

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

SESSION JANVIER 2014

Travail de nuit et santé des infirmières
Etude exploratoire

Mémoire de master en psychologie

Présenté par : Daniela Neves

Directrice : Marie Santiago

Expert : Fabienne Fasseur

Résumé

Le travail de nuit dans les soins a été peu étudié du point de vue du vécu subjectif des soignants et du sens qu'ils donnent à leur vécu. Cette recherche qualitative exploratoire vise à comprendre le travail de nuit dans les soins du point de vue du vécu subjectif et intersubjectif des soignants en lien avec leur motivation pour le travail de nuit, la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle, la qualité des soins et la santé subjective. Six entretiens semi-structurés de recherche ont été menés avec quatre infirmières et deux infirmiers qui travaillent en horaire fixe de nuit dans différentes unités de médecine interne d'un hôpital universitaire. Les résultats issus de l'analyse thématique de contenu ont été interprétés en fonction des trois niveaux d'analyse proposés par la psychologie qualitative de la santé. Le premier niveau d'analyse (qui nous informe sur les logiques conscientes et cognitives utilisées par le sujet dans une situation concrète) a mis en évidence des stratégies organisationnelles propres au travail de nuit et des stratégies de coping centrées sur l'action utilisées par les soignants dans des situations de stress. Aussi, les soignants bénéficient d'une autonomie décisionnelle dans l'organisation du travail, mais ils doivent faire face à une faible reconnaissance de leur travail. Le deuxième niveau d'analyse (basé sur la phénoménologie du vécu subjectif) montre que le travail de nuit est vécu par les soignants à la fois sur un mode positif et sur un mode négatif. Le travail de nuit vécu positivement a du sens pour les soignants et leur offre la possibilité de soigner le patient dans sa globalité tout en tenant compte de ses besoins, ainsi que de concilier la vie familiale et la vie professionnelle. La non reconnaissance, la solitude ou les situations éprouvantes engendrent une souffrance psychique et un vécu subjectif négatif du travail de nuit. Le troisième niveau d'analyse (qui nous renseigne sur les stratégies de défense inconscientes) laisse entrevoir différentes stratégies utilisées par les soignants pour atténuer la souffrance liée au travail de nuit et garder l'équilibre psychique.

Mots-clés

Travail de nuit, soins, conciliation vie familiale-vie professionnelle, vécu subjectif et intersubjectif, stratégies de défense

Abstract

The night work in the field of nursing has been little studied from the perspectives of the subjective experience of caregivers and the sense they assign to this experience. This exploratory qualitative research aims to understand night work in the field of healthcare, from the point of view of the subjective and intersubjective experience of caregivers, related to their motivation to involve themselves in night shift working, the conciliation between family life and professional life, the quality of nursing and subjective health. Six semi-structured interviews have been conducted with four female and two male nurses, who work on fixed night schedule in different internal medicine healthcare units from a teaching hospital. The results derived from the thematic analysis of the content were interpreted from the point of view of three analysis levels proposed in the field of qualitative health psychology. The first level of the analysis (which informs us on the conscious and cognitive logics used by subjects in a real situation) highlighted organizational strategies specific to the night work and coping strategies focused on the action used by nurses in stress conditions. The caregivers also have a decisional independence in the work organization, but they have to deal with a lack of recognition of their work. The second level of the analysis (based on the phenomenology of the subjective experience) has emphasized that night work is experienced by caregivers both in a positive and in a negative manner. The positively experienced night work is related to the possibility of caregivers to help the patient in all his needs, to be autonomous in their work or to balance the family and the professional life. The lack of recognition, the loneliness and the stressful situations engender a psychological suffering and a negative subjective experience of the night work. The third level of the analysis (which reveals the unconscious defense strategies) points out the different strategies developed by caregivers in order to adapt to the suffering related to night work and to keep their psychological balance.

Keywords:

Night work shift, nursing, conciliation between family life and professional life, subjective and intersubjective experience, defense strategies

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont aidé tout le long de ce travail :

Madame Marie Santiago pour ses encouragements et ses remarques constructives sur la première version de ce travail qui m'ont permis d'approfondir des notions fondamentales pour la recherche qualitative.

Madame Fabienne Fasseur pour ses conseils et son temps.

Les six soignants, infirmières et infirmiers qui ont accepté de participer à l'étude.

Les membres de ma famille et mes amis pour leur précieux soutien dans les moments de découragement (il y en a eu !).

Avant-propos

Tout le long de ce travail, nous avons utilisé différents termes pour désigner les participants à cette recherche qui sont quatre infirmières et deux infirmiers. Très souvent le terme de *soignants interviewés* ou *participants interviewés* a pris la place de celui d'*infirmièreES* utilisé habituellement dans la littérature à cause de l'important nombre de femmes dans la profession. Lorsque les résultats présentés concernaient seulement les participants hommes, nous l'avons spécifié en utilisant le terme *infirmiers*. Dans les autres cas, les termes *soignants* ou *participants*, utilisés au masculin, désignent tous les participants, infirmières et infirmiers.

Aussi, pour la rédaction du travail, le *nous* a largement été préféré au *je*. Cependant, dans quelques cas le *je* nous a paru plus adéquat que le *nous*.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1 Introduction générale.....	1
1.2 Plan du travail.....	2
2. REVUE DE LITTÉRATURE.....	3
2.1 Définitions des horaires atypiques.....	5
2.2 Transformations économiques, sociétales et managériales	5
2.3 La psychologie du travail et l'ergonomie.	7
2.3.1 Temps et rythmes de travail	9
2.3.2 Rythmes de travail et dynamique des tâches	12
2.3.3 Les risques psychosociaux	14
2.3.4 Analyse des risques psychosociaux.....	17
2.4 La psychopathologie et la psychodynamique du travail.....	19
2.4.1 La psychopathologie du travail	19
2.4.2 La psychodynamique du travail.....	21
2.5 Le modèle médical et les études épidémiologiques.....	27
2.6 Quelques travaux évoquant le travail de nuit dans les soins	31
2.7 Conclusion du chapitre et limites de la littérature étudiée.....	33
3. PROBLÉMATIQUE ET MODÈLE THÉORIQUE UTILISÉ	35
3.1 Problématique.....	35
3.2 Présentation du modèle théorique utilisé et de l'approche phénoménologique	37
4. MÉTHODOLOGIE	39
4.1 Méthodologie de recherche	39
4.2 Outil de recherche	39
4.3 Population.....	40
4.4 Position du chercheur	41
4.5 Analyse de données	42
4.5.1 Retranscription des entretiens.....	42
4.5.2 Analyse qualitative des entretiens	42
5. RÉSULTATS	43
5.1 Cadre organisationnel de l'institution	44
5.2 Présentation des participants	45
5.2.1 Entretien 1, Mme B	45

5.2.2 Entretien 2, Mme M	48
5.2.3 Entretien 3, Mme C	50
5.2.4 Entretien 4, Mme K	52
5.2.5 Entretien 5, M. S.....	54
5.2.6 Entretien 6, M. O	55
5.3 Description des résultats transversaux.....	57
5.3.1 Organisation du travail	57
5.3.2 Manque de reconnaissance	64
5.3.3 Avantages du travail de nuit	67
5.3.4 Santé et bien-être	72
6. DISCUSSION	75
6.1 Niveau 1 : expression manifeste du discours.....	75
6.2 Niveau 2 : expression phénoménologique du vécu	81
6.3 Niveau 3 : structures et dynamiques des processus intrapsychiques.....	84
6.4 Conclusion du chapitre et limites travail	87
7. CONCLUSION	88
BIBLIOGRAPHIE	90
Annexe 1.....	i

1. INTRODUCTION

1.1 Introduction générale

L'évolution et l'accélération des rythmes de vie des sociétés industrialisées n'est pas sans conséquence sur le travail et plus particulièrement sur les horaires de travail. La tendance constatée est une augmentation des horaires atypiques de manière générale dans les pays européens. Environ 20 % de la population active européenne travaille en horaires atypiques (Noel, 2009). Plusieurs secteurs d'activité sont concernés : la santé, les transports, l'hôtellerie-restauration, la sécurité, l'industrie et d'autres encore.

En Suisse, selon l'enquête suisse sur la population active (OFS, 2011) la flexibilisation des horaires de travail a augmenté entre 2001 et 2009. La part des actifs travaillant régulièrement le soir (entre 19h00 et 24h00) est d'environ 17% et celle des actifs travaillant régulièrement la nuit est de 5%. La Loi fédérale sur le travail (LTr) interdit de travailler la nuit. Des dérogations sont cependant accordées pour les secteurs d'activité mentionnés ci-dessus et les travailleurs de nuit perçoivent un supplément en temps correspondant à 10% du temps travaillé et un supplément de salaire variable en fonction du secteur d'activité.

Le travail de nuit, comme le travail en horaires atypiques, est considéré comme ayant des conséquences négatives sur la santé et le bien-être des travailleurs car il implique une désynchronisation des rythmes biologiques et sociaux et des difficultés de conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle (Barthe & al., 2004 ; Costa, 1996 ; Gadbois, 2004). Plusieurs problèmes de santé semblent être associés au travail de nuit : troubles du sommeil, fatigue chronique, troubles digestifs, maladies cardio-vasculaires, survenue de certains cancers, etc. (Ntawuruhunga & al., 2008 ; Noel, 2009).

Dans certains secteurs d'activité, les travailleurs de nuit doivent faire face, en plus des difficultés décrites ci-dessus, à d'autres difficultés. C'est le cas du travail de nuit fixe dans le secteur des soins qui nous intéresse dans cette recherche.

En effet, dans le domaine des soins, le travail de nuit, bien que spécifique et différent du travail de jour, serait peu reconnu et valorisé par les travailleurs de jour et par l'encadrement. Les soignants qui travaillent la nuit sont souvent seuls à assumer un travail dont l'organisation donne la priorité au patient et à ses demandes et rend nécessaire le soin relationnel (Perraut-Soliveres, 2003, 2006 ; Estryin-Behar, 2004 ; Toupin, 2006).

Malgré toutes ces difficultés, des soignants choisissent volontairement de travailler la nuit en horaire fixe. Cependant, peu de travaux ont étudié les raisons qui les motivent à travailler la nuit, le sens qu'ils donnent à leur travail de nuit ou les stratégies qu'ils mettent en place pour concilier la vie familiale et la vie professionnelle, dans une démarche compréhensive. Aussi, peu d'études ont exploré le vécu subjectif des soignants en lien avec leur travail de nuit et l'influence du travail de nuit sur leur vie et leur santé.

En regard au peu d'études qualitatives et compréhensives sur le sujet, il nous a semblé important et nécessaire de comprendre le travail de nuit dans les soins du point de vue du vécu subjectif des soignants et ce d'autant plus que le travail de nuit touche un grand nombre de soignants (près d'une infirmière sur trois selon Barlet & Cavillon (2011)) et qu'une nuit de travail peut couvrir jusqu'à 12h, soit la moitié d'une journée (Perraut-Soliveres, 2006).

À travers cette étude, qui s'inscrit dans la méthodologie qualitative et privilégie le discours des soignants recueilli à l'aide des entretiens semi-structurés de recherche, nous souhaitons explorer et comprendre le travail de nuit dans les soins tel que vécu par les soignants qui ont choisi de travailler la nuit.

Nous aimerions comprendre qu'est-ce qui motive le choix des soignants de travailler la nuit, comment font-ils pour concilier la vie professionnelle et la vie familiale/sociale et comment le travail de nuit influence leur vécu subjectif et intersubjectif au travail et hors travail à travers la relation aux autres, la relation au temps, la santé subjective ou le vécu corporel. Nous aimerions également comprendre quelles stratégies conscientes ou inconscientes utilisent les soignants pour faire face aux difficultés du travail de nuit.

1.2 Plan du travail

Ce travail de recherche est organisé en plusieurs parties. Dans une première partie nous allons présenter une revue de littérature sur la question du travail en horaires atypiques et en horaires de nuit, ainsi que sur le travail en général. Nous commencerons par définir les horaires atypiques et présenter les transformations sociétales, économiques et managériales qui influencent directement l'organisation du travail. Ensuite nous présenterons les questions liées au travail telles qu'étudiées par certaines disciplines. En effet, plusieurs disciplines ont étudié le travail et le travail en horaires atypiques. Nous avons choisi de présenter trois groupes de disciplines : la psychologie du travail et l'ergonomie, la psychopathologie et la psychodynamique du travail et le modèle médical et épidémiologique. Quelques études sur le

travail de nuit dans les soins seront également présentées. Les apports et les limites des disciplines étudiées seront mis en évidence à la fin de cette partie dédiée à la revue de littérature.

Nous continuerons par présenter la problématique de l'étude et proposer un modèle théorique qui nous semble plus adapté pour la compréhension du travail de nuit dans les soins. Le modèle de la psychologie qualitative de la santé, qui analyse le vécu humain en fonction de trois niveaux d'analyses, ainsi que l'approche phénoménologique seront brièvement présentés.

Nous décrirons ensuite la méthodologie utilisée pour effectuer ce travail et présenterons les résultats issus de l'analyse des entretiens. Après une description du cadre organisationnel dans lequel travaillent les soignants interviewés, nous faisons une présentation de chacun d'eux. Les résultats transversaux issus de l'analyse des entretiens seront d'abord décrits puis interprétés à l'aide du modèle de la psychologie qualitative de la santé et mis en lien avec les données issues de la littérature. Nous ferons également une critique quant aux limites de ce travail recherche.

2. REVUE DE LITTÉRATURE

Si le questionnement qui guide cette recherche fait référence au travail en horaires de nuit et à la santé des travailleurs, plusieurs éléments méritent d'être étudiés : les effets du travail en horaires atypiques et en horaires de nuit sur la vie familiale, sociale et sur la santé des travailleurs, les difficultés liées à la tâche à effectuer durant le travail de nuit, la subjectivité et l'intersubjectivité au travail ou les stratégies de conciliation vie familiale-vie professionnelle. Ces éléments ont été étudiés par différentes disciplines. Comme le soulignent Darses & de Montmollin (2006) le travail est l'objet d'étude de « *contrées voisines* » qui ont quelques fois des « *problèmes de frontières* » (p. 23). On peut citer quelques-unes des disciplines qui se sont intéressé à différents aspects du travail : la médecine du travail, l'ergonomie, la physiologie du travail, la psychologie du travail, la psychopathologie et la psychodynamique du travail ou la psychologie ergonomique. Aussi, le travail et la santé au travail représentent le champ de préoccupations de diverses équipes de recherche composées de chercheurs appartenant à différentes disciplines qui ont tenté de comprendre les effets du

travail sur la santé et aussi « *comment la santé peut se construire ou se détruire au travail* » (Derriennic & Vézina, 2001).

Pour répondre à notre questionnement sur le travail en horaires de nuit, nous avons choisi d'évoquer brièvement trois groupes de disciplines qui, à travers les différents aspects du travail qu'elles ont étudié, permettent d'éclairer la question du travail de nuit. Après la présentation de ces trois groupes de disciplines, un court sous-chapitre présente quelques travaux spécifiques au travail de nuit dans les soins.

Nous soulignons toutefois que peu de travaux étudient spécifiquement le travail de nuit, la plupart des études rendent compte des effets des horaires atypiques en général, comme nous l'expliquons dans le sous-chapitre 2.1 consacré à la définition des horaires atypiques. Aussi, les notions issues de certains travaux, même si elles ne concernent pas spécifiquement le travail de nuit, peuvent s'appliquer à toute situation de travail, d'où leur intérêt pour notre recherche.

La psychologie du travail et l'ergonomie est le premier groupe de disciplines que nous souhaitons présenter pour leurs apports sur le temps et les rythmes de travail, ainsi que sur les risques psycho-sociaux au travail.

La psychopathologie du travail et la psychodynamique du travail, que nous allons également présenter dans la suite de cette étude, ont retenu notre attention pour leur contribution à la compréhension de l'implication subjective des travailleurs dans leur travail, l'importance de la reconnaissance du travail, la souffrance et le plaisir dans le travail ou les stratégies de défense utilisées par les travailleurs pour faire face à la souffrance engendrée par le travail.

Le modèle médical et les études épidémiologiques, dont les travaux relativement récents mettent en évidence les risques du travail de nuit sur la santé physique des travailleurs est le troisième groupe de disciplines que nous présentons dans ce travail de recherche.

Avant de présenter ces trois groupes de disciplines, il nous semble important d'évoquer les différents termes utilisés dans la littérature pour définir les horaires atypiques et également de décrire brièvement les transformations sociétales, économiques et managériales documentées dans la littérature qui touchent directement le travail et son organisation. L'étude de ces transformations nous aide à mieux comprendre les difficultés auxquelles les travailleurs

doivent faire face dans leur quotidien professionnel, difficultés qui ne sont pas sans conséquence sur leur santé.

2.1 Définitions des horaires atypiques

Les horaires atypiques ont reçu différentes définitions dans la littérature. On parle de travail posté, d'horaires en équipes alternantes (3*8 ou 2*12), d'horaires en équipes alternantes avec horaires de nuit, d'horaires en équipes alternantes sans horaires de nuit, d'horaires de nuit fixe ou sans alternance (Conne-Pérreard & al., 2001). Il est généralement admis que tout horaire effectué en dehors des heures de jour (06h00-23h00) est un horaire atypique. Cette acceptation au sens large de la définition des horaires atypiques se retrouve dans la littérature scientifique qui a étudié l'impact des horaires atypiques sur la santé et le bien-être des travailleurs. Dans ces études, il est souvent fait mention d'horaires postés, atypiques ou encore d'horaires irréguliers et peu d'études analysent distinctement les différents types d'horaires compris dans les horaires atypiques, comme par exemple l'horaire de nuit fixe.

2.2 Transformations économiques, sociétales et managériales

Certains changements au niveau sociétal, économique et managérial semblent influencer directement le travail.

Au niveau de la société il y a une montée de l'individualisme. Les individus ne se considèrent plus comme faisant partie de collectifs qui peuvent s'avérer souteneurs et porteurs de valeurs professionnelles partagées. L'individu certes, est au centre, mais il est seul face à une demande d'adaptation et de flexibilité de la part de l'entreprise (Hirigoyen, 2008). Comme le note Dejours (2005, p. 71), la solidarité n'a plus de place « *dans ce nouveau modèle de rapport au travail où, au management exigeant la soumission de chacun à l'entreprise, répond la « convivialité stratégique » des collaborateurs qui constitue une culture de la solitude et du chacun pour soi au milieu de la multitude débarrassée de tout lien de solidarité* ».

Par ailleurs, la société ajoute une pression plus subtile, celle d'être en forme, en santé, heureux, épanoui et performant. Pour correspondre à ces stéréotypes, les individus ont le risque de développer « *un faux self adaptatif* » qui les coupe de leur intériorité et les rend soit plus vulnérables psychologiquement, soit moins sensibles à l'autre.

Au niveau économique, la globalisation des marchés et l'augmentation de la pression financière sur les entreprises induit une réduction des effectifs et une mise à distance entre les lieux de décision et les lieux de production. Il s'agit de produire en fonction de la demande des clients et de s'adapter à cette demande qui peut se traduire par une intensification du travail sous contrainte de temps, avec des conséquences non négligeables sur la santé des travailleurs.

