements sanitaires, la réforme hospitalière entraîne des tensions de rôle liées à des responsabilités conflictuelles et des attentes contradictoires. Cette situation a un impact sur la santé au travail des personnels hospitaliers et la qualité des soins administrés aux patients (Benié, 2021).

## **2. Méthodologie**

Cette recherche adopte une approche qualitative exploratoire. Les données ont été recueillies au cours d'interviews auprès du personnel infirmier exerçant dans un hôpital public.

### **2.1. Echantillon**

Les participants à cette recherche qualitative sont sélectionnés à partir de l'échantillonnage raisonné. De ce fait, le personnel infirmier a été choisi en fonction de son expérience professionnelle avec les médecins et les aides-soignants et ce, dans les services de pédiatrie, de médecine et de chirurgie de trois (3) hôpitaux publics appartenant à deux (2) districts sanitaires.

L'échantillon se compose de dix (10) infirmiers dont les caractéristiques sont répertoriées dans le tableau N°1.

**Tableau N° 1 : Caractéristiques du personnel infirmier interviewé**

Infirmiers	Age	Service	Lieu de travail	Ancienneté dans le poste	Nombre d'années d'expérience préalables
IDE 1	32	Médecine	HG Marcory	6 ans	8 ans
IDE 2	36	Médecine	HG Treichville	9 ans	12 ans
IDE 3	28	Pédiatrie	HG Treichville	5 ans	5 ans
IDE 4	25	Chirurgie	HG Marcory	2 ans	2 ans
IDE 5	39	Médecine	HG Port-Bouët	11 ans	13 ans
IDE 6	40	Pédiatrie	HG Port-Bouët	10 ans	15 ans
IDE 7	27	Pédiatrie	HG Marcory	3 ans	4 ans
IDE 8	36	Chirurgie	HG Port-Bouët	8 ans	10 ans
IDE 9	31	Médecine	HG Marcory	5 ans	7 ans
IDE 10	24	Chirurgie	HG Treichville	1 an	1 an

Source : Elaboré par l'auteur

Les participants à cette recherche exploratoire ont été enrôlés par le canal des surveillants d'unités de soins (SUS) des hôpitaux publics. Le chercheur a eu une séance de travail avec ces responsables administratifs en vue de leur expliquer la recherche et répondre à leurs différentes préoccupations. Ainsi, les SUS ont transmis un courriel au personnel infirmier remplissant les critères d'inclusion et une note explicative de la recherche. A l'issue du consentement verbal du personnel infirmier aux SUS, le chercheur a obtenu un rendez-vous avec les dix (10) infirmiers dans leurs hôpitaux publics respectifs. Ils ont renseigné un consentement écrit avant de participer à la recherche via le guide d'entretien ci-dessous.

**Tableau N°2 : Guide d'entretien de la recherche qualitative**

Thèmes	Questions
Thème 1 : Coursus et situation actuelle de l'infirmier	1. Quel est votre parcours professionnel ?
	2. Quelle est votre ancienneté en tant qu'infirmier ? Quel est votre âge ? Quel est votre religion ?
	3. Quelles sont les caractéristiques actuelles de la fonction d'infirmier (activités, fonctions, responsabilités) ?
Thème 2 : Satisfaction du métier d'infirmier	1. Quelles sont les satisfactions que vous apporte votre poste (variété de tâches, relations interpersonnelles, relation au soin, intérêt au travail) ?
Thème 3 : Les changements issus de la réforme hospitalière et vécus par les infirmiers	1. Depuis la réforme hospitalière et les restructurations à l'hôpital, quels sont les changements relatifs aux tâches, à l'organisation du travail, à la charge de travail, à l'autonomie et aux responsabilités de l'infirmier ?
Thème 4 : Les tensions de rôle liées aux changements vécus par les infirmiers	1. Avez-vous des attentes incompatibles entre elles (de la part d'un émetteur ou de plusieurs émetteurs, des attentes en contradiction avec vos valeurs) ?
	2. Avez-vous des informations manquantes pour occuper la position dans l'organisation, sur le plan de la performance (incompréhension des standards à atteindre), des procédures ou de la planification ?
	3. Comment estimez-vous votre volume de travail ? Avez-vous des difficultés dans la tâche de travail ?
	4. Avez-vous des incapacités à remplir vos rôles du fait d'une insuffisance de compétences, d'informations, d'autorité ou de moyens techniques ?

Source : Elaboré par l'auteur

La durée des entrevues est comprise entre 45 et 60 minutes et ont fait l'objet d'enregistrement avec l'approbation des participants.

## **2.2. Collecte des données**

Les questions d'entrevue sont inspirées d'une réflexion suivant la recension des travaux sur le changement organisationnel en milieu hospitalier, le rôle du personnel infirmier et le concept des tensions de rôle (conflit de rôle, ambiguïté de rôle et surcharge de rôle). Les thèmes principaux des questions touchent la perception du rôle du personnel infirmier et du rôle du médecin et celui de l'aide-soignant, tout en passant en revue les changements organisationnels issus de la réforme hospitalière. Un questionnaire sociodémographique a été utilisé pour recueillir des données telles que l'âge, la formation, le parcours professionnel, le nombre d'années d'expérience en soins infirmiers ainsi que le nombre d'années travaillées avec les médecins et les aides-soignants.

## **2.3. Analyse des données**

Après la transcription intégrale des entrevues, les données furent analysées en s'inspirant de la méthode de Lincoln & Guba (1985). En premier lieu, la transcription des entrevues a été fractionnée en unités résumant une idée principale. Ces unités peuvent prendre la forme d'un mot ou d'une phrase et sont à la base de l'élaboration des catégories. La formation de catégories s'est faite à partir de l'assemblage des unités en catégories provisoires. L'utilisation de la méthode d'analyse comparative constante de données permet de comparer constamment les données pour redéfinir les unités ainsi que pour développer et raffiner les catégories. Les nouvelles unités de données sont continuellement comparées avec les unités de données identifiées antérieurement. Le processus se répète jusqu'à ce que toutes les unités soient classées sans avoir à recourir à la création de nouvelles catégories. En dernier lieu, le chercheur compare les catégories afin d'identifier des modèles et des relations entre les différentes catégories (Dionne & Rhéaume, 2008).