Pour répondre aux objectifs de production, les méthodes managériales se transforment également. Les managers ne s'impliquent plus dans la production, mais dans l'établissement des objectifs, laissant ainsi les travailleurs face à une activité concrète qui n'obéit pas aux objectifs, d'où le sentiment de manque de soutien et de compréhension vécus par les travailleurs (Jacob & Natanson, 2010). Aussi, toujours pour répondre aux objectifs et à la demande de production, l'organisation du travail va faire « *la chasse aux temps morts* » tout en exigeant qualité et quantité (Vézina & al. 2006). Au nom de la compétitivité économique, la « *qualité totale* » devient « *une prescription* », voire « *un idéal* » qui « *alourdit encore la charge de travail* » (Dejours, 2003, p. 38).

Ces nouvelles méthodes managériales, appelées par certains auteurs « *idéologie managériale* » vont considérer l'individu « *d'avantage comme une ressource que comme un sujet* » et « *l'instrumentaliser au service des objectifs financiers, opératoires, techniques, qui lui font perdre le sens de son action, jusqu'au sens de son existence* » (de Gaulejac, 2011, p. 203).

Le secteur des soins n'est pas épargné par les transformations décrites ci-dessus, comme le souligne Mollinier (2010) : « *Depuis une quinzaine d'années on assiste à une montée des exigences en termes de qualité des soins simultanément à une montée des logiques gestionnaires. (...) Cependant, l'idée que se font les gestionnaires de l'efficacité ou de la qualité comme s'évaluant à partir de critères d'objectifs et reproductibles est peu compatible avec ce que le travail attentionnel implique* ».

Cette situation va se traduire en pratique par l'établissement de guides dont le but est de coder l'activité des soignants. Malheureusement, ces guides « *désobjectivent l'activité des soignants et aseptisent le rapport au patient (...). Le soignant n'a plus d'initiative à prendre, de lien à construire, il doit simplement suivre un mode d'emploi* », ce qui va avoir des conséquences sur « *la perte de sens de l'action* » (de Gaulejac, 2011, p. 177). Il s'ensuit une souffrance au travail pour les soignants comme le décrivent différentes études (Bourbonnais & al., 1998 ;

Messing & Seifert, 2004 ; Bourbonnais & al., 2005 ; Canoui & al., 2008 ; Vendenberghe & al., 2009 ; Hachelafi & al., 2011 ; Ruiller, 2012).

Ces transformations peuvent comporter des risques pour la santé des travailleurs, risques qui ont été réunis sous le terme de risques psychosociaux. Plusieurs disciplines ont étudié ces risques, parmi lesquelles la psychologie du travail et l'ergonomie que nous présentons dans le sous-chapitre suivant.

2.3 La psychologie du travail et l'ergonomie.

La psychologie du travail et l'ergonomie, par leurs niveaux d'analyse du travail se croisent et se chevauchent. Comme le notent Brangier & al. (2004), la psychologie du travail et des organisations est « *multi-paradigmatique* » (p. 31) et elle peut se référer à plusieurs paradigmes comme la psychologie cognitive, sociale, différentielle, à l'ergonomie ou à la psychanalyse. Quant à l'ergonomie, l'intérêt pour la psychologie du travail passe par les dimensions psychosociales et organisationnelles du travail qui permettent de prendre en compte la relation entre les tâches des opérateurs et le système de travail dans son ensemble (Darses & de Montmollin, 2006). Aussi, comme le note Lancry (2009, p. 18) « *il est aujourd'hui parfois difficile de faire la part entre ce qui relève strictement de l'ergonomie et de la psychologie de travail* ».

Malgré ces constats, nous allons tenter de retracer succinctement quelques caractéristiques fondamentales de chacune de ces deux disciplines.

La psychologie du travail et des organisations étudie le travail en fonction de trois niveaux d'analyse (Brangier et al., 2004). Un premier niveau d'analyse concerne le travail lui-même à travers la relation entre l'homme et sa tâche. Il s'agit ici de l'étude de l'environnement de travail et de la charge physique et mentale induite par la tâche, ainsi que des aménagements qui peuvent être apportés. Le deuxième niveau d'analyse concerne la relation entre l'individu et l'entreprise. À ce deuxième niveau correspond le processus de sélection du personnel, la gestion de carrière ou la motivation du personnel. Et enfin un troisième niveau d'analyse étudie les relations interpersonnelles à travers la communication, les relations hiérarchiques, les conflits ou les changements organisationnels.

Plusieurs méthodes sont utilisées en psychologie du travail pour analyser le travail : des méthodes centrées sur la personne, des méthodes centrées sur le travail et des méthodes

centrées sur le cadre et l'organisation du travail. Ce dernier point qui touche au cadre et à l'organisation du travail nous intéresse particulièrement dans l'étude de l'impact des horaires de nuit sur les travailleurs et nous le développerons ci-dessous à l'aide des travaux sur le temps et les rythmes du travail, ainsi que sur les risques psycho-sociaux.

L'ergonomie a pour objet la compréhension du travail en prenant en compte trois groupes d'éléments : les caractéristiques physiologiques et psychologiques des travailleurs, les objectifs qu'ils poursuivent, leurs intentions, le sens et la signification de leurs activités et enfin, les objectifs et les finalités de l'entreprise (Rabardel & al., 2002).

Le mot ergonomie vient du grec *ergon* (travail) et *nomos* (loi, règles). Selon l'étymologie du mot, l'ergonomie pourrait se définir comme « science du travail ». L'International Ergonomics Association définit l'ergonomie comme « *une discipline scientifique qui vise la compréhension des interactions entre les êtres humains et les autres composantes d'un système* » (Darses & de Montmollin, 2006, p. 20). Ainsi, l'ergonomie préconise une approche globale dans laquelle les facteurs physiques, cognitifs, sociaux organisationnels, environnementaux sont pris en compte. Cependant, deux courants se distinguent au sein de l'ergonomie : un courant anglophone nommé « *human factors ou ergonomie des facteurs humains* » et un autre courant européen appelé « *l'ergonomie de la situation de travail* ». Ces deux courants, longtemps considérés comme contradictoires, semblent aujourd'hui complémentaires.

Le premier courant « *human factors* » se centre sur les capacités des êtres humains effectuant des tâches motrices et cognitives et utilisant des outils technologiques. Autrement dit c'est l'interaction entre l'homme et les dispositifs techniques, classiquement appelée le système humain-machine qui va constituer l'intérêt de ce courant. Des connaissances du domaine de la psychophysique, de la physiologie, de la médecine ou de la psychologie expérimentale vont être utilisées par l'ergonomie des facteurs humains.

Le deuxième courant, plus récent se centre sur « *l'analyse de l'activité d'opérateurs particuliers confrontés à des tâches particulières* » cherchant ainsi à améliorer le travail non plus « *d'utilisateurs abstraits et anonymes mais celui d'opérateurs réels et identifiés* ». L'approche privilégiée par ce deuxième courant est « *la singularité de l'activité humaine dans le travail plutôt que l'invariance des caractéristiques psychologiques, physiques et*

physiologiques » (ibid., p. 14) et le but est d'abord la compréhension puis la transformation du travail, autrement dit « *le diagnostic et l'intervention ergonomique* » (ibid., p. 44)¹.

La compréhension du travail pour ce deuxième courant de l'ergonomie, passe par son analyse et par la distinction entre le travail prescrit et le travail réel, entre la tâche et l'activité. Ainsi, la tâche prescrite par le concepteur est différente de la tâche réelle effectuée par l'opérateur, la première correspond à « *la logique technico-organisationnelle* », la deuxième à « *la logique du vivant* » (Hubault, 1995, cité par Lancry-Hoestlandt & Laville, in Brangier & al., 2004, p. 59). La tâche prescrite comprend des éléments comme les objectifs à atteindre, les consignes et les procédures, les moyens techniques nécessaires, alors que la tâche réelle correspond au travail réel que l'opérateur effectue et la représentation qu'il s'en fait. Quant à l'activité, elle correspond aux moyens déployés par l'opérateur pour la réalisation effective de la tâche et qui peuvent être des comportements visibles, des logiques d'actions, des vécus ou des processus biologiques. Et non moins important est le contexte dans lequel l'activité se situe et qui se définit par les conditions matérielles, temporelles, organisationnelles et sociales dans lesquelles l'activité a lieu.

Après cette très brève présentation de ces deux disciplines, nous allons, dans la suite de ce sous-chapitre, décrire la problématique du temps et des rythmes de travail qui nous intéresse dans cette recherche, ainsi que la santé psychique au travail et les risques psycho-sociaux.

2.3.1 Temps et rythmes de travail

Dans toute situation de travail le temps joue un rôle majeur car il conditionne d'une part le partage entre la vie au travail et la vie hors travail et d'autre part, à l'intérieur du travail lui-même, il impose le rythme de travail. Dans cette optique, Gadbois et Prunier-Poulmaire (in Brangier et al., 2004) font une analyse de la problématique temps et rythmes de travail dans le cas des horaires atypiques que nous restituons succinctement dans la suite de ce sous-chapitre et que nous complétons avec d'autres données décrites dans la littérature.

Dans le cadre temporel de chaque personne, le temps passé au travail et le temps hors travail partagent des ressources limitées et ne s'accordent pas toujours au mieux. Si les horaires de travail sont déterminés par les besoins des systèmes de production, le temps hors travail

¹ Cette distinction nous semble importante à souligner pour notre travail de recherche qui a pour objectif l'exploration et la compréhension du travail de nuit du point de vue du vécu subjectif des soignants travaillant la nuit

dépend lui de l'organisation de la société. Que ce soit la scolarité des enfants, l'ouverture des commerces ou le journal télévisé, ces activités s'inscrivent dans des temps déterminés socialement sur lesquels les travailleurs n'ont pas d'emprise. L'articulation entre les horaires de travail atypiques et les horaires de la société va demander un effort de conciliation et des stratégies de régulation de la part des travailleurs qui peuvent différer en fonction du genre, de la prévisibilité et la stabilité des horaires ou du temps de travail (temps partiel ou pas). Toutefois, malgré les efforts et les stratégies déployées, les horaires atypiques vont provoquer une série de conflits qui vont influencer négativement les relations conjugales, les relations parents-enfants, les relations sociales ou la santé physique et psychique des travailleurs.

Un des conflits concerne **les rythmes biologiques**. Les horaires atypiques et plus particulièrement les horaires de nuit imposent à l'organisme de fonctionner à des heures où la biologie le prédispose au repos et de se reposer à des heures où les conditions environnantes le permettent peu. Cette contradiction, en plus de demander un grand effort d'ajustement du travailleur et de son environnement familial direct, a des implications sur la vie au travail et sur la vie hors travail.

Au niveau du travail et de l'accomplissement de la tâche, travailler à contre sens du fonctionnement physiologique de l'organisme n'est pas sans conséquences sur la performance du travailleur qui se dégrade au fil des heures atteignant un niveau minimum entre 3 et 5 h du matin. Dans une revue de littérature, Barthe et al., (2004) notent que les résultats de différentes études vont dans le sens d'une diminution de la performance qui commence à 22 heures et s'accroissent entre minuit et 4 h. Cette diminution de performance peut se traduire par une augmentation des erreurs, une multiplication des assoupissements et des accidents ou une augmentation du temps nécessaire à la résolution d'un problème technique survenu. Les auteurs rapportent également un phénomène décrit dans la littérature : « *la paralysie du poste de nuit* ». Ce phénomène, observé chez 12% d'un échantillon de 434 infirmières et 6% des 435 contrôleurs du trafic aérien (Folkard & al, 1984, 1987, cité par Barthe, 2004) se traduit par une incapacité à faire un seul mouvement ou de réagir aux stimuli pendant quelques minutes surtout entre 4 et 5 h du matin.

D'autres difficultés auxquelles le travailleur de nuit doit faire face durant son travail ont été décrites dans la littérature. Par exemple il a été observé que la somnolence croît au fil des heures de travail et s'accompagne d'une baisse de la vigilance. Aussi, la fatigue accumulée

par la privation de sommeil va augmenter le risque d'accident et ce risque croit de façon linéaire au fil des nuits consécutives atteignant 50 % à la 4^{ème} nuit consécutive.

Pour pallier aux difficultés liées au fonctionnement physiologique pendant les heures de travail de nuit, les travailleurs déploient toute une série de stratégies de régulation individuelles ou collectives. Par exemple, l'observation d'une équipe d'infirmières et d'auxiliaires puéricultrices a mis en évidence une adaptation de leur activité de travail en fonction de la baisse de leur niveau de vigilance maximale vers 4 h du matin. Cette adaptation du niveau d'activité s'accompagne de stratégies mises en place qui préservent à la fois la qualité des soins apportés aux bébés et leur sommeil et permet en même temps une réduction de l'activité des soignantes durant les moments critiques de baisse de la vigilance (Barthe, 1999 cité par Barthe, 2004).

Quant à la vie hors travail, les horaires atypiques et le travail de nuit en particulier, obligent le travailleur à dormir la journée quand les conditions sont peu ou pas favorables au sommeil. La lumière de jour, le bruit, l'horloge interne ou l'activité familiale vont influencer négativement la qualité et la quantité du sommeil. De plus, le sommeil à des heures d'activité sociale va entrer en **conflit avec les rythmes familiaux et sociaux**. Ce conflit sera plus ou moins prononcé en fonction des horaires de travail (commencer très tôt ou finir très tard, travailler 3*8 heures ou 2*12 heures), de la partition temporelle du temps de travail (travailler tous les jours quelques heures par jour ou travailler 3 jours par semaine de 10 ou 12 heures et disposer de 3 ou 4 jours de congé par la suite) de la stabilité et la variabilité des horaires.

Par exemple, la variabilité des horaires, peut influencer le mode de garde des enfants. Une étude portant sur une équipe de téléphonistes aux horaires irréguliers (Prévost & Messing, 2001) a mis en évidence les difficultés auxquelles ces femmes doivent faire face pour concilier les horaires de travail et la garde quotidienne des enfants. De plus, ces difficultés peuvent s'accroître si la variabilité et l'irrégularité des horaires sont peu prévisibles. L'étude portant sur la satisfaction professionnelle des soignants montre combien les changements d'horaires non planifiés à l'avance sont mal vécus par les soignants (Estryn-Behar, 2004).

Pour résoudre le conflit induit par les horaires atypiques, les travailleurs utilisent plusieurs stratégies (Prunier-Poulmaire & Gadbois, in Brangier & al. 2004). Ils peuvent déléguer les activités sociales et familiales à autrui, réduire le temps alloué à certaines activités au bénéfice d'autres plus importantes ou différer certaines activités à d'autres moments. L'utilisation de ces stratégies va obéir à plusieurs éléments parmi lesquels les normes sociales qui régissent le

partage des rôles au sein du couple. Il apparaît ainsi que lorsque ce sont les hommes qui travaillent en horaires atypiques, la vie familiale tend généralement à être ajustée à leurs horaires. Les heures de lever et de coucher des conjointes, les heures du repas ou le silence imposé aux enfants font partie de ces ajustements et les conjointes assurent en grande partie les tâches ménagères. La situation n'est pas symétrique lorsque ce sont les femmes qui travaillent en horaires atypiques ou en horaires de nuit. Si certaines activités comme accompagner les enfants à l'école, sont assurées par une partie des conjoints, très peu d'entre eux aident les enfants à faire leurs devoirs scolaires et encore moins participent aux tâches ménagères.

Un rapport édité en France par le Conseil économique, social et environnemental (Edouard, 2010) montre que le travail de nuit semble être le plus souvent choisi pour des raisons familiales et de garde d'enfants ou pour la rémunération supplémentaire qui peut aller jusqu'à 30 % du salaire. Malgré ces avantages, le rapport met en évidence plusieurs difficultés rencontrées par les travailleurs de nuit : plus de travail les week-ends, cumul des tâches pour les femmes qui ont choisi ces horaires pour la garde des enfants ou risque augmenté d'accidents sur le chemin de retour car les travailleurs de nuit sont dépendants de leur véhicule.

Le déphasage vécu par les travailleurs postés peut à moyen et long terme avoir des effets négatifs sur les relations conjugales, les relations parents-enfants ou les relations sociales. Ces effets vont toutefois être différents selon que le travailleur posté est un homme ou une femme, selon que le conjoint ou la conjointe travaille ou selon l'âge des enfants. Aussi, il semblerait que les difficultés induites par les horaires postés en termes de relations conjugales, sociales et relations parents-enfants peuvent être vécues différemment par les travailleurs ou par leurs conjointes, ces dernières percevant ces difficultés plus fortement que les travailleurs eux-mêmes (Gadbois, 2004).

2.3.2 Rythmes de travail et dynamique des tâches

Toute tâche professionnelle comporte des exigences temporelles quant à son déroulement. Lorsque les exigences temporelles induisent des rythmes de travail très soutenus, les travailleurs sont amenés à travailler à la limite de leurs capacités, ce qui peut avoir plusieurs conséquences : des conséquences sur leur santé (stress, fatigue, élévation des accidents ou des maladies professionnelles), des conséquences sur la productivité (risques d'erreurs et de

défauts de production) et aussi des conséquences sur le rapport qu'entretiennent les travailleurs avec l'entreprise (satisfaction au travail par exemple). De plus, dans certaines situations le travailleur peut être amené à effectuer plusieurs tâches en même temps avec, là aussi, des conséquences sur la fatigue, les erreurs ou les défauts de production (Prunier-Poulmaire & Gadbois, in Brangier & al., 2004).

Plusieurs cas de figure peuvent ainsi se présenter. Par exemple la nécessité de **faire vite**. Guidé par la recherche de rentabilité et de réduction des coûts de production, cet impératif peut s'appliquer à de nombreuses situations de travail et se traduire en pratique par des exigences en matière de volume à produire ou par des cadences imposées par le système technique comme dans le travail à la chaîne, sollicitant ainsi fortement les capacités physiques et mentales des travailleurs.

Dans d'autres situations de travail, la difficulté pour les travailleurs ne vient pas du rythme à respecter mais de la nécessité à **gérer des systèmes dynamiques** qui ont pour caractéristique essentielle d'être évolutifs et fluctuant. C'est le cas par exemple du travail des contrôleurs du trafic aérien, des raffineries, des centrales nucléaires, etc., autant de situations où le travailleur doit avoir une activité cognitive importante pour interpréter les données sur l'évolution du processus et décider de la mise en place d'une action afin d'éviter les risques de dysfonctionnements et d'incidents dont les conséquences peuvent être graves.

La nécessité à **gérer des tâches interférentes** est une autre difficulté qui impose des contraintes temporelles et un partage des ressources du travailleur pour effectuer plusieurs tâches en même temps. Dans certaines situations les tâches multiples que le travailleur doit effectuer sont à « *concurrence prévisible* », dans d'autres elles sont « à *interférences aléatoire* ». Dans le premier cas, le travailleur peut prévoir les moments où il sera sollicité pour l'une ou l'autre de ces tâches multiples, alors que dans le second cas, il ne peut pas prévoir quand est-ce qu'il sera amené à interrompre la tâche dans laquelle il est engagé pour répondre à une sollicitation imprévue. Cette deuxième situation se rencontre souvent dans des contextes où différents acteurs interagissent, comme c'est le cas dans les services hospitaliers. Le travail des infirmières constitue un bon exemple dans ce sens. En effet, l'infirmière doit surveiller en même temps plusieurs patients dont l'état peut évoluer de manière aléatoire et non prévisible, tout en coordonnant son activité avec celle des autres acteurs du service. À cela viennent s'ajouter de nombreuses sollicitations inattendues interrompant ainsi sa tâche en cours.

L'interruption des tâches contribue à la fatigue, aux risques d'erreurs et à l'insatisfaction professionnelle des soignants et constitue pour ceux-ci un important facteur de stress professionnel pouvant mener au burn out (Canouï & Maurenges, 2008).

Ce sous-chapitre nous a permis de passer en revue certaines difficultés auxquelles les travailleurs doivent faire face dans leur travail. Ces difficultés, liées au mode d'organisation du temps **de** travail, du temps **au** travail et du temps **hors** travail, peuvent avoir des conséquences sur la santé physique et psychique des travailleurs. Dans le sous-chapitre suivant nous allons décrire brièvement quelques notions liées aux risques pour la santé psychique au travail.

2.3.3 Les risques psychosociaux

Le contexte économique concurrentiel qui prévaut aujourd'hui dans les sociétés occidentales influence directement le monde du travail et participe à une amplification des contraintes qui se traduisent par un double processus : d'une part une augmentation des exigences de travail en termes de quantité et de qualité et d'autre part, un maintien constant, voire une diminution des ressources nécessaires pour y parvenir (Lhuilier, 2009). Ce double processus contribue à l'intensification du travail et à la dégradation des conditions de travail. La pression temporelle, la surcharge, la réduction des marges d'action du travailleur ou l'augmentation de la flexibilité horaires en sont quelques exemples qui vont avoir des conséquences sur la santé psychique et physique des travailleurs.

Plusieurs auteurs soulignent une augmentation des risques pour la santé des travailleurs ces dernières années, risques qui ont été regroupés sous le terme de **risques psychosociaux** et qui peuvent être liés à l'exigence et à l'organisation du travail, aux relations de travail ou encore à l'exigence des travailleurs par rapport à leur travail (Lancry & Ponnelle, 2004 ; Vézina & al., 2006, Vézina & Saint-Arnaud, 2011 ; Valléry & Leduc, 2012).

Ces dernières années les risques psychosociaux en milieu professionnel ont été beaucoup étudiés car ils induisent de la souffrance au travail, souffrance qui peut dépasser la sphère professionnelle et envahir la sphère familiale du travailleur. De plus, les risques psychosociaux engendrent d'importants coûts financiers ou humains. À titre d'exemple, on estime les coûts annuels du stress professionnel en France à deux ou trois milliards d'euros et le nombre de personnes qui souffrent d'une pathologie liée au stress au travail à 350000. Aux coûts directs viennent s'ajouter des coûts indirects en termes de désengagement des

travailleurs, de pénibilité perçue, de souffrance au travail ou de baisse de la productivité (Valléry & Leduc, 2012).

Dans ce sous-chapitre nous passons succinctement en revue quelques-unes des manifestations désignées dans la littérature comme faisant partie des risques psychosociaux, ainsi que les modèles qui permettent de les expliquer et de les analyser. Seront abordés les notions de stress, de mal-être et souffrance au travail et d'épuisement professionnel.

Le stress est un terme très utilisé aujourd'hui pour désigner les difficultés rencontrées dans le travail. Il peut désigner un processus ou un état (ibid).

D'un point de vue biologique, le stress est un processus appelé aussi « syndrome général d'adaptation » et il désigne un ensemble de réponses de l'organisme pour faire face à une situation susceptible de porter atteinte à son intégrité. Trois phases se distinguent : une première phase, appelée « phase d'alarme » durant laquelle l'organisme est confronté à l'agent stressant et mobilise toute une série de ressources pour y faire face, comme la sécrétion de certaines hormones et l'activation de certains organes. Si la source de stress persiste, l'organisme va chercher d'autres ressources nécessaires pour faire face à la situation, c'est la deuxième phase, appelée « la phase de résistance ». La chronicisation de la situation stressante mène à l'épuisement de l'organisme, qui représente la troisième phase du processus. L'équilibre de l'organisme n'ayant pas été rétabli, lors de cette phase il y a souvent l'apparition de maladie physiques et/ou psychiques, comme par exemple la dépression mentale qui permet à l'individu de se détacher de la situation stressante.

Le stress en tant qu'état psychologique se caractérise par un décalage entre les contraintes imposées à l'individu par l'environnement et les ressources que celui-ci a à sa disposition pour y répondre. La persistance de cet état procure un mal-être à l'individu et des manifestations comme des troubles musculo-squelettiques, des troubles du sommeil ou des conduites addictives peuvent apparaître. Dans les situations de travail, plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cet état, parmi lesquels : le travail sous pression temporelle ou à forte demandes cognitives dont il a été question ci-dessus, la polyvalence et la flexibilité de plus en plus demandés aux travailleurs (y compris en termes d'horaires de travail), les relations difficiles entre les subordonnés et l'encadrement hiérarchique ou la précarisation des emplois et le risque de chômage.

Différentes approches ont été utilisées pour étudier le stress, parmi lesquelles **l'approche transactionnelle** (Lancry & Ponnelle, in Brangier & al., 2004). Selon cette approche, qui met l'accent sur l'interprétation de la situation par l'individu, lorsque celui-ci se trouve dans une situation stressante, il va procéder à un double processus évaluatif : une évaluation primaire qui se centre sur les enjeux de la situation et son caractère menaçant ou risqué, c'est le stress perçu. Une seconde évaluation qui portera sur les ressources personnelles et environnementales que la personne peut mobiliser pour faire face à la situation et réduire la tension qu'elle provoque, autrement dit le contrôle perçu. Le rapport entre l'évaluation de la situation par l'individu et les possibilités d'action vont déterminer **les stratégies de coping** et la capacité de maîtrise de la situation.

Le coping désigne un processus conscient et actif que l'individu émet pour faire face à une menace et pour réduire la tension provoquée par cette menace. Ce processus peut prendre différentes formes : il peut se centrer sur le problème à résoudre, sur les émotions provoquées par ce problème ou sur l'évitement du problème. Le coping centré sur le problème est considéré comme le plus efficace car il vise la résolution du problème et par là-même, la réduction du stress. Quant au coping centré sur les émotions, il a pour objectif de réduire le vécu émotionnel engendré par la situation sans toutefois modifier le problème.

Le mal-être et la souffrance au travail sont deux autres manifestations pouvant faire partie des risques psychosociaux. Utilisés souvent de manière interchangeable, ces deux termes renvoient à des vécus différents. On désigne par mal-être un sentiment diffus de malaise qui traduit la perception qu'à l'individu de son état psychologique, alors que la souffrance renvoie à une sensation douloureuse éprouvée par l'individu et à un ressenti subjectif qui est difficilement comparable au plan interindividuel. Comme le soulignent Valléry & Leduc (2012, p. 35), « *un état de mal-être en lien avec le travail ne génère pas nécessairement de la souffrance* ». Les causes de ces deux manifestations sont multiples : manque de reconnaissance, situation de conflit, relations interindividuelles pathogènes au travail, décalage entre les normes et valeurs de l'individu et celles de l'entreprise, etc.

Le burn out est un syndrome d'épuisement des ressources physiques, mentales et émotionnelles en réponse à un stress émotionnel et physique chronique. Il se manifeste par un épuisement émotionnel et physique, une déshumanisation de la relation et une baisse de l'accomplissement de soi au travail. Le risque de burn out est plus important chez les personnes qui travaillent au contact d'autrui et dans les professions de relation d'aide comme

la santé, l'éducation ou l'aide sociale. Il semble être le résultat d'un surinvestissement dans des tâches qui nécessitent un dévouement humain important. La prévalence du burn out chez les infirmières serait comprise entre 18 et 45% dans les pays occidentaux (Canoui & Mauranges, 2008).

2.3.4 Analyse des risques psychosociaux

Comme le soulignent Valléry & Leduc (2012), il n'existe pas de théorie des risques psychosociaux, ni de modèles intégratifs. Les principaux modèles utilisés sont ceux élaborés pour le stress au travail avec quelques aménagements.

Cet état de fait ne va pas sans poser un certain nombre de problèmes, comme le souligne Lhuilier (2009). En effet, la référence au stress et la centration sur l'adaptation de l'individu aux difficultés du travail ou sur l'autogestion de sa vie professionnelle occultent les questions relatives à l'organisation du travail et mettent l'accent sur la vulnérabilité personnelle ou les stratégies de coping qu'il s'agit de renforcer. Dans cette optique, il existe le risque de croire que les individus disposent de ressources personnelles leur permettant de maîtriser toute situation. Or « *l'écart croissant entre augmentation des exigences et réduction des moyens pour y répondre* » (p. 96) indique « *une impossibilité* » de surmonter les situations stressantes du travail.

Pour dépasser la vision individualisée du problème de stress au travail et pour permettre une prise en compte collective des risques psychosociaux dans les organisations, certains modèles quantitatifs basés sur des questionnaires sont utilisés dans une approche causaliste. Ces modèles « *visent à repérer des éléments objectifs de l'environnement à travers les caractéristiques des situations de travail et des individus* » (Valléry & Leduc, 2012, p. 52).

On distingue six dimensions utilisées pour mettre en évidence les risques psychosociaux : les exigences du travail (quantité, pression temporelle, complexité du travail ou les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale), les exigences émotionnelles (émotions à dissimuler ou à montrer dans différents métiers), le manque d'autonomie, les rapports sociaux et les relations de travail (coopération, soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie), les conflits de valeurs (demandes qui sont en opposition avec les normes professionnelle ou sociales) et enfin l'insécurité de l'emploi (travail à temps partiel, travail en intérim, etc.).

Deux modèles sont principalement utilisés pour rendre compte objectivement des contraintes liées aux situations de travail: le modèle « *demande-autonomie au travail* » et le modèle « *déséquilibre effort/récompense* ».

Le modèle « demande-autonomie au travail » (Karasek, 1979 ; Karasek & Theorell, 1990, cité par Vézina & al., 2006) considère que lorsqu'une situation de travail se caractérise par une combinaison de demandes psychologiques élevées et une autonomie décisionnelle faible, il y a un risque pour les travailleurs de développer des problèmes de santé physique et psychique. Cette combinaison est désignée dans la littérature par le terme de « tension au travail » (job strain). Les demandes psychologiques se réfèrent à la quantité de travail à accomplir, aux exigences mentales et aux contraintes de temps pour effectuer ce travail. Quant à l'autonomie décisionnelle, elle comprend deux composantes : une qui se réfère à l'autorité (avoir la liberté de décider comment faire son travail ou avoir de l'influence sur le cours des choses au travail), l'autre qui se réfère à l'accomplissement de soi au travail et qui prend en compte la possibilité d'être créatif dans son travail, d'apprendre des choses nouvelles ou de développer ses habiletés personnelles. Un troisième élément a été ajouté au modèle : le soutien social qui désigne l'ensemble des interactions sociales utilitaires disponibles au travail de la part des collègues ou des supérieurs hiérarchiques. Le manque de soutien social semble avoir le plus de conséquences négatives sur la santé des travailleurs.

Le modèle « **déséquilibre efforts/récompenses** » (Siegrist, 1996, cité par Vézina & al., 2006) prend en compte les efforts déployés par le travailleur pour accomplir sa tâche et les récompensent qu'il en tire. L'effort élevé et la récompense faible peuvent mener à l'insatisfaction personnelle dans le travail. L'effort peut être extrinsèque (contraintes de temps, interruptions fréquentes, responsabilités, efforts physiques, etc.) ou intrinsèque (lié à l'investissement, voire au surinvestissement dans le travail). Le concept de « réciprocité sociale » semble central dans ce modèle. Le travailleur attend une récompense en échange à ses efforts et à son investissement au travail. L'absence de récompense ou son insuffisance engendrent des émotions et vécus négatifs et des réactions physiologiques et comportementales nocives pour la santé physique et psychique des travailleurs.

Ces deux modèles ont été utilisés et validés dans plusieurs études et le lien entre les situations de travail difficiles et les risques pour la santé physique et psychique des travailleurs semble établi (Bourbonnais & al., 1998 ; Niedhammer & al., 2001 ; Vézina & al., 2001; Bourbonnais & al., 2005 ; Vézina & Saint-Arnaud, 2011).

Ce sous-chapitre dédié aux risques psychosociaux nous a permis de faire un succinct état des lieux concernant cette problématique. Toutefois, il apparaît que la logique de prévention de ces risques par les entreprises et la remise en question des processus de gestion et d'organisation du travail restent modestes. Néanmoins, l'étude des risques psychosociaux pose la question de la santé physique et psychique articulée aux contraintes des situations de travail (Valléry & Leduc, 2012).

Reste que cette vision quantitativiste des risques psychosociaux dans le but « *de traduire en critères objectifs une réalité vécue radicalement subjective* » (de Gaulejac, 2011, p. 126) ne rend pas compte des écarts entre ce que ces outils permettent de saisir et l'activité réelle des individus au travail. D'autres approches sont ainsi nécessaires pour rendre compte des liens entre les conditions concrètes de travail et les conséquences sur la santé et la subjectivité des travailleurs. Une de ces approches est la psychodynamique du travail dont les apports sont décrits dans le sous-chapitre suivant.

2.4 La psychopathologie et la psychodynamique du travail

Dans ce sous-chapitre nous allons décrire les apports de la psychodynamique du travail à la compréhension du travail. Toutefois, comme le note Molinier (2008, p. 11), la psychodynamique du travail « *est à resituer dans une histoire plus longue qui trouve ses racines dans le champ de la psychiatrie avec l'émergence de la psychopathologie du travail* ». Dans la suite de ce sous-chapitre, nous allons d'abord décrire brièvement les apports de la psychopathologie du travail et ensuite ceux de la psychodynamique du travail.

2.4.1 La psychopathologie du travail

La psychopathologie du travail est un courant de la psychiatrie qui apparaît dans les années 1950 et pose une double problématique concernant le travail : le travail peut être structurant pour la santé ou peut devenir pathogène. Pour certains psychiatres comme Paul Sivadon, le travail pourrait représenter un moyen pour réadapter les malades mentaux. La situation de l'activité, adaptée aux capacités fonctionnelles du malade et à son niveau de sociabilité, va permettre le déploiement de processus subjectifs qui modifient l'objet et le sujet. La résolution de tensions successives lors de la confrontation du sujet avec le monde matériel et social va contribuer à restructurer sa personnalité, d'où le caractère thérapeutique du travail (Ganem & al., 2008).

D'autres psychiatres vont tenter d'identifier dans le travail des risques pour la santé des travailleurs normaux. Par exemple, Louis Le Guillant, qui soutient l'idée de la sociogenèse des maladies mentales, tentera d'établir un inventaire des maladies mentales causées par le travail. Le cas des téléphonistes dans les années 1950 qui, soumises à une organisation du travail et une surveillance très rigides, vont développer tout un ensemble de symptômes regroupé sous le diagnostic de « fatigue nerveuse », sera l'occasion pour « *la première fois de mettre en relation un type d'organisation du travail et des altérations sévères de la santé mentale* » (Molinier, 2008, p. 30). Toutefois, l'interprétation qui en est faite par Le Guillant se réduit à « *l'activité nerveuse supérieure* » qui serait perturbée par l'organisation du travail. Le drame vécu par les téléphonistes n'est pas pris en compte dans l'interprétation des symptômes et leur participation active (comme par exemple l'auto-accélération) à cette même organisation du travail est occultée. Les conduites humaines sont ici interprétées à la lumière du modèle pavlovien stimulus-réponse qui ne reflète pas la liberté du sujet et ne permet pas de prendre en compte l'action du sujet psychologique.

Selon d'autres auteurs, l'apport de l'œuvre de Le Guillant représente un précieux héritage pour l'analyse psychologique du travail. Préoccupé par l'expansion du taylorisme de l'époque, Le Guillant considère qu'« *avant les personnes, c'est bien le travail qu'il faut soigner à tous les sens du terme* » (Clôt, 2008, p. 60). Son apport à la psychopathologie du travail ne consiste pas en l'établissement d'une liste de troubles propres à un métier, mais en la promotion « *d'une clinique nouvelle nourrie de chaque situation concrète à transformer* » (p. 61). Par exemple, dans l'étude du métier de « *bonne à tout faire* » le Guillant introduit la création subjective dans la pathologie. En considérant la soumission et la servitude des bonnes à tout faire « *non pas comme l'acceptation de la situation mais comme la forme inversée de l'impuissance à agir* », il identifie la passivité de leur conduite comme « *un acte psychique défensif* ». Ainsi il « *se sépare de la vieille notion d'une pathologie considérée comme une agression frappant de l'extérieur un sujet désarmé et innocent* » (p. 64).

Ce courant ne va toutefois pas durer, faute d'avoir pu mettre en évidence un lien causal entre le travail et la maladie mentale. C'est la rencontre entre ergonomie (d'orientation française) et la psychanalyse qui permettra de rendre compte de l'implication subjective du sujet dans son travail et aussi de la dimension collective du rapport subjectif au travail (Ganem & al., 2008 ; Molinier, 2008). C'est de cette rencontre que vont apparaître les premiers travaux de psychodynamique du travail, discipline que nous décrivons dans la suite de ce sous-chapitre.

2.4.2 La psychodynamique du travail

Initiée en France par Christophe Dejours dans les années 1980, la psychodynamique du travail se définit comme « *l'analyse psychodynamique des processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail* » (Dejours, 2000, p. 205), le terme dynamique renvoyant au conflit psychique. En effet, dans toute situation de travail, la confrontation entre le sujet avec son histoire individuelle et la situation de travail avec des caractéristiques sur lesquelles le sujet n'a que partiellement l'emprise, va générer des conflits psychiques.

La psychodynamique du travail définit le travail comme « *l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail* » (Davézies, 1990, cité par Dejours, 2000, p. 216). Le travail représente ainsi pour le sujet une expérience dans laquelle il est pleinement engagé, avec l'ensemble de sa personnalité, de son corps, de sa subjectivité. Travailler confronte le sujet à des procédures, à des outils à manipuler, à des prescriptions, mais aussi à d'autres sujets, collègues ou hiérarchie avec lesquels il va interagir. Aussi, le travail confronte le sujet au réel qui résiste à sa maîtrise et le pousse à trouver des solutions non prévues par le travail prescrit. Les connaissances et savoir-faire du sujet peuvent se trouver remaniées pendant le travail, sollicitant son ingéniosité et rendant ainsi au travail un caractère subjectif et vivant. Mais le travail revêt également un sens collectif, le sujet travaille avec les autres, ce qui nécessite coopération et partage de règles de métier (Gernet, 2009). Aussi, le travail sollicite une « *intelligence inventive* » de la part du sujet qui passe par le corps, se capitalise et s'imprègne dans le corps et non seulement par le cerveau. Pour arriver à cette intelligence inventive, il faut une relation prolongée du corps avec la tâche. Par exemple, pour se familiariser avec le fonctionnement d'une machine, le sujet va devoir l'essayer, la sentir, faire corps avec, tout comme la maîtresse d'école va sentir ses élèves, leur attention ou leur fatigue, avec son corps. Souvent il faut des années pour se familiariser avec l'objet du travail et les efforts fournis par le sujet dans le travail vont habiter sa subjectivité et le transformer en profondeur.