## **3. Résultats**

Six (6) principaux thèmes ressortent de l'analyse du contenu des interviews. Il s'agit de : l'évolution du rôle du personnel infirmier, le transfert des tâches du médecin vers l'infirmier, le glissement des tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant, le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle. Seules les différentes dimensions des tensions de rôle, que sont le

conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle, feront l'objet de discussion dans le cadre de cette recherche.

### 3.1. Le conflit de rôle

Les infirmiers interrogés affirment qu'ils sont dans l'obligation de répondre aux injonctions contradictoires de la direction de l'hôpital (exigence de la qualité des soins administrés aux patients contrairement au faible niveau du plateau technique). Les ressources humaines et matérielles fournies par l'administration de l'hôpital ne sont pas toujours en adéquation avec les objectifs financiers fixés dans le plan d'actions annuel de l'hôpital et les exigences de la qualité de prise en charge des malades. Cette situation est due à la restriction budgétaire dont l'hôpital public fait l'objet depuis ces dernières années. Les équipes de soins infirmiers ont une charge de travail importante avec un effectif réduit. Cela engendre des conflits de rôle chez le personnel infirmier qui a en charge la dispensation des soins.

Des infirmiers affirment à ce sujet :

« *Ma relation avec les malades est nécessaire, il y a tant de personnes qui souffrent. Dommage que la direction n'a pas les mêmes objectifs que nous le personnel infirmier* » (IDE 2).

« *On nous demande de faire des soins de qualité mais on ne nous donne pas toujours les moyens nécessaires qu'il faut* » (IDE 10).

« *On fait le même travail avec un nombre réduit d'aides-soignants* » (IDE 4).

« *La direction de l'hôpital nous fixe des objectifs. Les moyens d'y arriver ne sont pas mis à notre disposition* » (IDE 7).

« *Le matériel mis à notre possession ne relève pas du niveau du plateau technique de l'hôpital. Malgré cela nous devons faire face aux exigences de la direction* » (IDE 6).

L'infirmier occupe une place importante au sein de l'hôpital public du fait de sa position frontalière entre le surveillant d'unités de soins, le médecin, ses collègues et les aides-soignants. Il lui est parfois difficile de répondre aux exigences du médecin et celles de son équipe de travail. Ces différents émetteurs ont des attentes contradictoires. Cette situation a pour conséquence le conflit de rôle chez le personnel infirmier. Par exemple, lorsque le médecin délègue la consultation des malades à l'infirmier, ce dernier est obligé de satisfaire les besoins du médecin au mépris de la supervision des soins de base effectués par l'aide-soignant. En outre, pour renforcer son équipe de travail, l'infirmier est souvent contraint de réduire ses jours de repos et ceux de ses collaborateurs. En revanche, il doit aussi tenir compte de leurs attentes afin de les impliquer au travail.

Comme l'expliquent des infirmiers :

« *Mes collaborateurs me reprochent de ne pas passer assez de temps en soutien à l'équipe au profit de mon rôle délégué* » (IDE 5).

« *Le nombre d'aides-soignants n'est pas suffisant. On est obligé de sacrifier leurs jours de récupération et les nôtres* » (IDE 3).

« *A cause de la consultation des malades, on n'a pas toujours le temps de suivre le travail des aides-soignants* » (IDE 1).

Les infirmiers interrogés ont choisi ce métier pour son aspect interpersonnel et sa relation avec le soin. En outre, ils l'ont fait par vocation. Il leur paraît difficile de privilégier les aspects budgétaires au détriment de la qualité de service et de la prise en charge des malades. Dans ce contexte de réforme hospitalière prônant l'efficacité et l'efficience de l'hôpital public, cette logique de rentabilité et ces comportements opportunistes leur semblent inadmissibles. Ces différentes situations ne sont pas en phase avec leurs valeurs et leurs idéaux.

Des infirmiers précisent :

« *J'ai fait le choix du métier d'infirmier par vocation* » (IDE 8).

« *Mon métier est noble. Le métier d'infirmier a toujours eu une place importante dans l'histoire* » (IDE 5).

« *Pour moi, le plus important ce sont mes malades que je dois bien soigner* » (IDE 10).

« *Parler d'argent dans notre hôpital est contraire à mes valeurs* » (IDE 2).

### 3.2. L'ambiguïté de rôle

Selon les entretiens réalisés, les infirmiers vivent une certaine ambiguïté dans leur rôle et dans leurs relations avec les médecins et les aides-soignants. Cette réalité s'explique, notamment par la « médicalisation » du métier d'infirmier et le glissement des tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant. L'ambiguïté de rôle perçue par les infirmiers est liée à l'évolution de leur métier suite à la réforme hospitalière dans les hôpitaux publics. Le rôle de l'infirmier évolue et ce rôle s'éloigne progressivement du métier de soignant. Il ne correspond plus véritablement à l'image que l'infirmier avait en début de carrière. Cette situation crée un sentiment d'incertitude et un manque d'assurance sur le devenir de la profession infirmière dans l'établissement hospitalier. Il y a des situations où l'infirmier doit réaliser des tâches pour lesquelles il n'a pas reçu de formation initiale (diagnostic des pathologies médicales et réalisation de certains actes médico-chirurgicaux).

Comme l'expliquent ces infirmiers :

« *Les médecins ne sont pas toujours disponibles pour la consultation des patients* » (IDE 7).

« *Malgré le fait que les médecins nous délèguent la consultation des malades. Ils ne sont pas certains de nos compétences en terme de diagnostic de certaines maladies* » (IDE 3).

« *Nous ne sommes pas sûrs que les aides-soignants sont en mesure de faire les pansements complexes, l'administration d'injections de tranquillisants* » (IDE 4).

« *Je ne suis pas rassuré par le niveau de connaissances des aides-soignants. Ils ne sont pas capables de comprendre le risque d'oublier d'utiliser un médicament dans certaines situations* » (IDE 5).