Le réel du travail, par sa résistance au sujet, peut engendrer une souffrance qui n'est pas pathogène et qui peut se transformer en plaisir et en accomplissement de soi (Dejours, 2006). Lorsque l'organisation du travail ne permet plus au sujet cette marge de manœuvre pour déployer son intelligence inventive le travail peut induire de la souffrance et devenir destructeur pour la santé. Il en va ainsi par exemple d'un rythme de travail trop soutenu, du

manque de reconnaissance de l'implication du sujet dans son travail ou d'un travail dénué de sens.

L'identité

Notion centrale pour la santé mentale, l'identité, contrairement à la personnalité qui est considérée comme stable, n'est jamais définitivement acquise ni stabilisée mais demande à être continuellement confortée. Or le sujet ne tient pas son identité uniquement de lui-même, mais aussi du regard de l'autre et de sa reconnaissance. Les situations de travail, situées dans le réel, représentent des épreuves pour la construction de l'identité et engagent le sujet de manière affective. Le sujet y mobilise son intelligence et son ingéniosité et lorsqu'il réussit à surmonter les difficultés rencontrées dans le travail, son identité en ressort grandie. La dynamique de l'identité, telle que proposée par Sigaut (1990, cité par Dejours, 2000, p. 223) peut être représenté par un schéma en forme de triangle avec à chaque pôle un élément constitutif de l'identité : le Réel, l'Ego et Autrui. Pour que le sujet puisse construire son identité, ces trois éléments restent liés. Si un des trois éléments est isolé des deux autres, la dynamique de l'identité et par là-même, la santé mentale du sujet s'en trouvent atteintes.

En psychodynamique du travail, le triangle de la dynamique de l'identité porte à ses pôles le travail, la souffrance et la reconnaissance. Comme nous l'avons vu plus haut, pour combler l'écart entre le prescrit et le réel, le travailleur mobilise son savoir-faire et ses habiletés redéfinies à chaque fois car les situations de travail sont à chaque fois différentes, ce qui ne peut pas se faire sans une certaine souffrance. L'activité de pensée et l'activité symbolique du travailleur sont entièrement engagées et la souffrance n'est pas séparée du travail, mais consubstantielle à celui-ci. Si l'implication du sujet dans son travail n'est pas reconnue, il s'en suit pour le sujet une aliénation sociale que la psychodynamique nomme « pathologie de la solitude », qui va induire une fragilisation de la santé mentale du sujet, transformant ainsi l'activité de travail en danger pour la santé du travailleur.

La psychodynamique du travail cherche à « *mettre au jour ce qui, dans l'affrontement de l'homme à sa tâche, met en péril sa vie mentale* » (Dejours, 2000, p. 27). En effet, comme le souligne Dejours (2006, p. 202), l'intelligence que déploie le sujet pour faire face au réel dans les situations de travail est « *fondamentalement subjective, affective et corporelle, elle est du même coup invisible* » en non mesurable quantitativement. Ce qu'on mesure c'est le résultat du travail. Or dans certaines situations de travail comme les soins ou les activités de service, dans lesquelles la relation (immatérielle et non mesurable), est centrale, les mesures

objectives du travail sont souvent à l'origine de la souffrance et du sentiment de non reconnaissance des travailleurs. Car mesurer seulement ce qui est visible, c'est nier l'effort du travailleur qui ne se voit pas, donc dans le cas des soins, c'est nier le travail lui-même déployé par les soignants. Autrement dit, c'est ne pas témoigner aux travailleurs la reconnaissance de leur implication subjective dans le travail.

La reconnaissance du travail par autrui, qui a un rôle de rétribution symbolique, passe par deux types de jugements : des jugements de beauté quand le travail est reconnu par ses pairs comme ayant été fait dans « les règles de l'art » et des jugements d'utilité venant en général de la hiérarchie. Il apparaît aussi que lorsque la reconnaissance venant de la hiérarchie fait défaut, les travailleurs peuvent garder leur équilibre psychique, pour autant que le sens du travail et la reconnaissance par les pairs soient maintenus. Comme le souligne Molinier & Flottes (2012) dans des situations de travail où ce qui est attendu des travailleurs en termes de rendement, qualité ou même de « philosophie », s'avère impossible à réaliser avec les moyens mis à leur disposition le travail peut s'avérer délétère pour la santé des travailleurs.

Pour s'adapter et supporter leurs conditions de travail qui peuvent générer de la souffrance, les travailleurs développent **des stratégies de défense individuelles et collectives**. Ces stratégies de défense, orientent les façons de penser et d'agir des travailleurs de façon à éviter la perception de ce qui fait souffrir. N'intervenant pas sur le monde réel, les défenses mises en place agissent par des moyens symboliques.

Les stratégies de défense collectives participent à ce que les membres des collectifs partagent des conduites, des représentations et des règles qui les protègent de ce qui fait souffrir dans le travail. Ces stratégies collectives de défense sont différentes dans les collectifs de travail masculins et féminins, autrement dit, il existerait « *une sexuation des défenses* » (Molinier, 2008, p. 249).

Par exemple, dans les collectifs de travail d'hommes, ces défenses passent par le déni de la peur, de la souffrance ou de la vulnérabilité et en même temps génèrent du mépris face aux personnes qui se montrent plus fragiles. Ces stratégies de défense collectives ont été observées dans des métiers masculins risqués comme le bâtiment et aussi dans d'autres corps de métiers comme les policiers, les gardiens de prisons, les douaniers ou les cadres d'entreprise. Il apparaît aussi que ces stratégies de défenses masculines ne facilitent pas l'intégration des femmes dans ces métiers, faisant ainsi « *du travail du mal le travail du mâle* » (Molinier & Flottes, 2012).

Quant aux collectifs féminins de travail, comme les collectifs d'infirmières et d'aides-soignantes, dans lesquels les femmes représentent environ 87% des travailleurs, les défenses collectives se construisent en réaction à la peur générée par le travail (peur de contamination, d'erreur, de violence), au dégoût (odeurs corporelles, plaies suintantes, incontinence) ou à l'angoisse due à la dégradation physique et mentale des patients (Molinier, 2008). Dans ces collectifs féminins de travail, les stratégies de défenses ne peuvent se construire sur le déni de sa propre vulnérabilité comme c'est le cas dans les collectifs masculins, car cela irait à l'encontre du travail bien fait. En effet, nier leur propre vulnérabilité rendrait les soignantes insensibles à la souffrance des patients et compromettrait le sens de leur travail. Ainsi, plutôt que de nier leur vulnérabilité, les soignantes l'expriment à travers l'autodérision, ce qui représente la principale composante des défenses féminines. Cette stratégie de l'autodérision nécessite l'existence de collectifs et de règles de travail infirmier qui permettent le partage des expériences de travail entre collègues. Il s'agit pour les soignantes « *d'inventer ensemble les ressources symboliques qui permettent de rendre le monde vivable sans en évacuer pour autant la souffrance* » (p. 249). La sensibilité à la vulnérabilité d'autrui résulterait de l'élaboration collective de la souffrance générée par le travail de soin et non pas d'une vertu naturelle de certaines femmes, comme il est souvent supposé dans le sens commun.

Lorsque les stratégies de défense deviennent une fin en soi et se radicalisent, on parle **d'idéologie défensive** (Dejours, 2000). Dans le cadre du travail, les idéologies défensives se mettent en place lorsque la souffrance devient extrême et les espaces de discussion deviennent inexistantes. Les travaux menés dans certains collectifs d'aides-soignantes ont permis de mettre en évidence des idéologies défensives de métier appelées « *idéologie de l'ordre du mérite* » (Molinier, 2008, p. 251) qui consistent à distinguer les patients qui coopèrent et expriment de la gratitude et par conséquent méritent d'être traités comme des être humains à part entière, et ceux qui n'en expriment pas et ralentissent le travail (par exemple les patients séniles, les patients toxicomanes, etc.) Ces rationalisations s'avèrent délétères pour le travail dans les soins car elles peuvent mener à l'indifférence, voire à la maltraitance à l'égard des patients qui ne manifestent pas de la gratitude.

Des stratégies de défense individuelles dans les soins ont également été mises en évidence par les travaux de psychodynamique du travail. « *L'activisme* » est un exemple de stratégie individuelle de défense qui consiste à effectuer intégralement ses tâches sans compter ses heures. Cette stratégie mène au rétrécissement de la vie privée, voire à l'épuisement. De plus, l'activisme peut être la source de conflits entre les soignantes qui tentent de protéger leur vie

privée et celles qui font de l'activisme en répondant à toutes les sollicitations de l'institution. « *La mutation* » est une autre stratégie de défense individuelle qui a été mise en évidence parmi les infirmières cadres qui souffraient de surmenage. Succédant souvent à l'activisme, la mutation semble être une solution pour éviter les conflits lorsque ces infirmières cadres ont l'impression que le système en place ne leur permet plus de travailler selon leurs valeurs.

D'autres stratégies de défense ont été mises en évidence dans le travail infirmier. Dans une revue de littérature, St-Pierre & al. (2010) ont recensé 56 études traitant du travail infirmier dans les unités de soins intensifs et ont fait une analyse des résultats en utilisant les concepts de la psychodynamique du travail : les sources de souffrance et de plaisir au travail, ainsi que les stratégies défensives déployées par les infirmières. Celles-ci invoquent comme motifs pour la perte de plaisir et la souffrance au travail plusieurs éléments parmi lesquels : l'intensité des soins, l'exigence de la technologie, la charge cognitive et psychique du travail, le manque de reconnaissance ou la perception futile des soins (l'acharnement thérapeutique). Suite à la perte de plaisir et à la souffrance engendrée par leur travail, les infirmières utilisent des stratégies défensives pour tenir au travail et atténuer la perception de leur souffrance. Ces stratégies peuvent se manifester par le détachement dans leur travail, le déni des situations qui font souffrir (comme l'anxiété liée à la confrontation continue à la mort), la centration sur l'aspect technique du métier ou l'absentéisme. « *L'idéologie de l'élite* », autre stratégie décrite dans la littérature, est adoptée par les infirmières des soins intensifs et consiste en une valorisation du danger qui va devenir source de plaisir (Carpentier-Roy, 1990, citée par St-Pierre & al, 2010). Quant aux autres sources de plaisir dans le travail des infirmières de soins intensifs, elles semblent venir du goût du risque, des situations de stress comme source de motivation ou des situations urgentes.

Si les stratégies de défenses empêchent de penser à ce qui fait souffrir et de transformer ces sources de souffrance, elles s'avèrent très importantes pour le maintien de l'équilibre psychique des travailleurs. À long terme cependant, les individus peuvent voir leurs défenses fragilisées et la souffrance s'exprimer par la somatisation.

Plusieurs pathologies, réunies sous le nom de **pathologies de surcharge** ont été décrites dans les travaux menés en psychodynamique du travail. On y retrouve les troubles musculo-squelettiques, les lésions par efforts répétitifs ou les lésions d'hypersollicitation. Ces pathologies ne se rencontrent pas seulement dans les situations de travail physique lourd, mais aussi dans des tâches dites de bureau soumises à des contraintes de cadences et de nouvelles

méthodes d'organisation du travail, ce qui conduit certains auteurs à considérer « *qu'entre les contraintes organisationnelles et l'apparition de ces lésions somatiques (...), s'intercale un chaînon intermédiaire capital : une atteinte au fonctionnement psychique.* » (Dejours, 2000, p. 11). En effet, dans les tâches répétitives et soumises à contraintes temporelles, les sujets peuvent être amenés à auto-accélérer leur rythme, ce qui laisse de moins en moins de place à l'activité de pensée. De cette façon, ils vont se trouver « *dans un état de relative protection contre la conscience douloureuse de la condition absurde à laquelle ils sont condamnés par une activité entièrement conçue et décidée en dehors d'eux-mêmes (...).* » (p. 254). A mesure que l'activité de pensée se réduit, les symptômes dus à la surcharge vont se manifester sous une forme somatique et non plus psychique.

Le karôshi est un autre exemple de pathologie de surcharge décrite au Japon, qui se manifeste par la mort subite suite à un accident vasculaire cérébral ou cardiaque qui se rencontre chez les travailleurs en surcharge de travail, dont les semaines de travail dépassent souvent 70 heures. Le burn out ou les pathologies du harcèlement constituent d'autres exemples de pathologies de surcharge.

Ce sous-chapitre consacré à la psychodynamique du travail nous a permis la compréhension du vécu subjectif des travailleurs en lien avec le travail. Nous avons vu que dans toute situation de travail, la confrontation du sujet au réel du travail peut générer de la souffrance, souffrance qui peut se transformer en plaisir, voir en accomplissement de soi lorsque l'organisation du travail permet au sujet de déployer son intelligence inventive pour faire face à la situation. Cette implication du sujet dans la situation de travail nécessite une reconnaissance des paires et de la hiérarchie qui va avoir un rôle de rétribution symbolique. Lorsque la reconnaissance fait défaut, l'identité du travailleur et sa santé psychique peuvent être atteintes. Pour garder l'équilibre psychique, le sujet tentera de s'adapter en développant des stratégies de défense individuelles et collectives qui sont souvent inconscientes. Les stratégies de défense n'agissant pas sur ce qui fait souffrir, elles peuvent se fragiliser et laisser apparaître certaines pathologies comme les pathologies de surcharge décrites ci-dessus.

Dans la suite de ce chapitre, nous allons étudier d'autres pathologies qui ont été mises en évidence par le modèle médical et qui peuvent se rencontrer dans la pratique des horaires atypiques et des horaires de nuit.

2.5 Le modèle médical et les études épidémiologiques

Issues de l'épidémiologie, de la médecine du travail ou de la physiologie du travail, les recherches s'inscrivant dans ce modèle prennent en compte les facteurs de risque découlant du travail pour la santé des travailleurs. Dans un but de prévention de ces risques, les études quantitatives sont menées sur des cohortes identifiées sur la base de données issues des statistiques de santé publique, comme les statistiques de mortalité, ou des registres de certaines maladies comme les cancers. Les études traitant des effets des horaires de nuits sur la santé des travailleurs s'inscrivent, pour une partie d'entre elles, dans l'épidémiologie analytique. Selon Goldberg (1990), l'objectif de l'épidémiologie analytique est la mise en évidence du lien entre l'exposition à certains facteurs de risque et l'apparition ultérieure des maladies. Ces études procèdent à la comparaison entre les groupes exposés au facteur de risque identifié et les groupes non exposés, comparaison qui va permettre d'estimer le risque qu'encourent les groupes exposés de développer les maladies en question.

Une riche littérature met en évidence l'impact des horaires atypiques sur la santé physique des travailleurs et le risque de développer certaines pathologies graves. Sans nier l'importance de ces études pour le développement des connaissances dans le domaine, il s'agit dans ce sous-chapitre d'en donner un aperçu global à l'aide de revues de littérature et d'illustrer la problématique avec quelques études plus récentes menées sur le sujet.

Les horaires atypiques et les horaires de nuit ont été identifiés dans la littérature médicale comme des facteurs de risque pour de nombreuses pathologies. Dans une revue de littérature Knutsson (2003) donne un aperçu de quelques une de ces pathologies qui sont décrites ci-dessous.

Les troubles gastro-intestinaux, comme les ulcères gastriques et duodénaux, l'irrégularité du transit intestinal, la constipation ou les flatulences, sont plus fréquents chez les travailleurs postés que chez les travailleurs de jour. Par exemple, la fréquence des ulcères gastriques et duodénaux serait double chez les travailleurs postés par rapport aux travailleurs de jour (Costa, 1996). Cette différence entre les travailleurs postés et les travailleurs de jour s'expliquerait par l'irrégularité des repas, par la qualité de la nourriture ou par la vitesse d'ingestion des aliments.

Une étude portant sur le comportement alimentaire et l'activité motrice générale des infirmières travaillant en horaires atypique (Rohmer & al., 2004) a mis en évidence des

différences de comportement alimentaire entre les infirmières travaillant la nuit et celle travaillant en horaires atypique sans nuit. Ainsi, les infirmières travaillant la nuit grignotent plus la journée que les infirmières travaillant en horaires atypiques sans nuit selon cette étude.

Les pathologies cardio-vasculaires représentent un autre facteur de risque pour les travailleurs posté. Différentes études sur le sujet mettent en évidence que les travailleurs postés ont un risque de 40 % supérieur aux travailleurs non posté de développer une pathologie cardio-vasculaire Knutson (2003). Ainsi, le risque d'infarctus du myocarde serait positivement corrélé avec le travail posté autant chez les hommes que chez les femmes.

Une étude de cohorte (Kawachi & al., 1995) portant sur 79 109 infirmières, travaillant en horaires irréguliers avec minimum 3 nuits par mois, a procédé au suivi de ces infirmières pendant quatre ans. Âgée de 42 à 67 ans au début de l'étude, ces infirmières avaient un risque relatif de développer un infarctus du myocarde de 1,38 % supérieur aux infirmières ne travaillant pas en horaires irréguliers. Après ajustement pour d'autres facteurs de risque (tabac et autres facteurs de risque cardiaque) le risque relatif de développer un infarctus atteignait 1,51 % pour les infirmières avec au moins six ans d'ancienneté de travail. Cette étude rapporte aussi que le risque de développer un infarctus chez les travailleurs posté serait expliqué par une plus importante consommation de tabac, un plus haut taux de cholestérol et une valeur plus élevée de la tension artérielle.

Le diabète et les troubles métaboliques sont un autre facteur de risque pour les travailleurs posté. Aggravées par le manque de sommeil et l'obésité, ces pathologies représentent à leur tour un important facteur de risque pour les pathologies cardio-vasculaires. Comme le souligne Knutsson, des études récentes suggèrent que la privation de sommeil influence la tolérance au glucose. De plus, le risque d'obésité est plus important chez les travailleurs de nuit.

Une étude de cohorte portant sur 7406 infirmières et sages-femmes (uniquement des femmes) en Australie, Nouvelle Zélande et au Royaume Uni, a étudié l'association entre le type de travail posté et les problèmes de surpoids (indice de masse corporelle compris entre 25 et 29) ou d'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30) à travers un sous-échantillon 2086 participantes (Zhao & al., 2012). 31,7% de l'échantillon était en surpoids et 27, 1% présentait une obésité. Il ressort de cette étude que le travailleuses en horaires atypiques alternants jour et nuit ont plus de risque de développer des problèmes de surpoids et

d'obésité, alors que les travailleuses en horaire fixe de nuit ont plus de risque de développer une obésité.

Des problèmes liés à la grossesse ont également été identifiés chez les travailleuses en horaires atypiques. Ces travailleuses auraient un risque plus important d'avortement spontané, de poids réduit des bébés à la naissance et de prématurité des bébés.

Les cancers

Le travail de nuit a été reconnu comme facteur de risque dans la survenue de certains cancers et a été classé par le Centre international de recherche sur le cancer en deuxième position (2A), probablement cancérigène pour l'homme, ce qui signifie qu'il y a des indications limitées de la cancérogénicité pour l'homme mais des indications suffisantes de cancérogénicité chez l'animal de laboratoire (Ntawuruhunga & al., 2008).