« *La manière dont les soins sont prodigués aux malades nous préoccupe beaucoup. Je ne suis pas toujours satisfait de la qualité des soins réalisés par les aides-soignants* » (IDE 9).

« *J'avoue que je ne connais pas l'étendue de la formation des aides-soignants. Je ne suis pas certain que les aides-soignants ont des compétences pour réaliser certains soins plus complexes* » (IDE 7).

« *Les aides-soignants ne connaissent pas suffisamment notre rôle. Les changements organisationnels risquent de provoquer encore plus de confusion entre nos rôles et ceux des aides-soignants* » (IDE 1).

### 3.3. La surcharge de rôle

L'infirmier se sent trop sollicité lorsque ses rôles sont exercés dans des situations complexes qui exigent un investissement cognitif et émotif élevé.

Comme le témoignent des infirmiers :

« *Dans mon travail quotidien, je suis beaucoup sollicité sur le plan émotionnel. Je rentre à la maison épuisé et vidé* » (IDE 6).

« *Je suis fortement sollicité par les médecins mais aussi par le surveillant d'unités de soins. Quand je suis surchargé, j'ai mal à la tête* » (IDE 4).

« *Nous sommes confrontés aux souffrances des malades. Ce n'est pas toujours facile* » (IDE 8).

« *Nous assistons impuissants à la mort de certains de nos malades* » (IDE 5).

L'infirmier éprouve le sentiment qu'il ne dispose pas de temps suffisant pour répondre à l'ensemble des attentes qui lui sont formulées, de sorte qu'il n'arrive pas à assumer tous ses rôles.

La « médicalisation » du métier d'infirmier a des conséquences sur sa charge de travail. En effet, l'infirmier passe la plus grande partie de son temps de travail à effectuer des tâches médicales et administratives. Ces tâches l'éloignent progressivement de son métier de soignant.

Durant sa journée de travail, l'infirmier passe un nombre important d'heures à réaliser la consultation des malades. Aussi, l'infirmier est un acteur incontournable au sein des différents services hospitaliers à cause de ses responsabilités (réalisation des soins complexes aux malades et des soins de base relevant de l'aide-soignant). Son activité se résume en général à faire face à une multitude de demandes d'origines diverses (administration de l'hôpital, personnel médical, personnel infirmier, IDE stagiaires, aides-soignants, AS stagiaires et malades) qui surchargent son travail journalier. De plus, le flux important de malades augmente sa charge de travail.

Des infirmiers affirment à ce sujet :

*« Quand un collègue ou un aide-soignant m'informe qu'il ne peut pas faire la garde, je suis obligé de renforcer l'effectif de garde » (IDE 5).*

*« Je passe un nombre important d'heures à consulter les malades. Le flux de patients est important. Je suis quelques fois en difficulté par rapport à la charge de travail » (IDE 7).*

*« Le travail est tellement important. On a beaucoup de choses à faire. On fait toujours plus d'heures que prévu » (IDE 2).*

*« Souvent, je n'ai pas assez de temps pour réaliser mes rapports mensuels de consultations et de soins infirmiers » (IDE 10).*

*« J'ai une charge de travail importante. Je prends énormément de temps pour assister les aides-soignants dans leurs tâches quotidiennes » (IDE 3).*

### **3.4. Le transfert des tâches du médecin vers l'infirmier**

Dans le contexte de la réforme hospitalière, un nouveau rôle est attribué au médecin dans les hôpitaux publics (Benallah & Domin, 2017). Le médecin se voit assigner de nouvelles fonctions managériales, entraînant la « managérialisation » du métier de médecin (Rivière, 2014). En effet, le médecin est désormais absorbé par son rôle administratif au détriment de la prise en charge des patients (Lasebikan & Oyetunde, 2012).

Ainsi, le médecin tend à s'éloigner progressivement de son métier pour se rapprocher de celui de gestionnaire des services hospitaliers. C'est dans ce cadre que les tâches relevant des prérogatives du médecin sont transférées au personnel infirmier. Dès lors, c'est le personnel infirmier qui consulte et soigne les malades dans les hôpitaux publics (Agonhossou & Godonou, 2011). Cet agent assume désormais des responsabilités supplémentaires (Othman & Nasuridin, 2013) et s'occupe en permanence d'un plus grand nombre de patients (Chênevert, et al., 2019 ; Lavoie-Tremblay, et al., 2010).

Dans le cadre de son rôle médico-délégué, il existe des situations où l'infirmier doit réaliser des tâches pour lesquelles il n'a pas reçu de formations (diagnostic des pathologies médicales et réalisation de certains actes médico-chirurgicaux) et ce, sur la supervision du personnel médical.

Cette situation est à l'origine des tensions de rôle vécues par le personnel infirmier dans les hôpitaux publics.

Comme l'attestent des infirmiers :

« *Ce que je faisais souvent est devenu ma responsabilité sans revalorisation* » (IDE 9).

« *La réforme hospitalière nous donne plus de responsabilités. On n'a pas tout pour faire le travail* » (IDE 10).

« *Souvent on est hésitant lorsqu'un cas urgent se présente à nous. On a peur de faire des erreurs* » (IDE 8).

« *Les gens croient que nous sommes des médecins. Alors que nous on n'a pas fait la même formation* » (IDE 2).

« *C'est nous qui consultons les patients et prescrivons les médicaments alors que ce n'est pas notre rôle* » (IDE 5).

« *Les médecins ne sont pas toujours là. C'est à nous de décider en cas de problème* » (IDE 6).

### **3.5. Le glissement des tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant**

Le personnel infirmier accomplit les soins les plus complexes tandis que les aides-soignants effectuent les soins relativement simples. La répartition du travail entre le personnel infirmier et les aides-soignants existe depuis longtemps. A cet effet, le personnel infirmier exprime sa satisfaction par rapport à cette collaboration.

Dans le cadre du glissement de tâches, le personnel infirmier arrive à cerner les limites et l'étendue des différentes tâches à déléguer aux aides-soignants dans les hôpitaux publics. Mais, ce personnel n'est pas toujours rassuré du niveau de connaissances et de compétences des aides-soignants. C'est le cas de certaines tâches que le personnel infirmier a du mal à transférer aux aides-soignants. Il peut s'agir par exemple de l'administration de médicaments et d'injections de certaines molécules comme les antipaludiques sous forme sodique et les substances vénéneuses. En outre, les soins aux patients dans les services de chirurgie et d'urgences médicales sont difficilement imputables aux aides-soignants. En effet, ce personnel n'a pas nécessairement les connaissances pour comprendre la pertinence d'omettre un médicament dans certaines situations (Dionne & Rhéaume, 2008).

Des infirmiers affirment à ce sujet :

*« Lorsque nous confions du travail aux aides-soignants, ça nous permet de nous concentrer sur les soins difficiles » (IDE 10).*

*« Travailler avec les aides-soignants, ça permet de gérer la charge de travail. Mais il faut veiller à la qualité des soins réalisés » (IDE 4).*

*« Aussi nous devons regarder de près ce qu'ils font quand ils ont beaucoup à faire. C'est bien pour la sécurité de nos patients » (IDE 8).*

*« Certaines de nos tâches que nous faisons habituellement sont données aux aides-soignants. Ça modifie notre rôle » (IDE 6).*

*« Souvent on laisse notre travail à l'aide-soignant. Ça peut nous échapper entre les mains » (IDE 9).*

De ce fait, il existe très souvent des hésitations de la part du personnel infirmier quant à la délégation de certaines tâches aux aides-soignants. Néanmoins, certaines peuvent faire l'objet de glissement vers l'aide-soignant. Il peut s'agir par exemple de pansements simples non suppurants, mais cela s'effectue sous la supervision du personnel infirmier.

Il arrive des périodes où le personnel infirmier est fortement occupé par des tâches administratives, le rendant indisponible pour la dispensation des soins. Dans ces circonstances, les actes relevant de la compétence de l'infirmier sont pratiqués par l'aide-soignant, avec l'accord du médecin-chef de service, car lié à une nécessité de service (Buchet-Molfessis, 2008).

### **3.6. L'évolution du rôle du personnel infirmier**

Les résultats de l'étude qualitative exploratoire révèlent une « médicalisation » du rôle du personnel infirmier. En effet, l'infirmier tend à s'éloigner progressivement du métier de soignant pour se rapprocher de celui du médecin. Autrefois tournés uniquement vers l'administration des soins (rôle propre), l'infirmier devient progressivement un réel « paramédical » au sein des différents services hospitaliers (rôle médico-délégué). De plus, de nouvelles tâches administratives lui sont attribuées (remplissage des registres de consultation et élaboration des rapports mensuels d'activités). A cela s'ajoute le transfert de certaines activités de soins infirmiers aux aides-soignants (délégation ou glissement des tâches aux aides-soignants et supervision des tâches réalisées par les aides-soignants), l'intensification et la complexification du travail (réalisation des gardes 24h/24 et des heures supplémentaires et

complémentaires) et l'excès de responsabilités de l'infirmier (tâches sans rapport avec le travail infirmier, soins de base et travail en équipe avec les aides-soignants).

Des infirmiers expriment cette réalité :

« *Nous sommes le véritable prolongement du corps médical* » (IDE 3).

« *Nous passons la plus grande partie de notre temps de travail à consulter les malades. Alors qu'avant c'était les médecins qui faisaient ça eux seuls* » (IDE 7).

« *Aussi nous nous adonnons à certaines tâches administratives. C'est nous qui renseignons les registres de consultations des malades. A la fin du mois, c'est nous qui faisons les rapports d'activités* » (IDE 1).

« *Certaines de nos tâches sont données aux aides-soignants. On est obligé de les assister car on n'est pas trop sûrs de leurs compétences. Même de ce qu'ils donnent comme soins aux malades* » (IDE 10).

« *Souvent on laisse notre travail pour faire ce que l'aide-soignant doit faire en principe. Pour que le travail avance, on doit forcément travailler avec eux* » (IDE 4).

Les résultats de l'étude qualitative confirment que la réforme hospitalière a de réelles conséquences sur l'évolution du rôle du personnel infirmier. Cette situation engendre des tensions de rôle chez cet agent de l'hôpital public. Il est désormais à cheval entre les activités médico-administratives et les activités de soins. Par ailleurs, l'infirmier occupe une position frontalière. Il est à l'interface entre la direction de l'hôpital, les médecins, le surveillant d'unités de soins et les aides-soignants. Cette position est source de conflits au regard des attentes de chacune des différentes parties.

Des infirmiers confirment à ce sujet :

« *Je suis à l'interface entre les médecins et les aides-soignants* » (IDE 5).

« *J'ai sous ma responsabilité des aides-soignants. J'ai la responsabilité de gérer le matériel de soins* » (IDE 7).

« *En plus, il faut que je me préoccupe des ordres de l'administration et des médecins* » (IDE 8).

#### 4. Discussion

Les résultats de cette recherche révèlent que le personnel infirmier vit les tensions de rôle, dont les différentes facettes identifiées dans son travail quotidien sont le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle.

Le conflit de rôle provient des responsabilités supplémentaires du personnel infirmier, du transfert des tâches du médecin vers le personnel infirmier et du travail en équipe avec les aides-soignants (glissement des tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant).

Des études antérieures révèlent que le personnel infirmier a vécu le conflit de rôle relié aux responsabilités supplémentaires suite à la réforme hospitalière (Chênevert, et al., 2019 ; Othman & Nasuridin, 2013). Ces responsabilités supplémentaires concernent certaines tâches administratives (remplissage des registres de consultation et élaboration des rapports mensuels d'activités).

Le personnel infirmier de cette recherche perçoit le conflit de rôle dû au transfert des tâches du personnel médical. Couplée à une position frontalière, propre au métier de l'infirmier, cette « médicalisation » favorise des situations conflictuelles de tensions de rôle (Chênevert, et al., 2019). Ainsi, c'est le personnel infirmier qui consulte et soigne les malades dans les hôpitaux publics (Agonhossou & Godonou, 2011) et s'occupe en permanence d'un plus grand nombre de patients (Lavoie-Tremblay, et al., 2010).