De nombreuses études rapportent le risque de développement de cancers lié au travail en horaires atypiques. L'explication résiderait dans le rôle antinéoplasique (anti cancérigène) de la mélatonine (Noel, 2009) qui contrôle la sécrétion d'hormones sexuelles. La production de mélatonine se fait essentiellement pendant le sommeil. Le travail de nuit, de par la privation de sommeil qu'il induit, réduit la sécrétion de mélatonine, favorisant ainsi la libération d'hormones sexuelles et le développement de certains cancers hormono-dépendants comme le cancer du sein, des ovaires ou de la prostate. Le risque de développer un cancer du sein chez les travailleuses en horaires atypiques et surtout chez celles qui travaillent la nuit est majoré de 48 % et ce risque augmenterait en fonction du nombre d'années travaillées selon certaines études.

Dans une étude récente menée au Danemark et portant sur un important échantillon d'infirmières, le risque de développer un cancer du sein suite au travail en horaires atypiques a été confirmé (Hansen & Stevens, 2012). Les auteurs ont procédé à un entretien téléphonique structuré de 267 infirmières diagnostiquées avec un cancer du sein entre 2001 et 2003 et 1035 participantes contrôles sélectionnés d'une cohorte de 58091 infirmières. Les résultats indiquent que les infirmières qui travaillent en horaires atypiques (y compris des horaires de nuit) ont un risque de développer un cancer du sein qui est 1,8 fois supérieur en comparaison aux infirmières qui travaillent la journée et ce risque est de 2,9 pour les infirmières qui ont travaillé en horaire fixe de nuit et en horaires alternants jour /nuit. Cette étude montre aussi qu'il y a des différences entre le type d'horaires atypiques et le risque de développer un cancer

du sein. Les horaires atypiques qui finissent avant minuit semblent comporter moins de risque que les horaires de nuit et les horaires alternant jour et nuit apparaissent comme les plus à risque.

Dans une étude américaine qui a porté sur 1490 femmes diagnostiquées avec un cancer de l'ovaire et 1832 participantes contrôle, l'association entre le travail de nuit et le risque de développer un cancer de l'ovaire a été mise en évidence (Bhatti & al., 2013). L'étude conclue à cette association pour les femmes âgée de 50 ans et plus. Cependant une augmentation du risque de cancer avec l'augmentation du nombre d'années de travail de nuit n'a pas été en mise évidence dans cette étude.

Les troubles du sommeil et la fatigue chronique sont fréquemment rapportés par les travailleurs en horaires de nuit. En effet, les travailleurs de nuit (surtout les femmes) dorment moins longtemps et leur sommeil est de moins bonne qualité (Noel, 2009 ; Costa, 1996). Les obligations familiales et les conditions peu favorables au sommeil pendant la journée diminuent ainsi la qualité et la quantité de sommeil des travailleurs de nuit qui accumulent avec le temps un manque chronique de sommeil. L'augmentation des accidents au travail et des accidents de circulation sur le chemin de retour après le travail sont des conséquences de ce manque de sommeil.

Dans une étude épidémiologique Drake & al. (2004) ont interviewé par téléphone 2570 personnes âgées de 18 à 65 ans dont 360 travaillaient en horaires alternants, 174 en horaires de nuit et 2036 en horaires de jour. Les résultats montrent que 32% des travailleurs de nuit et 26 % des travailleurs en horaires alternants présente de l'insomnie ou de la somnolence excessive.

Des **changements dans les comportements de santé** sont également rapportés dans la littérature concernant les horaires de nuit. Une étude portant sur 2062 assistantes en soins, dont 84 travaillaient en horaires fixes de nuit et 202 en horaires alternants avec horaires de nuit, a montré une association entre le travail de nuit fixe et un plus haut risque de reprise de la consommation de tabac. Aussi, les assistantes travaillant la nuit avaient, selon les résultats de cette étude, moins de chances d'arrêter le tabac et de commencer une activité physique (Nabel-Nielsen & al., 2011).

Dans une étude menée en Suisse sur un échantillon de 882 travailleurs actifs et non actifs provenant de plusieurs branches économiques (industrie, imprimerie, distribution, soins et

boulangerie), les auteurs ont mis en évidence un ensemble de difficultés auxquelles les travailleurs de nuits et surtout les anciens travailleurs de nuit sont confrontés (Ramaciotti & al., 2005). L'enquête rapporte que les travailleurs de nuit permanents en dernier emploi sont en moyenne en meilleure santé que les travailleurs effectuant d'autres horaires, qu'ils déclarent être moins stressés et s'absenter moins au travail pour raison de maladie ou d'accident. Cette situation reflèterait un biais identifié dans la littérature, le « **healthy shiftworker effect** » selon lequel les travailleurs qui restent dans ce type d'horaire représentent une population résistante et en bonne santé. Les effets du travail de nuit sur leur santé se font toutefois sentir à long terme. En effet, les résultats de l'enquête montrent que les ex-travailleurs de nuit permanents et ceux ayant effectué ces horaires pendant la plupart de leur parcours professionnel disent souffrir de troubles du sommeil, de troubles cardiaques, de troubles gastro-intestinaux et des troubles musculo-squelettiques. Ils déclarent aussi se sentir plus nerveux, plus irritables, consommer plus de substances (antidouleurs ou boissons alcoolisées) que le reste de l'échantillon ou citent plus souvent la survenue d'une maladie grave.

Ce sous-chapitre nous a permis de prendre connaissance d'un ensemble d'études qui ont mis en évidence certains problèmes de santé liés au travail en horaires atypiques et en horaires de nuit. Bien que peu liées au questionnement psychologique qui guide notre recherche, ces connaissances nous semblent importantes pour une meilleure compréhension de la problématique du travail en horaires atypiques.

À l'instar de ces études qui ont souligné les effets possibles du travail en horaires atypiques sur la santé des travailleurs, quelques études que nous présentons dans le sous-chapitre suivant, évoquent plus spécifiquement le travail de nuit dans les soins.

2.6 Quelques travaux évoquant le travail de nuit dans les soins

Axées sur le **temps au travail**, ces études mettent en évidence certaines difficultés rencontrées par les soignants qui travaillent la nuit.

Le travail de nuit semble être choisi par les soignants pour diverses raisons, comme par exemple plus de temps libre en journée, plus d'autonomie et de responsabilité dans l'exercice professionnel, une meilleure ambiance de travail avec plus d'entraide, un plus grand revenu et la possibilité d'assurer la garde d'enfants (Commare & Signorini, cité par Horellou-Lafarge, 2011). Toutefois, les infirmières et infirmiers qui travaillent en horaires de nuit fixe (environ

20 % du personnel infirmier français selon les auteurs) rencontrent plusieurs difficultés liées au travail lui-même et à sa reconnaissance. Ces infirmières disent être soumises à un travail physique plus important car elles doivent assumer des soins qui sont généralement dévolus aux aides-soignantes la journée. L'effectif moindre la nuit, l'isolement, le manque de communication avec les équipes de jour et le manque de valorisation de leur travail participent à la pénibilité perçue du travail de nuit ou sentiment d'isolement sur le lieu de travail. Cette dernière difficulté est souvent rapportée par les infirmières travaillant habituellement la nuit.

Certains établissements médicaux ont pris des mesures pour pallier au sentiment d'isolement sur le lieu de travail et ont renforcé l'encadrement la nuit pour accompagner les soignants. Aussi, dans la fonction publique hospitalière, pour lutter contre la pénibilité du travail de nuit, le nombre d'heures annuelles de travail des soignants travaillant la nuit de façon permanente a été diminué depuis 2004 (Edouard, 2010).

Pour Perraut-Soliveres (2006), les soignants qui travaillent la nuit font ce choix non pas pour travailler moins (idée souvent entendue dans le milieu soignant) mais pour travailler différemment. Pour cette auteure qui a travaillé la nuit en tant qu'infirmière et en tant que cadre de nuit, le travail de nuit est fondamentalement différent du travail de jour. Si la journée la maladie du patient est au centre des activités des intervenants, la nuit c'est le patient qui est au centre de l'attention des soignants. Ces derniers vont organiser leur travail en fonction de son état et de ses demandes, tout en essayant de respecter son sommeil. Mais la nuit, loin du « *tumulte de la journée* », est aussi la possibilité pour le patient de poser les questions ou exprimer les demandes qu'il n'a pas pu exprimer la journée, rendant ainsi le travail plus axé sur la relation d'aide et moins sur la technicité valorisée la journée. Ce temps passé auprès du patient n'étant pas « *chiffable* », le soin relationnel devient « *invisible* » aux yeux des équipes de jour pour lesquelles la nuit est synonyme de « *moins de travail* » ou de « *moins d'intérêt* », ce qui contribue à un manque de reconnaissance du travail de nuit. Malgré cela, les soignants qui travaillent la nuit voient leur travail comme un travail qui du sens car il leur permet de mettre au profit des patients leur capacités relationnelles.

Les soignants travaillant la nuit sont aussi confrontés à une autre difficulté qui est celle de se retrouver souvent seuls dans le service. L'encadrement réduit la nuit et la présence du seul médecin de garde pour plusieurs services amènent les soignants à travailler de manière autonome, ce qui pour l'auteure « *se traduit inéluctablement par un sens plus aigu de la*

responsabilité », et ce d'autant plus que cette responsabilité du soignant est engagée « *non seulement vis-à-vis du patient mais également devant la communauté médicale et l'institution de soins (sans compter la responsabilité civile et pénale).* » (Perraut-Soliveres, 2003).

Une étude menée dans deux services de pneumologie de deux hôpitaux parisiens (Toupin, 2006) montre que les infirmières vivent leur travail de nuit comme « *invisible* » aux yeux des équipes de jour et n'étant ni reconnu ni valorisé par ces équipes. Aussi, un manque de formation et d'encadrement pour le travail de nuit ressort de cette étude. Que ce soit pour les soins ou pour répondre aux demandes des patients, ces infirmières organisent leur travail en fonction de buts spécifiques au travail de nuit et cette spécificité, très différente de celle du travail de jour, n'est pas enseignée durant la formation de base, ce qui pose un important problème pour les infirmières et surtout pour celles qui sont au début de leur exercice professionnel.

2.7 Conclusion du chapitre et limites de la littérature étudiée

La revue de littérature exposée dans ce chapitre nous a permis de comprendre la thématique du travail telle qu'étudiée par les trois disciplines : la psychologie du travail et l'ergonomie, la psychodynamique du travail et le modèle médical.

Les études menées dans le champ de la psychologie du travail et de l'ergonomie ont mis en évidence les difficultés induites par les horaires atypiques et les horaires de nuit à travers le temps et les rythmes de travail qui peuvent être à l'origine des conflits avec les rythmes biologiques, sociaux et familiaux des travailleurs. La santé au travail est également étudiée et expliquée dans ces disciplines à travers des notions comme le stress et les stratégies de coping, l'épuisement professionnel, le mal-être au travail, etc., réunies sous le nom de risques psychosociaux.

Cependant, les données issues de ces études, obtenues souvent à l'aide d'outils de recherche quantitative de type grilles, questionnaires ou entretiens structurés, tentent de se dégager le plus possible du vécu individuel dans le but d'objectiver ces indicateurs. Autrement dit, ces études n'aborde pas la subjectivité des travailleurs, ni l'expression de leur vécu en lien avec le travail. Or, dans l'activité de travail, la personne entière est impliquée avec sa subjectivité. L'évaluation des implications du travail pour les travailleurs d'un point de vue objectif et objectivable ne suffit pas, il est nécessaire de recueillir le vécu subjectif et intersubjectif des

travailleurs sur ce qu'ils vivent vis-à-vis de leur situation de travail et sur le sens qu'ils donnent à ce vécu.

La psychodynamique du travail permet de saisir le lien entre subjectivité du travailleur et situation de travail. En effet, les travaux menés dans le cadre de cette discipline mettent en évidence les mécanismes psychiques mobilisés par les travailleurs lorsqu'ils sont confrontés au réel du travail, travail qui « *n'est jamais neutre vis-à-vis de la dynamique du plaisir et de la souffrance. Soit il autorise la transformation de la souffrance en plaisir, soit il fait obstacle.* » (Molinier, 2008, p. 64). En introduisant les notions de souffrance et de plaisir dans le travail, la psychodynamique du travail introduit ainsi le sujet et la subjectivité. Et le sujet « *loin de subir ce qui lui arrive, s'en défend (...).* » (p. 53). Des stratégies de défenses collectives ou individuelles se mettent ainsi en place, souvent à l'insu de la conscience des travailleurs, pour minimiser la souffrance.

Si le vécu subjectif et intersubjectif des travailleurs en lien avec leur travail apparaît dans les études issues de la psychodynamique du travail, l'influence du travail sur l'être dans le monde des travailleurs d'un point de vue phénoménologique, qui nous intéresse également dans cette recherche, n'est pas abordée par les travaux que nous avons passés en revue.

Les études menées dans le cadre du modèle médical concernent plus la médecine et la santé publique que le questionnement psychologique. L'intérêt de connaître les résultats issus de ces recherches passe par la question de l'impact des problèmes de santé liés au travail de nuit sur la vie des travailleurs. Comme le soulignent Prunier-Poulmaire & Gadbois (in Brangier & al., 2004, p. 195), « *le mal-être physique et les troubles de santé générés par la pratique d'horaires de travail peu compatibles avec la vie privée influent sur le déroulement de la vie hors travail et l'analyse du jeu de ce registre de causalité relève pleinement de la psychologie* ».

Quant aux quelques écrits concernant le travail de nuit dans les soins, ils ont mis en évidence la spécificité du travail de nuit qui se traduit par une organisation du travail dans laquelle les soignants accordent une importante place au patient et à ses demandes, ce qui montre l'importance du soin relationnel dans le travail de nuit. Aussi, les soignants de nuit doivent faire face à plusieurs difficultés, parmi lesquelles, la solitude ou la non reconnaissance du travail.

Après la revue de littérature présentée dans ce chapitre, nous allons voir dans le chapitre suivant comment la littérature étudiée nous permet de mieux interroger les données issues du terrain et aussi quelles sont les questions qui intéressent notre travail de recherche et auxquelles la littérature étudiée ne permet pas de répondre.

3. PROBLÉMATIQUE ET MODÈLE THÉORIQUE UTILISÉ

3.1 Problématique

La revue de littérature présentée précédemment a montré que les difficultés engendrées par le travail en horaires atypiques ont été étudiées par des disciplines qui utilisent majoritairement une méthodologie de recherche quantitative et qui laisse peu de place au vécu subjectif et intersubjectif des travailleurs. C'est le cas pour la plupart des études menées en psychologie du travail et ergonomie qui prennent en compte l'aspect cognitif et comportemental de l'activité de travail. En nous référant aux notions issues de ces études, nous pouvons formuler certaines questions touchant au travail de nuit.

Comment nos participants vivent les conflits avec les rythmes biologiques, familiaux et sociaux conséquents au travail de nuit ? Comment gèrent-ils les tâches qui, comme nous l'avons vu, peuvent être dynamiques et interférentes ? Vivent-ils des situations de stress dans leur travail ? Comment font-ils face à ces situations ? Quelles stratégies de coping utilisent-ils ? Qu'en est-il de leur autonomie décisionnelle et de la récompense de leurs efforts dans le travail de nuit ?

Ces questions, bien que pertinentes pour la compréhension du travail ne peuvent rendre compte du vécu humain dans son ensemble qui ne se limite pas à l'aspect cognitif et comportemental, ni à la seule logique consciente. C'est pourquoi nous nous proposons de voir comment ces aspects peuvent s'intégrer dans l'ensemble de la dynamique du vécu qui comprend également une logique affective-relationnelle et une logique inconsciente.

En nous référant aux travaux issus du modèle médical, nous pouvons nous demander si les soignants interviewés connaissent les risques du travail de nuit pour leur santé et quelle influence ont ces connaissances sur leur santé subjective ?

Les concepts issus de la psychodynamique du travail nous donnent un éclairage différent du vécu du travail et de l'implication subjective du travailleur. En partant cet éclairage, nous pouvons nous demander qu'en est-ils pour nos participants ?

Quel est leur vécu subjectif et intersubjectif en lien avec le travail de nuit ? Qu'est-ce qui leur procure du plaisir et de la souffrance dans le travail ? Ont-ils des comportements qui peuvent avoir un rôle de stratégies de défense ? Qu'en est-il de la reconnaissance de leur travail, de leur identité ?

Quant aux études traitant du travail de nuit dans les soins, ils font ressortir plusieurs questions quant aux soins prodigués la nuit.

La prise en soins des patients la nuit est elle la même que le jour ou comporte-t-elle des spécificités ? Quelle est la place que les soignants interviewés peuvent laisser au soin relationnel et aux demandes des patients dans l'organisation de leur travail de nuit ? Qu'est-ce qui motivent les soignants à choisir le travail de nuit ?

Mais ce qui nous intéresse également dans ce travail de recherche, c'est la compréhension du travail de nuit tel que vécu par les soignants, au sens de l'approche phénoménologique et à laquelle la littérature étudiée n'a pas répondu. Nous pouvons ainsi formuler plusieurs questions :

Quel est le sens que les soignants donnent à leur travail de nuit ? Et comment, à travers ce sens, le travail de nuit s'intègre dans la complexité du vécu humain des soignants, à leur « être dans le monde » quotidien et comment il l'influence ? Quelles sont les conséquences du travail de nuit sur le temps vécu des soignants, le corps vécu ? Comment il imprègne leur relation aux autres et ce, au travail et hors travail ?

En partant de ces trois groupes de questions, notre problématique peut se formuler ainsi : comment les soignants interviewés vivent-ils le travail de nuit dans les soins et comment leur vécu s'articule d'un point de vue cognitif et conscient, affectif-relationnel et inconscient ?

Pour répondre à notre problématique, nous avons choisi d'interpréter les résultats issus de l'analyse thématique des entretiens à l'aide d'un modèle qui rend compte de cette articulation. Le modèle de la psychologie qualitative de la santé, que nous présentons dans le sous-chapitre suivant nous a semblé le plus adéquat. En effet, comme décrit ci-dessous, ce modèle nous permet d'avoir une compréhension du sujet qui intéresse l'étude (ici le travail de nuit tel que

les soignants le vivent) à partir de trois niveaux d'analyse, ce qui ne peut qu'aider et enrichir notre compréhension.

3.2 Présentation du modèle théorique utilisé et de l'approche phénoménologique

Dans ce sous-chapitre nous allons présenter le modèle théorique de la psychologie qualitative de la santé que nous avons utilisé pour l'interprétation des résultats. Etant donné que ce modèle tient compte du vécu phénoménologique qui intéresse notre travail, nous allons également présenter succinctement l'approche phénoménologique.

La psychologie qualitative de la santé se propose d'appréhender la complexité des vécus humains en fonction de trois niveaux qui, « *s'articulent et s'influencent sans cesse* » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 171). La lecture de ces trois niveaux, qui sont régis par des logiques différentes, se fait à la lumière de la première topique freudienne qui considère que le psychique humain est composé de trois systèmes différents : le conscient, le préconscient et l'inconscient.

Le premier niveau qui met en évidence le comportement observable et le discours manifeste des sujets se situe selon la topique freudienne dans le conscient. À l'aide de la perception-conscience le sujet reçoit les informations venant du monde extérieur et les intègre à son intentionnalité. L'intégration de ces informations peut faire l'objet de sélection de la part du sujet. Aussi, la logique de ce niveau est une logique formelle empreinte de rationalité. L'étude de ce premier niveau permet d'une part d'expliquer les comportements des sujets ainsi que les stratégies conscientes qu'ils mettent en place pour résoudre les conflits engendrés par une situation donnée dans laquelle ils sont impliqués, et d'autre part, de situer ces comportements et stratégies dans des processus interactionnels entre les sujets et le milieu.

Le deuxième niveau, situé selon la topique freudienne dans le système conscient-préconscient, permet la compréhension du sens et de la cohérence que le sujet donne à son vécu et à ses actes. Basé sur la phénoménologie du vécu, ce niveau met en évidence la subjectivité et l'intersubjectivité qui illustrent la façon du sujet d'être dans le monde.

La logique de ce deuxième niveau est une logique affective et relationnelle. Il convient ici de souligner l'importance de la construction du sens du vécu du sujet qui devient possible à l'aide de son discours.

Le troisième niveau est aussi celui « *qui reste le plus difficile à appréhender* » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 178). L'analyse du discours selon ce niveau nous renseigne sur les mécanismes défensifs et inconscients qui servent de base aux mécanismes de coping propres à chaque sujet. Utile pour comprendre la dynamique entre les deux niveaux précédents, ce troisième niveau nous renseigne également sur les liens entre la situation du sujet et son vécu. La logique de ce troisième niveau est une logique de l'inconscient.

La prise en compte de ces trois niveaux d'analyse dans la recherche en psychologie qualitative de la santé permet de rendre compte à la fois des modalités conscientes qu'utilise le sujet pour faire face à une situation dans laquelle il se trouve, mais aussi de son vécu subjectif et intersubjectif dans cette situation et le sens qu'il lui donne, tout comme des mécanismes d'ajustement qui lui permettent de s'adapter à la situation.

En effet, comme le souligne Santiago-Delefosse (2002, p. 171) de la modélisation des trois niveaux à intégrer dans une démarche qualitative : « *D'une manière générale ce cadre méthodologique reste psychodynamique et défend l'intérêt d'une recherche en psychologie clinique de la santé qui prend en compte les approches subjectives et qualitatives (phénoménologie, interactionnisme, psychanalyse), tout en n'ignorant pas les apports (et les limites) des approches cognitives et objectives.* »

Corporéité, socialité et fonctions psychologiques = un ensemble indissociable²

Il nous semble important de souligner également que la démarche subjective en psychologie de la santé s'intéresse au vécu du sujet et à son mode propre d'adaptation à des situations de santé et de maladie. La psychologie qualitative de la santé rend ainsi compte de la dynamique et des insertions humaines à la fois dans la corporéité, dans la culture et dans l'intériorité psychologique. L'être humain n'est pas qu'un corps biologique et une rationalité. La corporéité (le corps perçu, vécu et habité par le sujet) est indissociable de la socialité (la parole, la culture, les institutions qui nous accueillent au monde, l'imaginaire commun du soin et de la maladie, les influences médiatiques, etc.) et de la fonction psychologique supérieure (en perpétuelle construction dans la confrontation entre la corporéité et la socialité). Ainsi le corporo-socio-psychologique est un ensemble indissociable.

² Notions puisés dans les différents documents reçus dans le cadre du cours « Psychologie de la santé Théories et modèles », année 2011-2012.

L'approche phénoménologique permet « *l'étude des phénomènes tels que les êtres humains conscients en font l'expérience* » (Bachelor, A. & Joshi, P., 1986, p. 11). Le phénomène désigne ainsi l'objet d'un acte de conscience tel qu'un individu en fait l'expérience. Et la conscience est considérée comme intentionnelle, dirigée vers un objet et par là-même, ouverte sur le monde. Aussi, « *tout phénomène subjectif (intentionnalité et objet) renvoie à la manière dont le sujet attribue un sens à certains aspects du monde en fonction de ce monde.* » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 84). Ces données expérientielles renseignent le chercheur sur le sens vécu par le sujet et lui permettent de faire ressortir « *les références variées du phénomène étudié, ses éléments constitutifs, son sens et éventuellement son rôle dans l'ensemble de la conduite d'un individu.* » (Bachelor & Joshi, 1986, p. 23). Ainsi, la compréhension du sens vécu, plutôt que son explication, devient l'objectif principal dans l'approche phénoménologique et l'objectivité du chercheur réside dans l'appréhension la plus complète possible de la structure globale du phénomène, à travers les existentiels qui s'en dégagent (spatialité, temporalité, corporéité, relation aux autres, etc.).

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Méthodologie de recherche

Ce travail de recherche s'inscrit dans la méthodologie qualitative et compréhensive et se donne comme but de comprendre le vécu subjectif des soignants qui ont choisi de travailler la nuit, c'est-à-dire « *de saisir de l'intérieur la subjectivité signifiante* » (Santiago-Delefosse & Rouan, 2001, p. 151). Il s'agit de comprendre, à travers le discours des participants, le sens qu'ils donnent à leur vécu subjectif et intersubjectif et l'expérience du phénomène étudié, soit le travail de nuit.

4.2 Outil de recherche

Pour récolter les données du terrain, nous avons utilisé comme outil méthodologique l'entretien semi-structuré de recherche. Cet outil nous a paru le plus approprié par rapport à notre méthodologie et notre sujet de recherche. En effet, comme le soulignent Blanchet & Gotman, l'entretien va aider « *à faire émerger au maximum les univers mentaux et symboliques à partir desquels les pratiques se structurent.* » (2011, p. 39).

Guidé par une trame établie en fonction des questions de recherche, cet outil permet le recueil du vécu humain dans sa complexité et son expérience quotidienne. L'écoute attentive et l'attitude compréhensive et de non jugement du chercheur vont favoriser le discours du sujet, discours qui nous renseignera sur la façon dont le sujet appréhende le monde et sa façon d'être dans le monde (Santiago-Delefosse, 2002, p. 187).

Nous avons ainsi effectué six entretiens semi-structurés de recherche d'une durée moyenne de 1 h 15 à l'aide du canevas qui se trouve à la fin de ce rapport en annexe 1.

4.3 Population

Notre échantillon de participants est composé de quatre infirmières et deux infirmiers qui travaillent en horaire fixe de nuit dans différentes unités de soins du service de médecine interne d'un hôpital universitaire.

Les numéros de téléphone des participants ont été obtenus en passant dans les unités de soins et en demandant aux soignants présents la journée si des infirmières travaillaient en horaire fixe de nuit. Très soucieux de la sphère privée de leurs collègues, les soignants présents dans les unités de soins voulaient savoir pourquoi je souhaitais avoir le numéro de téléphone des « veilleuses ». C'est en leur disant que je travaille moi-même comme infirmière et que je souhaite effectuer une recherche sur le travail de nuit dans les soins qu'ils acceptaient de me donner le numéro de téléphone de leurs collègues de nuit.

Par souci d'homogénéité de l'échantillon, nous avons limité la recherche de participants à un seul service, celui de médecine interne qui comprend une douzaine d'unités de soins avec des spécialités différentes. Dans certaines unités de soins, il n'y avait pas d'infirmière qui travaillait en horaire fixe de nuit, cet horaire étant assuré par tous les membres de l'équipe à tour de rôle. Le travail en horaire fixe de nuit était le seul critère d'inclusion dans l'échantillon. Huit contacts téléphoniques ont ainsi été obtenus, dont cinq infirmières et trois infirmiers. Parmi ces huit soignants, un infirmier n'a pas souhaité participer à la recherche et une des infirmières n'a pas pu le faire à cause du manque de temps, c'est du moins la raison qu'elle a invoqué lors de notre appel téléphonique. Les six autres soignants contactés ont accepté de participer à l'étude une fois que nous leur avons décrit le but du travail, soit effectuer une recherche sur le travail de nuit fixe dans les soins. Lors de l'appel téléphonique nous avons indiqué aux participants comment nous nous sommes procuré leur numéro de téléphone.

Aussi, le fait que je me présente comme infirmière a peut-être facilité cette prise de contact, autant lors du passage dans les unités de soins que lors des appels téléphoniques. Cet aspect interroge la position du chercheur et sera développé ci-dessous dans le sous-chapitre 4.4.

Cinq entretiens ont été effectués à l'hôpital, dans des salles situées en dehors des unités de soins situées à chaque étage du bâtiment. Un entretien (l'entretien 5) a été effectué au domicile du participant. Trois soignants nous ont donné rendez-vous avant le début de leur nuit de travail (entretien 1, 2 et 3). Les trois autres ont accepté de participer à l'entretien sur leurs journées de congé.

Le tableau 1 ci-dessous présente les participants selon les données sociodémographiques. Chaque participant a reçu un code désigné par une lettre.

Tableau 1. *Données sociodémographiques des participants*

Prénom fictif	Code participant	Âge	Sexe	Spécialité de l'unité de soins	Ancienneté du travail de nuit	Taux d'activité
Béatrice	Mme B	52 ans	féminin	dermatologie	14 ans	100%
Mélanie	Mme M	54 ans	féminin	pneumologie	20 ans	60%
Christine	Mme C	53 ans	féminin	infectiologie	25 ans	80%
Karine	Mme K	48 ans	féminin	angiologie	«bientôt 20 ans»	80%
Stéphane	M. S	40 ans	masculin	gastro-entérologie	13 ans	100%
Ovide	M. O	55 ans	masculin	néphrologie	25 ans	60%

4.4 Position du chercheur

Il nous semble important de nous questionner ici sur la position du chercheur et de tenter de la clarifier. En effet, comme s'interroge Mercadier (2002, p. 11), « *Peut-on être infirmier et étudier le travail infirmier ? Peut-on occuper une place au cœur même de cette réalité choisie pour analyse et parvenir à la regarder du bord avec objectivité ?* ». Cette position nécessite un souci permanent de prise de recul tout le long du travail. Car si se présenter soi-même comme

infirmière peut induire une « *homologie de position qui autorise une relation de familiarité et de franchise sociale* » le risque que « *tout irait sans dire* » est néanmoins présent. C'est pourquoi durant les entretiens j'ai gardé présente à l'esprit cette idée et j'ai insisté pour que les soignants interviewés ne s'arrêtent pas au « *vous voyez* », ce qui m'a valu des regards étonnés et interrogateurs de la part de certains soignants lorsque je reposais la question, alors qu'ils avaient l'impression que ce qu'ils venaient de dire allait de soi pour une infirmière.

4.5 Analyse de données

Les six entretiens ont été enregistrés, retranscrits intégralement et analysés à l'aide de l'analyse thématique de contenu.

4.5.1 Retranscription des entretiens

Dans la retranscription des entretiens, les pauses sont symbolisées par le signe + (une seconde de pause est symbolisée par un +, deux secondes par ++). Les syllabes inaudibles sont symbolisées par X (une syllabe inaudible = X, deux syllabes = XX). Le non verbal apparaît entre parenthèses, comme par exemple (rires). Le symbole [] signifie un chevauchement entre l'interviewer (IR) et l'interviewé. Chaque interviewé a reçu un code désigné par une lettre accompagnée par l'indicatif de genre Mme pour les infirmières et M. pour les infirmiers.

4.5.2 Analyse qualitative des entretiens

Pour analyser les entretiens, nous avons choisi l'analyse qualitative. Ce type d'analyse nous a paru le plus pertinent par rapport à notre méthodologie et à nos questions de recherche. En effet, comme le notent Paillé et Mucchielli (2003, p. 5), l'analyse qualitative est « *une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène* ». S'inscrivant dans une approche compréhensive, l'analyse qualitative représente d'abord un travail sur le sens. Selon Bardin (2007, p. 35), « *l'analyse de contenu est un ensemble de techniques d'analyse des communications* » dont le but est de comprendre la communication au-delà de sa première signification.

Il existe plusieurs techniques d'analyse de contenu, parmi lesquelles l'analyse thématique. En faisant appel à des dénominations appelées thèmes, l'analyse thématique permet de résumer et traiter le corpus de données en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé (Paillé & Mucchielli, 2003). Deux types de thématisation sont possibles : la

thématisation en continue (attribution des thèmes et construction de l'arbre thématique tout au long de la recherche) ou la thématisation séquentielle. C'est ce deuxième type qui nous a servi dans cette recherche. Procédant en deux temps, l'analyse séquentielle permet d'abord l'analyse d'un échantillon du corpus et l'établissement d'une fiche thématique (liste de thèmes hiérarchisés ou non) qui sera ensuite appliquée à l'ensemble du corpus de données. À noter que cette fiche thématique peut évoluer par l'ajout de certains thèmes, ajout qui devra être assez limité. L'analyse thématique séquentielle serait plus indiquée pour des chercheurs débutants selon les auteurs.

Lors de l'analyse des entretiens, j'ai d'abord procédé à plusieurs lectures de chaque entretien pour me familiariser avec le discours des participants. Ensuite j'ai analysé un entretien (l'entretien 3) à l'aide de l'analyse thématique séquentielle décrite ci-dessus. Dans un premier temps j'ai découpé le texte en unités de sens et écrit en marge de la feuille le thème auquel l'unité de sens se référait. Dans un deuxième temps, j'ai procédé à l'établissement de l'arbre thématique en regroupant les thèmes en fonction de leur similitude. L'arbre thématique qui en est issu comprend ainsi des thèmes principaux composés de sous-thèmes appelés ici « catégories » et des « sous-catégories ».

La grille d'analyse qui en est ressortie de l'entretien 3 a fait l'objet d'un accord inter-juges entre l'expert et l'étudiante. Par la suite, les autres entretiens ont été analysés en fonction de cette première grille qui a toutefois évolué avec l'analyse des cinq autres entretiens. En effet, la catégorie appelée "santé subjective" du quatrième thème n'apparaissait pas dans l'entretien 3 en tant que telle, elle a été ajoutée à la grille. Les grilles d'analyse des six entretiens, tout comme les retranscriptions des entretiens et les formulaires de consentement signés par les participants ont été gravés sur un CD annexé au texte de ce travail.

Les résultats issus de l'analyse des entretiens sont décrits dans le chapitre suivant.

5. RÉSULTATS

Ce chapitre est divisé en quatre parties. La première partie nous donne un aperçu du cadre organisationnel du service où travaillent les soignants interviewés. La deuxième partie se focalise sur une présentation des participants. Cette présentation tient compte, d'une part du déroulement de l'entretien et des notes issues du carnet de bord et d'autre part, des résultats issus de l'analyse des entretiens tout en essayant de souligner les éléments propres à chaque

participant et qui le différencie des autres. La troisième partie décrit les thèmes, catégories et sous-catégories issues de l'analyse thématique de contenu et les illustre avec des exemples de propos des soignants.

5.1 Cadre organisationnel de l'institution

Les entretiens effectués auprès des six soignants nous renseignent sur le fait que les soignants interviewés travaillent dans différentes unités de médecine interne et ils effectuent seuls leur travail de nuit qui commence à 21 h 15 et finit à 7 h 15. L'équipe du matin arrive à 7 h et les transmissions se font de 7 h à 7 h 15. Une aide-soignante est présente pour trois unités de soins et l'infirmière peut l'appeler sur un téléphone portable lorsqu'il est nécessaire.

Dans chaque unité de soins il peut y avoir entre 18 et 20 patients. Les unités dans lesquelles les soignants travaillent sont des unités de soins aigus, mais non intensifs. Chaque unité accueille des patients avec des pathologies de médecine interne générale et des pathologies spécifiques en fonction de la spécialité de l'unité de soins. Les soignants interviewés travaillent dans les unités dont les spécialités sont les suivantes : dermatologie, pneumologie, infectiologie, angiologie, gastro-entérologie et néphrologie.

Le médecin de garde auquel les infirmières peuvent faire appel est seul pour plusieurs unités de soins. Il est appelable et vient dans les unités lorsque les infirmières le sollicitent suite à la dégradation de l'état de santé d'un patient ou un autre problème.

Il ressort aussi des entretiens qu'il n'y a pas d'encadrement la nuit. Les soignants rapportent que depuis peu de temps, la présence d'un cadre infirmier jusqu'à 2 h du matin a été mise en place à l'essai.

Les soignants interviewés travaillent en horaires de nuit fixe depuis de nombreuses années (entre 13 et 25 ans d'expérience du travail de nuit). Aussi, chaque année, ils sont tenus d'effectuer un mois de travail de jour qui peut être fait en plusieurs périodes. Dans les unités dans lesquelles travaillent les soignants interviewés il y a parfois un deuxième soignant qui travaille en horaire fixe la nuit. Lorsque ce n'est pas le cas, les collègues qui travaillent de jour effectuent également des nuits. Cet état de fait a une certaine importance pour les soignants interviewés. En effet, ils décrivent leur travail comme mieux compris et perçu lorsque les collègues de jour travaillent aussi la nuit.

Le taux d'occupation des six soignants se répartit comme suit : deux d'entre eux travaillent à 100%, deux à 80% et deux à 60%.

5.2 Présentation des participants

Dans le cadre de ce travail de recherche, six entretiens semi-structurés ont été menés avec quatre infirmières et deux infirmiers qui travaillent en horaires fixe de nuit dans différentes unités de soins d'un service de médecine interne. Ce sous-chapitre présente un résumé de chacun des entretiens dans l'ordre des entretiens. Les mots écrits en italique sont les termes propres des participants.

5.2.1 Entretien 1, Mme B

« Mais je pense qu'ils sont pas conscients de la charge de travail que c'est (...) j'ai fait le deuil qu'ils arrivent un jour à comprendre »

Mme B est infirmière en dermatologie et travaille la nuit depuis 1999. Âgée de 52 ans, elle est d'origine française, est mariée et mère de deux enfants adultes.

Lors de l'appel pour lui solliciter un entretien de recherche sur le travail de nuit dans les soins, elle a accepté très volontiers sans poser de questions. Elle nous a donné rendez-vous deux jours plus tard sur son lieu de travail, environ deux heures avant le début de sa nuit de travail.

Mme B semble fatiguée, elle a une démarche lente et présente un net surpoids.

L'entretien a duré 1 heure et 26 minutes et s'est déroulé dans une salle en dehors de l'unité de soins. Avant l'entretien, Mme B a lu attentivement le feuillet d'information et signé le formulaire de consentement, a posé quelques questions sur le pourquoi de la recherche. L'entretien s'est bien passé, Mme B était souriante et parlait volontiers de son travail de nuit.

Diplômée depuis 1997, Mme B a travaillé dans une banque avant de faire sa formation d'infirmière. Elle a choisi de travailler la nuit à cause de « *son rythme de vie* ». Elle dit qu'elle s'est toujours couchée très tard et levée très tard aussi (« *je vis décalée* »). N'arrivant pas à se lever tôt le matin, elle a dû effectuer tous ses stages durant sa formation d'infirmière en horaires d'après-midi. Aussi, ses activités et relations sociales ont lieu « *dans l'après-midi, mais jamais le matin* » et cela « *ne l'empêche pas de vivre* ».

Mme B a choisi de travailler la nuit aussi parce qu'elle « *aime beaucoup être indépendante* » et le travail de nuit lui permet d'être « *totale­ment indépendante* » dit-elle. Cette indépendance lui permet d'organiser son travail de façon à tenir compte du sommeil du patient :

« (...) à la tournée du matin je vais jamais la faire de façon organisée (...) je vais dans une chambre faire un patient, repartir dans une chose faire un autre patient parce que je sais que les autres dorment et je les laisse dormir et que, et que voilà ».