Il existe des situations où l'infirmier doit réaliser des tâches pour lesquelles il n'a pas reçu de formation initiale (diagnostic des pathologies médicales et certains actes médico-chirurgicaux) (Picot, 2005).

Dans ces situations, le personnel infirmier est tiraillé entre son rôle (dispensation des soins aux patients) et son rôle médico-délégué (exécution des injonctions et prescription du médecin) et peut mettre en mal sa collaboration avec les aides-soignants (Loubet, 2011).

Le travail en équipe avec les aides-soignants génère chez le personnel infirmier le conflit de rôle. Cette situation conflictuelle est due à une ambiguïté de rôle et une surcharge de travail. Ainsi, ce personnel hospitalier doit dispenser des soins complexes, superviser les aides-soignants et réaliser des prestations qui dépassent son périmètre d'intervention (Dionne & Rhéaume, 2008).

L'ambiguïté de rôle découle de deux situations : le transfert des tâches du médecin vers le personnel infirmier et le glissement des tâches du personnel infirmier vers l'aide-soignant.

Le transfert des tâches du médecin vers le personnel infirmier résulte de la « managérialisation » du métier de médecin (Rivière, 2014). Cette situation est la conséquence de la réforme hospitalière. Dans ce contexte, de nouveaux rôles sont attribués aux médecins et au personnel infirmier des hôpitaux publics (Benallah & Domin, 2017). L'ambiguïté de rôle perçue par les infirmiers est liée à l'évolution de leur métier suite à la réforme hospitalière dans

les hôpitaux publics. Le métier du personnel infirmier a beaucoup évolué avec les changements organisationnels et structurels qu'a vécu l'hôpital public (Benié & Mamboundou, 2024).

Le rôle de l'infirmier évolue et ce rôle s'éloigne progressivement du métier de soignant pour se rapprocher de celui du personnel médical. Il s'agit de la « médicalisation » du métier d'infirmier (Benié, 2021). A cet effet, ce personnel s'est vu attribuer des tâches médico-administratives sous des contraintes économiques de plus en plus fortes au détriment de ses activités de soins (Benallah & Domin, 2017 ; Loubet, 2011). Il ne correspond plus véritablement à l'image que l'infirmier avait en début de carrière. Cette situation crée un sentiment d'incertitude et un manque d'assurance sur le devenir de la profession infirmière dans l'établissement hospitalier. Il y a des situations où l'infirmier doit réaliser des tâches pour lesquelles il n'a pas reçu de formation initiale (consultation de patients et diagnostic des pathologies médicales et réalisation de certains actes médico-chirurgicaux).

En effet, les médecins sont désormais absorbés par leur rôle administratif, entraînant la « managérialisation » du métier de médecin (Rivière, 2014) et ce, au détriment de la prise en charge des patients (Lasebikan & Oyetunde, 2012). Ainsi, c'est le personnel infirmier qui consulte et soigne les malades dans les hôpitaux publics (Agonhossou & Godonou, 2011). Le personnel infirmier assume désormais des responsabilités supplémentaires (Othman & Nasuridin, 2013) et s'occupe en permanence d'un plus grand nombre de patients (Chênevert, et al., 2019 ; Lavoie-Tremblay, et al., 2010). En conséquence, le personnel infirmier tend à s'éloigner progressivement du métier de soignant pour se rapprocher de celui du médecin : il s'agit de l'hybridation de rôle (Sibé, et al., 2024).

Dans le cadre du transfert de tâches du médecin vers l'infirmier, il existe un partage de responsabilité dans le processus d'administration de soins aux patients (Said Habibi, 2017).

Quant au glissement des tâches du personnel infirmier vers l'aide-soignant, il résulte de la « médicalisation » du métier d'infirmier (Benié, 2021). Cette situation est l'une des conséquences de la réforme hospitalière. Dans ce contexte, de nouveaux rôles sont attribués au personnel infirmier des hôpitaux publics (Benallah & Domin, 2017).

Ainsi, le personnel infirmier consulte et soigne les malades dans les hôpitaux publics (Agonhossou & Godonou, 2011). Il assume désormais des responsabilités supplémentaires (Othman & Nasuridin, 2013) et s'occupe en permanence d'un plus grand nombre de patients (Chênevert, et al., 2019 ; Lavoie-Tremblay, et al., 2010).

Ces dépassements de fonction rendent par conséquent l'infirmier indisponible à certains moments. Ainsi, les actes relevant de la compétence de l'infirmier sont pratiqués régulièrement

par l'aide-soignant, avec l'accord voire l'exigence du médecin chef de service, car liés à une nécessité de service (Buchet-Molfessis, 2008).

Dans la littérature, il est rapporté que les raisons des glissements de tâches peuvent être conjoncturelles (notion d'urgence, manque de personnel, surcharge de travail), structurelles (pénurie de personnel, habitude relationnelle, hiérarchisation informelle) et liées aux stratégies des acteurs (recherche de valorisation, relations de confiance).

Dans ces cas, les actes confiés à l'aide-soignant ne fait pas référence à la législation, mais principalement au bon sens pratique. Dès lors, le glissement de tâches soulève donc le problème de la responsabilité (Buchet-Molfessis, 2008).

Dans le cadre de la réforme hospitalière, la surcharge de rôle du personnel infirmier se traduit par une intensification du travail due à l'évolution de son rôle. Elle entraîne une hybridation du rôle du personnel infirmier (rôle propre et rôle médico-délégué ou prescrit) (Benié & Mamboundou, 2024). Cette situation est exacerbée par le transfert de tâches du médecin vers l'infirmier et le glissement de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant (Said Habibi, 2017; Buchet-Molfessis, 2008).