Le travail de nuit a également permis à Mme B de « *trouver un certain confort* ». Ce confort passe selon elle par la possibilité d'avoir plusieurs jours de congé consécutifs qui lui permettent de se consacrer à ses loisirs, à sa famille, mais aussi de couper avec son travail :

« (...) puis ça me donne du temps où je suis plus au travail, donc quelque part je peux oublier mon travail qui est pas facile, (...) ça permet d'avoir du temps où, euh, bah je suis en dehors de tout ça, je suis pas tout le temps avec la maladie, avec la mort ».

Mme B est la seule participante à avoir abordé le sujet de la fin de vie et l'accompagnement des patients en fin de vie et de leur famille. Elle pense que « *il y a beaucoup de gens qui décèdent la nuit* » et le fait de pouvoir les accompagner et « *leur consacrer du temps en plus* » peut aider à « *surmonter aussi quoi, en se disant finalement c'est pas que du négatif* ». Ces situations de fin de vie impliquent pour Mme B « *un investissement* » et, même si elle ne peut pas « *complètement oublier* » elle pense qu'il faut « *pouvoir mettre ça de côté en se disant bah voilà, ça fait partie de la vie* » pour pas que ça la « *détruisse* ».

Malgré les difficultés qu'elle peut rencontrer dans son travail de nuit, Mme B estime qu'étant seule, elle « *a plus de responsabilités* » que dans le travail de jour, ce qui la « *motive* » mais qui peut aussi « *entraîner un stress en se disant est-ce que je serai à la hauteur ?* »

Dans son discours sur son travail de nuit, Mme B est aussi la seule à évoquer le souhait de s'investir plus dans son travail, de participer à des groupes de travail qui, malheureusement, sont toujours à des heures où elle ne peut pas participer, c'est-à-dire en milieu de journée pendant qu'elle dort. Elle raconte son expérience dans un hôpital français où les groupes de travail avaient lieu le soir et les infirmières de nuit pouvaient aussi participer, alors qu'ici où elle travaille, c'est toujours à 14 heures que ces réunions ont lieu, ce qu'elle regrette beaucoup. Elle donne l'exemple d'un groupe de travail sur la douleur et dit combien la participation de l'infirmière de nuit et le partage de son expérience pourraient être intéressants au sujet de la douleur.

Pour Mme B, comme pour quatre autres participants, le travail de nuit n'est pas reconnu à sa juste valeur par la hiérarchie. Aussi elle exprime son souhait de voir « *une véritable équipe de nuit* » qui voie le travail qui est effectué la nuit par les soignants car actuellement les responsables « *n'ont toujours pas compris la charge de travail la nuit* ». Mme B se dit « *frustrée et déçue* » par cette non reconnaissance et dit avoir « *fait le deuil qu'ils arrivent un jour à comprendre* ». « *Tant pis, voilà* » dit-elle, car elle « *se plaît* » dans son travail. Et puis quand les patients lui disent « *heureusement que vous étiez là* » ou que le médecin lui dit « *je suis content, on a bien bossé ensemble, je te remercie* », elle ressent « *une satisfaction personnelle* » et pour elle « *c'est une reconnaissance* ».

Mme B trouve aussi inappropriée l'utilisation du terme de « *veilleuse* » pour désigner l'infirmière de nuit car « *quand on parle de veilleuses on repars dans les maisons de retraite ou des temps des bonnes sœurs qui étaient infirmières et y avait pas tous ces soins* ».

Mme B dit être en bonne santé et dit avoir entendu que « *l'espérance de vie serait diminuée pour les gens qui travaillent régulièrement la nuit* », mais elle « *préfère vivre 5 ans de moins (...) et avoir vécu correctement et heureuse* ».

5.2.2 Entretien 2, Mme M

« Dans la médecine actuelle (...) on soigne vraiment qu'un corps »

Mme M a 54 ans et travaille en pneumologie. Elle est mariée et n'a pas d'enfants. Lors de l'appel pour lui demander de participer à la recherche, elle a surtout voulu savoir le temps que cela prendrait. Ensuite elle a eu un moment d'hésitation lorsqu'elle a appris que l'entretien doit être enregistré, puis a accepté d'y participer.

Le rendez-vous, d'une durée de 56 minutes, a été mené sur son lieu de travail, dans une salle en dehors des unités de soins. Mme M était en congé ce jour-là et toute la semaine d'ailleurs, car elle était en tournée de spectacle de danse.

Démarche rapide et corpulence très fine, Mme M me donne l'impression d'être un peu stressée à son arrivée. Elle signe le formulaire de consentement après avoir regardé très rapidement le feuillet d'information nous démarrons l'entretien. Vers le milieu de l'entretien son téléphone portable (qu'elle croyait avoir arrêté) a sonné et, en regardant l'appelant, elle m'a dit qu'elle devait absolument répondre. L'entretien a ainsi été interrompu pendant moins d'une minute. Tout le long de l'entretien, Mme M répondait de manière très succincte et factuelle aux questions et me semblait étonnée par certaines d'entre elles.

Mme M travaille la nuit depuis 20 ans. Son choix de travailler la nuit a été motivé par un désaccord qu'elle a verbalisé durant la visite médicale avec le médecin chef de clinique. Ce désaccord, dont elle ne se souvient plus en détail, elle l'exprime durant l'entretien par une critique de l'approche de la médecine qui *« ne soigne qu'un corps »* :

« Bah pour eux c'est des corps ici, ils s'en foutent un peu de savoir, euh, non pas ils s'en foutent, mais ils, bien sûr y a une anamnèse, voilà on sait si quelqu'un est triste par rapport à quelque chose et puis qu'il le formule ou en prendre connaissance mais ça va vite être mis dans les mains d'un psy, et puis peut-être éventuellement un traitement antidépresseur, alors que je veux dire les gens on peut les prendre autrement, on peut faire autre chose avec eux et pas les mettre tout de suite dans les mains d'un psy, euh, voilà. »

Suite à cet événement, Mme M dit avoir décidé de travailler la nuit car elle *« a moins de contact avec les médecins »* qui *« des fois ils sont à côté de la plaque et puis il y a un manque*

de dialogue avec le patient ». Aussi en tant qu'infirmière de nuit, Mme M dit pouvoir « *rassurer le patient* ».

Dans son travail de nuit qui est des fois « *difficile* » car les patients peuvent être « *agités ou inconfortables* », Mme M dit « *rester très calme et prendre une chose après l'autre en suivant les priorités* ». Et lorsqu'un patient « *a des douleurs* », Mme M n'hésite pas à « *lui faire un petit massage* » qui est « *très important* » car le résultat au niveau du patient « *est impressionnant* » et « *en général le patient s'endort et le lendemain il s'en souvient* ». Mme M est la seule des six soignants à parler de l'importance du massage qu'elle considère comme « *une autre forme de communication* ».

Pendant son temps hors travail, Mme M fait de la danse et entraîne deux troupes de danse. Elle travaille à 60% et dit « *avoir du temps* », ce qui lui permet de « *se dévouer pour d'autres gens* » dans sa famille ou ses amis. La danse l'aide à « *travailler le corps* » et à ne pas avoir mal au dos, et lui procure aussi « *la joie de créer des spectacles* » et puis « *ça reste un partage aussi* ».

Mme M est la seule participante qui n'exprime pas le manque de reconnaissance de son travail de nuit comme l'ont fait les autres participants et pour elle, le terme de « *veilleuse* », qu'elle utilise elle-même d'ailleurs, « *fait la transition entre le jour et la nuit* » pour les patients : « *des fois je dis l'infirmière de nuit, des fois je dis la veilleuse, c'est plus vite dit* ».

Mme M se dit « *en pleine santé* ». Elle se « *soigne naturellement et ne prend pas de médicaments* », mange selon un régime « *dissocié* » qui l'a aidé à « *perdre du poids et à le stabiliser* », fait attention à son sommeil et prend du temps pour elle.

5.2.3 Entretien 3, Mme C

« *Je me sentais à bout de venir travailler et de courir comme on courait* »

Mme C est infirmière en infectiologie. Âgée de 53 ans, elle est mariée et mère de deux enfants, dont un adulte et un adolescent. Elle travaille la nuit depuis 25 ans.

Au téléphone elle a dit être contente de pouvoir parler de son travail de nuit. Le rendez-vous a eu lieu quatre jours plus tard, sur son lieu de travail, environ deux heures avant le début de sa nuit de travail et a duré 1 heure et 34 minutes.

Lors du rendez-vous, Mme C me pose des questions sur mon travail d'infirmière et sur les raisons du travail de recherche. Elle veut savoir si la recherche a été demandée par son institution et semble déçue d'apprendre que ce n'est pas le cas.

Pendant l'entretien, Mme C est de bonne humeur, sourit souvent. Elle a l'air très dynamique et très impliquée dans cette activité de « raconter » son travail de nuit. À un moment donné de l'entretien elle dit qu'elle n'est pas à l'aise avec le vousoiement et commence à utiliser le « tu ».

Mme C a fait une partie de son parcours professionnel dans un grand hôpital à Paris. Au début de sa carrière, le travail de nuit était obligatoire pour les jeunes infirmières diplômées. Cela ne lui a pas posé problème dit-elle, car elle a besoin de très peu de sommeil. Elle travaille en Suisse depuis 17 ans et son choix de travailler la nuit vient des problèmes de garde des enfants. Son époux est aussi infirmier et la seule solution pour assurer la garde des enfants était qu'elle passe de nuit.

Lorsqu'elle parle de son travail de nuit, Mme C insiste sur l'importance de la première tournée dans les chambres des patients, tournée durant laquelle « *y a une ambiance à instaurer, y a la confiance* » parce que la nuit les patients « *sont face qu'à eux-mêmes* », ils « *sont en pleurs* » ou « *ont besoin de parler* » :

« *Donc la tournée de 22 heures pour moi est primordiale, si la tournée de 22 heures est pas bien faite, c'est sûr que la nuit sera pas bonne pour le patient* ».

Très attentive aux émotions et aux besoins des patients la nuit, Mme C essaye de trouver le temps de répondre à la demande de chaque patient, demande qu'il faut savoir quelques fois

décoder car elle n'est pas exprimée directement. Mme C semble très impliquée dans son travail de nuit qu'elle apprécie car ça lui permet de prendre en soins SES patients :

« (...) qu'est-ce que j'aime bien dans mon travail de nuit ? (...) J'aime bien être responsable de MES patients. (...) C'est important pour moi de gérer ça. »

Mme C dit plusieurs fois durant l'entretien que son travail de nuit n'est pas reconnu, ce qu'elle vit douloureusement :

« On est tous dans un processus de donner, donner, donner et puis euh, d'être de moins en moins reconnu, (...)mais, euh, ce qui ne fait plus partie du personnel infirmier c'est que, avant on avait la reconnaissance. Et que là on l'a plus. Et ça s'est quelque chose qui nous fait mal forcément, c'est bête hein, mais c'est un ressenti encore une fois, ».

Par ailleurs, Mme C évoque plusieurs problèmes de santé liés à son travail de nuit. Elle est la seule soignante qui ne se dit pas en bonne santé comme les autres soignants interviewés. Lorsque nous avons abordé les questions liées à sa santé, elle a exprimé le remaniement qu'elle a dû faire pour ne pas tomber malade :

« Ah, j'ai dû faire, euh, y a deux mois, j'ai dû faire un sacré travail sur moi parce que j'en avais mais, euh, je me sentais à bout de venir travailler et de courir comme on courait. »

Pour garder l'équilibre, Mme C a mis des limites, comme par exemple ne pas dépasser son horaire de travail. Elle a aussi exprimé son besoin de se réaliser en dehors de son travail par des rôles sociaux comme celui de parent délégué qu'elle a exercé pendant plusieurs années. Aussi, les activités de loisirs comme le sport, la danse ou les copines l'aident à garder son équilibre.

Elle cite aussi d'autres problèmes de santé, comme les difficultés de dormir la journée et son recours aux somnifères, la surconsommation de tabac et de café pendant son travail, la prise de poids si elle ne fait pas attention à son alimentation. Depuis quelque temps son travail de nuit lui pose problème car elle ne peut plus partager du temps avec un de ses enfants qui a quitté le domicile parental pour faire ses études et qui rentre seulement le week-end. Les week-ends où elle travaille, elle ne le voit presque pas, ce qui est « compliqué » pour elle. Ce sont des « passages à vides » dit-elle, elle qui a une « âme de maman ».

5.2.4 Entretien 4, Mme K

« *Avoir une approche plus juste face à la situation complète du patient* »

Mme K est infirmière en angiologie et travaille la nuit depuis « *bientôt 20 ans* ». Elle est mariée et a deux enfants.

Elle a accepté de participer à la recherche mais au téléphone elle a posé des questions sur le but du travail de recherche et sur les questions qu'on allait aborder.

L'entretien d'1 heure et 12 minutes a eu lieu sur son lieu de travail, avant le début de sa nuit de travail et en dehors de l'unité de soins. Mme K paraît très calme et a un débit de parole très lent. Durant l'entretien elle ne semble pas très à l'aise, comme si elle choisissait ses mots et comme si elle n'était pas sûre de donner la bonne réponse. Elle dit plusieurs fois durant l'entretien : « *je ne sais pas si j'ai répondu* ».

Son travail de nuit Mme K l'a choisi parce qu'en travaillant de jour elle ne voyait pas ses enfants presque deux jours. En effet, elle raconte que lorsqu'elle travaillait un après-midi suivi d'un matin, elle ne pouvait pas voir ses enfants ni le soir car ils dormaient quand elle arrivait à la maison, ni le matin car ils n'étaient pas encore réveillés. Un de ses deux enfants « *a très mal supporté* » cet état de fait, dit-elle. C'est pourquoi elle a commencé le travail de nuit, tout en faisant garder les enfants tous les jours jusqu'à 16 heures, même les jours où elle avait congé. C'est « *un luxe* » dit-elle, mais avoir ces moments libres lui permet « *de se ressourcer* ».

Ce qui la « *brime* » dans son travail de nuit c'est de ne pas pouvoir participer à des fêtes de famille importantes lorsqu'elle doit aller travailler les week-ends.

Quand elle parle des situations stressantes dans son travail de nuit, Mme K dit que « *c'est difficile, mais ça va* ». Puis elle revient de suite sur ses dires et exprime combien c'est « *éprouvant* » de vivre ses situations :

« *euh, non c'est un souci de +++, si, non je dis, c'est pas vrai, si quand c'est lourd et puis que c'est récurrent qu'on est dans des situations comme ça de soins, c'est un souci c'est vrai. C'est un souci et c'est, c'est éprouvant* ».

Mme K apprécie son travail de nuit parce que le contexte est « *moins éprouvant* » que la journée et qu'il y a moins de « *parasitage* ». Aussi, le travail de nuit lui permet d'être « *hors des tensions d'équipe* » et moins dans « *l'interchangeabilité des horaires, ce qui est pas négligeable* ».

Durant les moments de calme, Mme K profite pour lire les dossiers des patients et les notes du médecin car elle a l'impression que dans le travail de nuit, certaines informations apportées par la visite médicale lui manquent. Ces informations lui permettent d'avoir « *une approche plus juste face à la situation complète du patient.* ».

Mme K apprécie de travailler la nuit car le travail de jour ne permet plus de bien travailler selon elle :

« Bah oui, on est pas dans ce métier je pense pour avoir envie de (soupir) de se rendre compte qu'on peut plus apporter aux gens ce que, à la base on voulait leur apporter, notre soutien, euh, du travail bien fait, euh, une sécurité, parce que tout ça, euh, sur la journée on a l'impression que ça disparaît et puis que, euh, on est toujours frustré à la fin de la journée d'avoir pas fait la moitié, euh, d'avoir pas pu, euh, quand y a trop y a trop et puis, euh, donc, c'est, euh, malheureusement une réalité. »

Le travail de nuit est selon Mme K compris et reconnu par ses collègues de jours qui font aussi des nuits. En revanche, pour les responsables « *c'est plus abstrait* » car « *ils sont de plus en plus éloignés des soins* ».

Pour maintenir sa santé qui est « *bonne* », Mme K dit cultiver « *la joie de vivre* » parce que « *les soins donnent une perception de la vie, de la réalité de la vie (...) et on a besoin de savoir profiter de la vie quand on est bien (...)* ».

5.2.5 Entretien 5, M. S

« *Je suis très, très distant (...) et ça me permet de me protéger* »

M. S est infirmier en gastro-entérologie et travaille la nuit depuis 13 ans. Âgé de 40 ans, il est père de deux enfants et est en instance de divorce. L'entretien d'1 heure et 23 minutes a eu lieu à son domicile.

Au début de l'entretien, M. S a posé des questions sur le but de la recherche. Il a d'abord lu très attentivement le feuillet d'information, puis a signé le formulaire de consentement.

M. S parlait avec une grande assurance. Aussi, il parlait beaucoup des autres avant de parler de lui-même. Une ou deux fois durant l'entretien, il a été nécessaire de recentrer sa réponse en lui demandant comment cela se passait pour lui.

M. S a choisi de travailler la nuit pour des raisons de garde d'enfants. En effet, M. S dit que le travail de nuit est « *facilitateur* » en ce sens. Aussi, ayant besoin de très peu de sommeil, il trouve un avantage à travailler la nuit.

Dans son travail, il dit avoir une grande expérience car avant de travailler la nuit, M. S a travaillé dans beaucoup de service d'urgence et au SAMU en France. Il dit avoir vu beaucoup de situations « *glauques, qui passent à la télé* ». Dans sa carrière professionnelle et avant d'avoir ses enfants, il a travaillé dans un service de pédiatrie où il était confronté à des situations de soins dramatiques et des maladies mortelles pour les enfants. Or, pour lui « *un enfant c'est sacré* ». Une fois qu'il a eu ses enfants, il n'a plus supporté de travailler en pédiatrie. M. S dit avoir « *un détachement énorme* » et « *une carapace* » dans son travail, ce qui l'aide à « *se protéger* ». Malgré sa protection, il considère que la dureté des situations de soins influence la personnalité des soignants et leurs relations aux autres :

« *on a quand-même un métier qui est très particulier et qui fait que, euh, on est confronté à la mort, on est confronté aux maladies, on est confrontés à la détresse des gens, alors même si on arrive à se mettre des barrières et garder la distance, bah ça fait de nous des êtres un peu froids ou peut-être un peu distants, (...) notre métier fait qu'on est un monde à part et ce qui fait que les relations qu'on a avec les autres ne sont peut-être pas les mêmes que quelqu'un qui, euh, je sais pas, quelqu'un qui est prof.* »

Pour garder son équilibre, M. S dit séparer mentalement son travail de sa vie privée : « *Et quand je rentre chez moi (...) je sais même pas que je suis à l'hôpital quoi* ».

Pour M. S le travail de nuit et le besoin de repos des patients sont peu pris en considération par les collègues qui travaille la journée qui lui délèguent des soins qui aurait pu être effectué la journée.

M. S dit bien connaître les risques que comportent le travail de nuit, mais il estime être en bonne santé et pense que le travail de nuit n'a « *pas d'incidence* » sur lui. Aussi pour maintenir sa santé il dit faire du sport, manger équilibré, ne pas consommer d'alcool ni du tabac, écouter de la musique.