La réforme hospitalière confère de nouvelles fonctions managériales au médecin. A cet effet, il est désormais absorbé par son rôle administratif au détriment de la prise en charge des patients (Lasebikan & Oyetunde, 2012). Ainsi, c'est le personnel infirmier qui consulte et soigne les malades dans les hôpitaux publics (Agonhossou & Godonou, 2011). Ce personnel assume désormais des responsabilités supplémentaires (Othman & Nasuridin, 2013) et s'occupe en permanence d'un plus grand nombre de patients (Chênevert, et al., 2019 ; Lavoie-Tremblay, et al., 2010). Par ailleurs, il se voit attribuer des tâches médico-administratives sous des contraintes économiques de plus en plus fortes au détriment de ses activités de soins (Benallah & Domin, 2017 ; Loubet, 2011). Cet état de fait est à l'origine de la surcharge de rôle vécue par le personnel infirmier des hôpitaux publics. En outre, les infirmiers dissimulent l'absence des médecins, créant ainsi une tension supplémentaire pour eux dans les services hospitaliers (Lasebikan & Oyetunde, 2012).

Il y a des situations où l'infirmier doit réaliser des tâches pour lesquelles il n'a pas reçu de formation initiale (consultation de patients et diagnostic des pathologies médicales et réalisation de certains actes médico-chirurgicaux).

La surcharge de rôle du personnel infirmier peut être due au remplacement des collègues absents pour des raisons diverses (Berthe, et al., 2021). Cet agent hospitalier peut assumer le travail qui devrait être réalisé par les aides-soignants. A cet effet, la supervision des aides-

soignants engendre des responsabilités supplémentaires pour le personnel infirmier (Dionne & Rhéaume, 2008).

Les résultats de cette recherche donnent plusieurs pistes. Premièrement, il serait primordial qu'il y ait plus de communication entre le personnel infirmier, les médecins et les aides-soignants afin d'obtenir une compréhension exhaustive des rôles de chacun.

Deuxièmement, concernant le conflit de rôle, nous suggérons aux managers hospitaliers d'examiner les conditions de faisabilité des exigences de qualité et de quantité dans la production de soins vis-à-vis du personnel infirmier. A cet effet, ils peuvent mettre en place un comité de réflexion et de suivi-évaluation qui fera régulièrement le point sur les objectifs fixés et les moyens alloués pour les atteindre. Les moyens matériels et humains concernent respectivement la mise à niveau des plateaux techniques des hôpitaux publics et le renforcement de l'effectif des infirmiers et des aides-soignants.

Troisièmement, en ce qui concerne l'ambiguïté de rôle, elle est relative aux tâches et aux missions du personnel infirmier. A ce niveau, les managers hospitaliers doivent clarifier le rôle et les différentes missions confiées aux infirmiers. Cela passe par l'élaboration d'une fiche de poste consensuelle de l'infirmier en indiquant clairement ses tâches et ses missions. Au regard de l'évolution du métier de l'infirmier, les gestionnaires peuvent régulièrement faire une évaluation des tâches et des missions du personnel infirmier pour les aligner aux objectifs et aux missions futures des hôpitaux publics dans le cadre de la réforme hospitalière.

Quatrièmement, au sujet de la surcharge de rôle, elle est liée à l'intensification du travail des infirmiers. Nous préconisons aux managers des hôpitaux publics de réduire le nombre d'heures de travail hebdomadaire du personnel infirmier. Les actions à mener à cet effet consistent à allouer et organiser les infirmiers dans les services de soins. Par ailleurs, ils doivent améliorer les conditions de travail et veiller au respect et à l'application des missions du personnel infirmier définies dans leur nouvelle fiche de poste.

Finalement, les managers hospitaliers doivent faire un plaidoyer auprès des autorités de tutelle en vue d'élaborer un programme de formation adapté au nouveau rôle du personnel infirmier et tenir compte de l'évolution de leur métier. Entre outre, les pratiques de collaboration et de délégation de tâches doivent faire partie des modules de formation.

Cette recherche peut servir de porte d'entrée pour plusieurs travaux futurs. Etant donné la rareté de travaux qui explorent les tensions de rôle chez le personnel infirmier travaillant en équipe avec les médecins et les aides-soignants, cette recherche peut être répliquée à plus grande

échelle. En outre, il peut être intéressant de répliquer cette recherche avec les médecins et les aides-soignants pour comprendre leurs vécus. En plus, il peut être pertinent d'évaluer les effets de la réforme hospitalière et son influence sur le personnel infirmier des hôpitaux en se référant à la théorie des rôles. Cette théorie permet de clarifier les dimensions des tensions de rôle (conflit de rôle, ambiguïté de rôle et surcharge de rôle), de mieux appréhender le vécu des personnes et de déployer des stratégies d'ajustement pour se maintenir dans les situations de changement organisationnel comme la réforme hospitalière.

### **Conclusion**

Cette recherche avait pour objectif d'analyser la perception que le personnel infirmier a de son rôle et du rôle du médecin et celui de l'aide-soignant, tout en explorant le concept des tensions de rôle à travers ses dimensions conflit de rôle, ambiguïté de rôle et surcharge de rôle.

Les résultats de cette recherche indiquent que le personnel infirmier perçoit le conflit de rôle découlant de ses responsabilités supplémentaires que constituent les tâches transférées par le médecin à cet agent hospitalier et la supervision du travail d'équipe avec les aides-soignants et ce, dans le cadre du glissement de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant.

Les résultats de cette recherche permettent aussi de comprendre que le personnel infirmier vit de l'ambiguïté de rôle par rapport au rôle du médecin et celui de l'aide-soignant. Cette situation est due à la médicalisation du métier du personnel infirmier résultant des changements organisationnels suite à la mise en œuvre de la réforme hospitalière. Dans ce contexte, de nouveaux rôles ont été attribués au personnel infirmier ainsi qu'au médecin dans le cadre de la managérialisation de son métier. Les résultats révèlent enfin que le personnel infirmier de cette recherche perçoit la surcharge de rôle qui se traduit par une intensification du travail due à l'évolution de son rôle. La réforme hospitalière a entraîné une hybridation du rôle du personnel infirmier (rôle propre et rôle médico-délégué ou prescrit). Cette situation est exacerbée par le transfert de tâches du médecin vers l'infirmier et le glissement de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant. Ainsi, c'est le personnel infirmier qui consulte et soigne les malades dans les hôpitaux publics. Ce personnel assume désormais des responsabilités supplémentaires et s'occupe en permanence d'un plus grand nombre de patients. Par ailleurs, il se voit attribuer des tâches médico-administratives sous des contraintes économiques de plus en plus fortes au détriment de ses activités de soins. Cet état de fait est à l'origine de la surcharge de rôle vécue par le personnel infirmier des hôpitaux publics.

Les limites de cette recherche sont d'ordre méthodologique. Premièrement, la sélection des participants à cette recherche à partir d'un échantillonnage raisonné peut constituer une limite. Ainsi, cette méthode ne permet pas à chaque membre de la population infirmière d'avoir une chance égale d'être sélectionné. En outre, cela peut poser un problème de validité externe qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. Il se pourrait que certains infirmiers aient accepté de participer à cette étude dans l'optique de partager leurs expériences vécues avec les médecins et les aides-soignants. Deuxièmement, le fait que la recherche s'est déroulé dans trois (3) hôpitaux publics peut constituer une limite pour les résultats obtenus. Car les médecins et les aides-soignants peuvent avoir des rôles différents dans les autres hôpitaux publics ivoiriens.

## BIBLIOGRAPHIE

Achmet, V. & Commeiras, N. (2019). Restrictions budgétaires et gestion de l'absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : Quelles conséquences ? : *Gestion 2000*, Volume 35(6), 119-148. <https://doi.org/10.3917/g2000.356.0119>.

Agonhossou D. K. & Godonou C. K. (2011), Implication organisationnelle et performance au travail chez les infirmières et infirmiers diplômés d'Etat au Bénin, *Management et Avenir*, vol. 10, N° 50, pp. 105-121.

Aladou B.I. (2025), L'efficacité des politiques de santé sur la qualité des soins dans les pays en développement, *Journal of Business and Technologies*, Vol. 1, N° 4, pp. 1-5.

Barnett R.C. & Baruch G.K. (1985), Women's involvement in multiple roles and psychological distress, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 49, pp. 135-145.

Benabdallah A. & Fliliss A. (2022), Perspectives de réformes des modes de financement des hôpitaux au Maroc, *Revue Internationale du Chercheur*, Vol. 3, N° 2, pp. 757-776.

Benallah S. & Domin J. P. (2017), Réformes de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?, *La revue de l'Ires*, n° 91-92, pp. 155-183.

Benié J. (2021), *Tensions de rôle et épuisement professionnel du personnel infirmier des hôpitaux publics : le rôle modérateur du soutien des collègues*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Alassane Ouattara.

Benié J. (2025), Les déterminants de l'épuisement professionnel du personnel infirmier des hôpitaux publics, *Revue Internationale de la Recherche Scientifique et de l'Innovation*, Vol. 3, N°4, pp. 895-911.

Benié J. & Mamboundou J.P. (2024), Tensions de rôle et épuisement professionnel du personnel infirmier des hôpitaux publics : l'effet modérateur du soutien des collègues, *Revue Internationale des Sciences de Gestion*, Vol. 7, N° 4, pp. 413-443.

Berthe B., Dedessus-Le-Moustier N. & Dumas M. (2021), Le présentéisme du personnel soignant et son traitement par le droit, *Revue Française des Affaires Sociales*, N°2, pp. 215-236.

Brunel O. & Grima F. (2010), Faire face au conflit travail/école : analyse des stratégies d'ajustement, *Management*, Vol. 13, n° 3, pp. 172-204.

Buchet-Molfessis C. (2008), Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés, *Recherche en Soins Infirmiers*, Vol. 1, N° 92, pp. 68-94.

Chênevert D., Kilroy S. & Bosak J. (2019), The role of change readiness and colleague support in the role stressors and withdrawal behaviors relationship among health care employee, *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 32, N° 2.

Cherkaoui W., Montargot N., Peretti J-M. & Yanat Z. (2012), Stress et épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel : le cas de l'hôpital DS au Maroc, *Humanisme et Entreprise*, Vol. 5, N° 310, pp. 21-40.

Commeiras N., Loubès A. & Fournier C. (2009), Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon, *Management international*, vol. 13, n° 4, pp. 73-89.

Dasgupta, P. (2012). Effect of role ambiguity, conflict and overload in private hospitals' nurses' Burnout and mediation through self-efficacy, *Journal of Health Management*, Vol. 14, N°4, pp. 513-534. <https://doi.org/10.1177/0972063412468980>.

Dionne S. & Rhéaume A. (2008), L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick, *Revue de l'Université de Moncton*, Vol. 391, N° 2, pp. 199-223.

Djabi M. & Perrot S. (2016), Tensions de rôle : proposition d'une grille d'analyse, *Management International*, Vol. 21, N° 1, pp. 140-148.

Djabi M., Perrot S., Jeannerod-Dumouchel N. & Eric C. (2019), Proposition d'une nouvelle échelle de mesure multidimensionnelle des tensions de rôle au travail, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, Vol. 2, N° 112, pp. 41-65.

Djediati, A. (2018). *Les exigences du travail et le bien-être dans la profession infirmière : Le rôle des ressources émotionnelles*, Thèse de doctorat en Société, Politique, Santé Publique, Université Libre de Bruxelles.

Ellioua H. & Dkhissi M.A. (2024), Les facteurs neuromanagériaux dans le contexte de la conduite du changement organisationnel: Essai de revue de littérature, *Revue Française d'Economie et de Gestion*, Vol. 5, N° 4, pp. 503-524.

French J.R.P. & Caplan R.D. (1972), *Organizational stress and individual strain*, In A. marrow (Eds), *The failure of success* (pp. 30-66), New York: AMOCOM.

Fusheini A., Eyes J. & Goudge J. (2017), The state of public hospital governance and management in a South African hospital: a case study, *International Journal of Healthcare*, Vol. 3, N°2, pp. 68-77.

Gesualdi-Fecteau, D., Richard, G., Poulin, E., Vallée, G., & Cox, R. (2022). L'encadrement juridique de la durée du travail à l'épreuve de la pandémie de COVID-19 : Vers une reconfiguration des temporalités professionnelles ? *Les Cahiers de droit*, Vol. 63, N°1, pp. 129-163.

Glazer B. & Beehr T.A. (2005), Consistency of implications of three role stressors accross four countries, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 26, pp. 467-487.

Hardy M.E. & Conway M.E. (1988), *Role theory: perspectives for health professionals* (2<sup>e</sup> éd.), Norwalk, CT: Appleton and Lange.

Jacob M-A. (2023), *La contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hybridation de rôle: le cas des cadres de santé à l'hôpital public*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Grenoble Alpes.

Katz D. & Kahn R. (1966), *The Social Psychology of Organizations*, New-York: Wiley and Sons.

Katz D. & Kahn R.L. (1978), *The Social Psychology of Organization*, John Wiley and Sons.

Kahn R. L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Snoek J.D. & Rosenthal R.A. (1964), *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, New-York: Wiley and Sons, 470 p.

Kirmi B. & Chahouati W. (2019), Les établissements hospitaliers publics : vers une nouvelle gouvernance inspirée du management de la qualité, *Revue du Contrôle, de la Comptabilité et de l'Audit*, Vol. 4, N° 2, pp. 321-347.

Koustelios A., Theodorakis N. & Goulimaris D. (2004), Role ambiguity, role conflict and job satisfaction among physical education teachers in Greece, *The International Journal of Educational Management*, Vol. 18, N° 2-3, pp. 87-92.

Lasebikan V. O. & Oyetunde M. O. (2012), Burnout among nurses in Nigerian general hospital: prevalence and associated factors, *International Scholarly Research Network*, Vol. 2012, pp. 1-6.

Lavoie-Tremblay M., Leclerc E., Marchionni C. & Drevniok U. (2010), The needs and expectations of generations Y nurses in the workplace, *Journal Nurses Staff Development*, Vol. 26, N° 1, pp. 2-8.

Langan J. (2003), Faculty practice and roles of staff nurses and clinical faculty in nursing student learning, *Journal of Professional Nursing*, Vol. 19, N° 2, pp. 76-84.

Lincoln Y.S. & Guba E.G. (1985), *Naturalistic inquiry*, Newbury Park, CA : Sage.

Loubès A. (1997), *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel-Une étude empirique*, Thèse de doctorat, Université de Montpellier II.

Loubet G. (2011), D'Hippocrate à Mercure : Praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires ? Evolutions du métier et tensions de rôles ?. *Comptabilités, économie et société*, Montpellier, France.

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

Makhloufi I., Saadi J., El Hiki L. & El Hassani A. (2012), Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : Cas de l'hôpital universitaire Cheikh Zaid, *Santé Publique*, Vol. 24, N° 6, pp. 573-585.

Menudier J. (2024), *Implication organisationnelle et implication professionnelle des personnels de santé en EHPAD*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Limoges.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2014), *Document national de la stratégie de la réforme hospitalière en Côte d'Ivoire 2013-2020*, 39 pages.

Mintzberg H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*. Paris Editions d'Organisation.

Nobre T. (1999), L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût de dysfonctionnement, *20<sup>ième</sup> Congrès de l'AFC*.

Othman N. & Nasuridin A. M. (2013), Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses, *Journal of Nursing Management*, Vol. 21, N° 8, pp. 1083-1090.

Picot G. (2005), Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers, *Revue Française des Affaires Sociales*, Vol.1, pp. 83-100.

Rapoport R. & Rapoport R.N. (1976), Dual-career families: the evolution of a concept, *New Paths in Family Studies*, pp. 351-372.

Ridde V., Kane B. & Faye A. (2025), The challenges of health reform in Senegal: qualitative analysis of the departmentalization of community-based health insurance, *Journal of Community Systems for Health*, Vol. 2, pp. 1-11.

Rivière A. (2014), *Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : une étude empirique à l'hôpital public*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 2.

Rivière A. (2018), Evolution du métier de cadre de santé et comportement innovant au travail : une étude qualitative à l'hôpital public, *Communication pour le 29<sup>ème</sup> Congrès de l'AGRH*.

Rivière A. (2019), Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public : L'effet modérateur des stratégies d'ajustement, *Revue Française de Gestion*, N° 282, pp. 11-35.

Rivière A. (2022), Tensions de rôle et comportement innovant au travail : Quel défi pour les cadres de santé à l'hôpital public ?, *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 39, N°2, pp. 151-179.

Rizzo J. R., House R.J. & Lirtzman S.I. (1970), Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 15, N° 2, pp. 150-163.

Rochette C. & Ceccato M. (2024), Les conflits de valeurs dans les organisations publiques, une lecture autour des valeurs individuelles des infirmiers et des cadres de santé hospitaliers *Gestion et management public*, Vol. 12, N° 4, pp. 9-29.

Royal L. (2007), *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Montréal.

Royal L. & Brassard A. (2010), Comprendre les tensions de rôle afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés, *Gestion*, Vol. 35, N° 3, pp. 27-33.

Sabouné K., Montargot N. & Dougados M. (2024), Les tensions de rôle en EHPAD français : causes et conséquences, *Management International*, Vol. 28, N° 2, pp. 64-75.

Said Habibi H. (2017), *La délégation de tâches du médecin généraliste à l'infirmier libéral : discussion entre internes en médecine générale et étudiants infirmiers*, Thèse de doctorat en médecine, Université Aix Marseille.

San Martino L. (2023), L'hôpital public : vers une entreprise comme une autre ? Quels risques pour la dimension humaine et l'éthique ?. *Question(s) de Management*, Vol.1, N° 42, pp. 47-57.

Schaubroeck J. S., Cotton J.L. & Jennings K.R. (1989), Antecedents and consequences of role stress: a covariance structure analysis, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 10, pp. 35-58.

Sibé M., Gagnou-Savatier E. & Azaghough-El Fardi (2024), Médecin-manager : une hybridation institutionnelle ? Etude de la fonction managériale des médecins managers d'un CHU : vers une hybridation des logiques institutionnelles ?, *Journal de Gestion et d'Economie de la Santé*, Vol. 42, N° 2, pp. 41-59.

Tubre T.C. & Collins J.M. (2000), A Meta-Analysis of the Relationships between Role Ambiguity, Role Conflict, and Job Performance, *Journal of Management*, Vol. 26, N° 1, pp. 155-169.