5.2.6 Entretien 6, M. O

« *Le veilleur, comme dans un train (...) je dis toujours non, je suis infirmier de nuit* »

M. O est infirmier en néphrologie. Il a 55 ans, est marié et a un enfant. Il travaille la nuit depuis 25 ans. Au téléphone il s'est montré intéressé à participer à l'étude. Pour l'entretien il est venu sur son lieu de travail un jour où il avait congé. Avant de commencer l'entretien il a posé des questions sur le but de l'étude. Il a lu attentivement le feuillet d'information et a signé le formulaire de consentement.

L'entretien a duré 1h, 56 minutes.

M. O donne l'impression d'une personne très « posée », il parle très lentement et utilise des phrases bien construites. Durant l'entretien il a utilisé quelques fois l'humour.

M. O a commencé à travailler la nuit parce qu'il n'arrivait pas à se réveiller le matin. Aussi, étant jeune, il voulait avoir plus de temps pour profiter de la vie. Le travail de nuit lui a aussi permis de faire une formation universitaire en parallèle. En effet, M. O dit avoir une licence en sociologie. Après avoir terminé ses études, il aurait voulu changer de travail et évoluer au sein de l'entreprise. La réponse qu'il a reçu l'a beaucoup déçu et « *blessé* » dit-il.

« *Om me disais non, tant que tu passeras pas de jour en tant qu'infirmier tu pourras pas ambitionner autre chose. Voilà, et ça c'est aussi très blessant parce que vous vous dites, attendez, vous me confiez 20 patients et vous me dites que vous avez pas*

confiance en moi ! J'ai des qualifications universitaires, j'ai fait la preuve que je suis capable de travailler et le jour et la nuit et vous avez pas confiance en moi, c'est pas, évident quoi. Et c'est ça ce que je trouve à la limite le plus blessant et c'est ce que je retiens le plus, euh, voilà.»

M. O semble avoir vécu difficilement cette situation et il a décidé de rester infirmier de nuit.

Aussi, M. O parle de la souffrance au travail dans les soins en général et du travail de nuit car, selon lui, il est difficile de partager avec ses collègues son vécu subjectif après une nuit de travail difficile en seulement 15 minutes imparties pour les transmissions. Son épouse est infirmière aussi et il dit « *qu'elle comprend très bien de quoi il parle.* » :

« (...) vous passez une nuit abominable, vous faites vos transmissions, en plus vous avez qu'un quart d'heure pour faire vos transmission, en plus vous en avez marre, vous voulez rentrer chez vous et, euh, et vous avez le sentiment que personne ne comprend vraiment ce que vous avez fait puisque vous relatez des, des faits objectifs, mais toute la part subjective que vous avez vécu, ce que vous avez fait, subi, le stress et tout ça vous le retransmettez pas.»

Le travail de nuit est méconnu et non reconnu par l'encadrement et par les collègues qui ne travaillent pas la nuit. Et pour preuve, l'utilisation fréquente du terme de « *veilleur de nuit* » qu'il corrige systématiquement en disant qu'il est infirmier, sa spécificité c'est de travailler la nuit.

Pour M. O, dans le travail de nuit, « *la nature des relations humaines c'est beaucoup plus important (...) pour ne pas être une machine à exécuter les soins* ». Aussi, il est important pour lui de pouvoir accorder quelques minutes d'écoute au patient qui en a besoin, ce qui, pour le patient « *est peut-être le gage de passer une meilleure nuit* ».

À la question sur la santé, M. O répond qu'il « *se sent vieillissant* » et qu'il ne pourrait pas faire encore 30 ans de carrière. Toutefois, il se sent en bonne santé. Pour se maintenir en santé, M. S dit faire des activités qui lui permettent de se ressourcer, comme faire du sport et garder une hygiène de vie.

Ce sous-chapitre a mis en évidence, pour chacun des participants, des éléments de leurs discours qui leurs sont propres et qui les différencient des autres participants. Cela montre que pour chaque sujet le vécu subjectif est différent et construit en fonction des événements de sa

vie et de son histoire personnelle, mais aussi en fonction des conditions du milieu dans lequel chaque sujet déploie son être. En effet, le sujet n'est pas coupé du monde dans lequel il vit, mais il donne sens à son vécu et s'adapte à son milieu, toujours changeant, pour garder son équilibre psychique. Ainsi, comme il ressort de ce sous-chapitre, si plusieurs des soignants interviewés disent éprouver les conditions difficiles dans leur travail, ils ne le vivent pas tous de la même manière et n'utilisent pas les mêmes stratégies, conscientes ou inconscientes, pour s'adapter. Cela montre l'intérêt pour la méthodologie qualitative et la place du discours du sujet dans la compréhension des phénomènes étudiés.

5.3 Description des résultats transversaux

Ce sous-chapitre a pour but la « *description authentique* » et « *le plus fidèlement possible* » des résultats transversaux issus de l'analyse thématique de contenu des six entretiens. Il s'agit, comme le soulignent Paillé et Mucchielli (2003, p. 75), de reconstituer « *la parole donnée* », toute en prenant en compte de manière « *complète et détaillée* » la perspective des participants.

L'analyse thématique de contenu des six entretiens semi-directifs a mis en évidence quatre grands thèmes :

- **l'organisation du travail,**
- **le manque de reconnaissance,**
- **les avantages du travail de nuit**
- **la santé et le bien-être.**

5.3.1 Organisation du travail

Ce premier thème regroupe les éléments qui ponctuent la nuit de travail et dont les soignants doivent tenir compte dans leur organisation. Comme le montre le tableau 2 ci-dessous, ce thème inclut sept catégories : les soins, les valeurs professionnelles, la relation soignant-soigné, les émotions du patient, le temps, la solitude/vigilance et le respect du sommeil du patient. Chacune de ces catégories semble avoir son importance dans l'organisation d'une nuit de travail.

Tableau 2. Thème 1 avec ses catégories et sous-catégories.

THEME	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE
1. Organisation du travail	1.1 Soins et réorganisation des soins	1.1.1 Transmissions
		1.1.2 Passage dans les chambres
		1.1.3 Soins techniques
		1.1.4 Soins de nursing et de confort
	1.2 Valeurs professionnelles	
	1.3 Relation soignant-soigné	
	1.4 Emotions des patients	
	1.5 Temps	
	1.6 Solitude/vigilance	
	1.7 Respect du sommeil des patients	

L'organisation des soins (1.1), va dépendre, selon les soignants, de plusieurs éléments qui ont été regroupés en sous-catégories. Il y a tout d'abord une prise d'informations auprès des collègues qui ont travaillé l'après-midi : **les transmissions (1.1.1)**. En fonction de ces informations sur l'état des patients, les soignants orientent **leur passage dans les chambres (1.1.2)** et la première tournée dans les chambres des patients, effectuée à 22 h, après les transmissions, va commencer par les patients dont l'état de santé physique ou psychique nécessite une prise en soins rapide et en priorité :

« Euh, en fonction de ce que j'aurais eu comme information de la part de l'équipe soignante de l'après-midi, je sais quels sont les patients que je dois aller voir en priorité. » (M. S)

Cette situation est décrite comme difficile quelques fois par les soignants car étant pris avec un patient, ils ne peuvent pas voir les autres patients et évaluer leur état. Ils doivent alors faire appel à l'aide-soignante ou à l'infirmière d'une unité de soins voisine pour s'occuper des autres patients pendant quelque temps :

« Et des fois on commence à 22 heures, et puis on a pas du tout le temps de commencer comme ça (...) donc, euh, on va directement au plus urgent, on supervise en gros les chambres, on délègue un petit peu à l'aide si elle est disponible pour, euh,

aller voir des gens plus autonomes s'ils ont besoin de quelque chose et puis on démarre un peu sur les chapeaux de roue et puis la préparation plus standard dans les soins se fait beaucoup plus tard. » (Mme K)

La première tournée est décrite par les soignants comme primordiale pour le reste de la nuit et pour la qualité du sommeil des patients. Les soignants insistent tous sur l'importance de faire la connaissance des patients, de se présenter et de les rassurer sur le fait qu'ils peuvent à tout moment les solliciter durant la nuit :

« C'est mon premier truc, c'est d'aller les rassurer, de voir que je suis là, que je suis pas loin et que s'ils ont besoin ils appellent. Ça c'est le premier truc que je fais, et c'est toujours ça que je fais parce qu'en fait ça permet de rassurer les gens, les gens me voient, ils savent que je suis allé les voir, ils savent qu'on a discuté deux secondes, c'est, c'est rien mais de dire bonjour, na, na, je suis infirmier de nuit, ça suffit pour avoir une nuit calme. » (M. S)

Les soins techniques (1.1.3) sont décrits comme faisant partie intégrante du travail de nuit. Une série de soins est donnée en exemple durant les entretiens : prise de paramètres vitaux, prises de sang, perfusions intraveineuses, traitements par voie orale, intraveineuse ou en inhalation, sondage urinaire. Les soignants soulignent toutefois que la nuit n'est pas la meilleure période pour les soins techniques car ils sont obligés de réveiller le patient. Une infirmière parle d'un projet institutionnel qui vise à instaurer la programmation de plus de soins techniques sur la nuit, chose qu'elle considère comme « *une régression* » :

« Euh, les perf, tout ce qui est, euh, hydratation, on va les passer la nuit. Tout ce qui est alimentation, on va les passer la nuit et là tu te dis, ouah ! Pour moi c'est une régression. Mais encore une fois pas pour moi, c'est une régression, parce que moi je, je suis super contente de récupérer du travail technique que j'aime, mais c'est une régression oui pour le patient. Il dort quand ? Je sais pas. Alors, euh, on va essayer d'être silencieux mais, mais ça va être compliqué pour eux oui. Affaire à suivre. (rires) » (Mme C)

Quelques fois, malgré une bonne organisation de la part des soignants, la charge de travail peut s'alourdir rapidement et procurer de l'inquiétude et de l'inconfort psychique à certains d'entre eux :

« C'est éprouvant et c'est vrai que c'est nerveusement éprouvant et c'est fatiguant et, et quand on, euh, voilà, c'est, c'est humainement fatiguant d'être tout le temps sur le qui-vive, je veux dire, euh, nerveusement je pense qu'il faut effectivement être solide, euh, c'est pas n'importe qui qui se sent l'énergie d'affronter ce genre de choses quoi, je suppose. » (Mme K)

Les soins de nursing et de confort (1.1.4) (qui regroupent des soins d'hygiène, des soins d'incontinence ou de soins de prévention d'escarres) sont mentionnés très brièvement par certains soignants ou pas mentionnés du tout par d'autres. Une infirmière évoque ces soins comme n'étant pas la priorité dans l'organisation de son travail de nuit, une autre comme importants surtout pour soulager le patient lorsqu'il a mal ou lorsqu'il est tendu, en lui faisant un massage :

« Un petit massage au passage ça fait toujours du bien si les gens ils sont stressés ou s'ils ont des douleurs ou voilà quoi. » (Mme M.)

La deuxième catégorie du thème 1 concerne **les valeurs professionnelles (1.2)**. Différentes d'un soignant à l'autre, les valeurs professionnelles représentent des critères importants pour les soignants dans l'organisation du travail. Par exemple, pour certains soignants il s'agit de respecter rigoureusement les horaires de soins, pour d'autres, de considérer les relations humaines très importantes *« pour ne pas être une machine à exécuter les soins »* :

« Alors moi les soins je les décale jamais, jamais parce que pour moi, décaler un soin, ça manque de rigueur, enfin, et être de nuit c'est être super rigoureuse parce que tu es très, très vite dans la dérive de nuit si tu fais pas attention. » (Mme C)

« Maintenant je pense que, étant plus âgé (rires) je pense que la nature des relations c'est quand-même beaucoup plus important, beaucoup, pour justement que le travail se fasse bien et pour ne pas être une machine à exécuter les soins, c'est aussi quand même plus agréable en finalité quoi quand on y réfléchit. » (M. O)

Pour d'autres encore, c'est de s'informer plus sur la pathologie des patients en consultant le dossier médical car ces informations font quelques fois défaut pour les soignants qui travaillent la nuit :

« C'est-à-dire après, euh, aussi de prendre le temps, moi quand j'ai le temps, de lire les, les notes du médecin, de voir un petit peu (...) sur aussi la physiopathologie, des

fois on a moins de, on a des compte-rendu un peu plus succincts, donc je trouve important d'avoir un apport plus médical aussi, et (...) d'avoir une vue un peu plus complète de, euh, de leur situation ».

La relation soignant-soigné (1.3) constitue la troisième catégorie faisant partie de l'organisation du travail. Grandement investie par les soignants interviewés, la relation soignant-soigné est exprimée en miroir avec la quatrième catégorie, **les émotions des patients (1.4)** et l'ambiance de nuit qui peut être difficile à supporter pour les patients de par le vide autour d'eux, propre à la nuit. Tous les soignants décrivent la relation avec le patient très importante la nuit, tous insistent sur l'importance d'accorder le temps nécessaire au patient pour qu'il puisse exprimer ce qui le préoccupe et pouvoir s'endormir. Les soignants décrivent aussi l'importance d'instaurer la relation en début de nuit pour que le patient se sente en confiance :

« Pour moi y a une ambiance à instaurer la nuit, si, euh, l'instauration de cette ambiance est pas faite, les gens vont pas pouvoir s'endormir, parce qu'ils vont pas faire confiance, parce que, eu, ils sont, euh, enfin ils sont angoissés en général en début de nuit. Donc y a vraiment, je prends du temps, avec chaque personne pour essayer de, de, euh, de faire pas comme un cocon parce que c'est difficile à faire, mais en tout cas de les rassurer, et de leur faire voir que je suis là. » (Mme C)

Un autre aspect apparaît dans la relation soignant-soigné c'est la capacité du soignant à décoder la demande du patient car une demande peut en cacher une autre. Selon certains soignants, une demande d'antidouleur ou de somnifère est parfois une demande de parler ou d'extérioriser la tension qui habite le patient :

« Mais en général s'y a une demande, elle va pas forcément demander j'ai besoin de parler, elle va trouver plein de petits, euh, des petites choses à te demander pour arriver à instaurer un dialogue. »(Mme C)

Les émotions des patients, décrites tout d'abord par le mot « *angoisse* » ou « *anxiété* », appellent réponse de la part du soignant en termes d'écoute, de capacité à rassurer, à contenir l'angoisse :

« Parce que la nuit ils sont quand-même plus angoissés que la journée parce qu'il se passe moins de choses et puis et puis voilà quoi, je, euh, oui, voilà, » (Mme M)

« Bah, c'est toujours pareil, l'angoisse du patient peut-être, la, sa prise en charge, le fait qu'il est seul aussi. » (Mme B)

Or, la réponse du soignant va dépendre du **temps (1.5)** que les soignants ont. Le temps est évoqué par les soignants soit comme possibilité d'être à l'écoute du patient, de répondre à ses demandes lorsque la charge de travail le permet, soit comme anticipation d'une charge de travail potentielle et imprévisible. Le manque de temps peut conduire certains soignants à différer leur réponse à la demande du patient de parler et d'exprimer ses émotions. Par ailleurs, la crainte que l'état de santé d'un patient se dégrade ou qu'un patient en provenance du service des urgences arrive dans l'unité est exprimée par rapport au temps. Ce sont des situations décrites comme nécessitant beaucoup de temps et une rapidité de réaction de la part du soignant. Le temps semble d'autant plus important que les soignants sont seuls dans l'unité.

« Mais c'est vraiment, euh, oui c'est en fonction de la ch-, de la charge de travail quoi. Tout va dépendre de, de comment pour les autres patients ça se passe aussi. Parce que voilà, tu es toute seule et tu fais comme tu peux (rires). » (Mme C)

« Donc voilà, c'est, (...) aussi prévoir bah qu'on peut avoir une entrée, qu'on peut avoir un patient qui décompense, qu'on peut avoir des tas d'événements qui sont des événements bah, non planifiés par excellence voilà. » (M. O)

Leur solitude, certains soignants la mentionnent par rapport à leur état de vigilance qui baisse vers 4 heures du matin. Il s'agit de la sixième catégorie, appelée **solitude/vigilance (1.6)**. Les soignants semblent entretenir un double lien avec le fait qu'ils soient seuls dans l'unité. En effet, ils décrivent leur solitude à la fois comme source de stress et comme quelque chose qu'ils apprécient. La solitude comme source de stress est mise en mots par les soignants à la lumière de l'imprévisibilité des situations de soins qui peuvent se présenter à tout moment et engager leur prise de décision et leur responsabilité :

« parce que la nuit on est tout seul, y a un problème on est tout seul, on appelle à l'aide à, euh, médecin des trucs comme ça mais il faut pouvoir gérer et, et puis, (...) voilà, il faut agir, il faut toute de suite faire les choses et pas en avoir peur. » (M. S)

Mais le fait d'être seul apparaît aussi comme un élément apprécié par les soignants car les situations imprévisibles deviennent des défis à relever pour autant qu'ils puissent disposer

des ressources nécessaires à la prise en soins des autres patients (la présence de l'aide-soignante dans leur service ou l'aide apportée par une infirmière de l'unité voisine) :

« Qui motive, oui, tout à fait et qui peut aussi bon après entraîner un stress en disant est-ce que je serai à la hauteur, est-ce que je vais pas passer à côté de quelque chose quoi. ++ Voilà. + Et puis, s'il y a deux ou trois qui vont pas bien dans le service c'est là que ça devient problématique, parce que là on est seul. Donc là c'est toujours pareil, trouver une personne ressource. » (Mme B)

Quant à la vigilance, les soignants la décrivent au plus bas vers 4 heures du matin. Pour y faire face, ils mentionnent plusieurs stratégies qu'ils utilisent, comme par exemple s'occuper en faisant du rangement, discuter avec l'infirmière des unités voisines ou s'accorder quelques minutes de repos. Aussi, dans l'organisation de leur travail, ils vont accomplir les tâches qui demandent de l'attention, comme la préparation des piluliers, en début de nuit et non pas pendant les moments où ils sentent leur vigilance baisser.

« moi c'est 4 heures du matin, gros coup de barre et c'est souvent à ce moment-là que moi je prends un fauteuil et que je me mets dedans mais je sais que je somnole, c'est pas, euh, voilà, dès qu'y a un petit bruit, euh voilà. » (M. S)

« Parce qu'y a quand-même le coup de barre vers 4 heures du matin, des fois un peu avant, si c'est calme surtout » (Mme M)

Le respect du sommeil des patients (1.7) apparaît comme un élément très important pour les soignants dans l'organisation de leur travail de nuit. Plusieurs d'entre eux procèdent à un regroupement des soins pour moins réveiller les patients ou diffèrent les soins du matin à une heure plus tardive si le patient a mal dormi la nuit :

« Oui, c'est clairement ça. C'est de tenir compte de son besoin de dormir, de tranquillité (...) et d'aménager les soins pour que sa coïncide avec leur temps de repos, voilà, c'est la moindre des choses et même voire, supprimer un soin si le patient il en a pas vraiment besoin quoi. » (M. O)

Les soignants interviewés soulignent aussi que les soins programmés par des soignants de l'équipe de jours qui n'ont pas l'habitude de travailler la nuit tiennent peu compte du repos du patient. Aussi, certains d'entre eux notent le manque d'attention au sommeil des patients dont font preuve les équipes de jour lors de la planification des soins pour la nuit :

« mais voilà, c'est juste que les gens il faut qu'ils se rendent compte que la nuit il faut que le patient il dorme, et que les soins, si on peut faire en sorte que, euh, ils soient étalés sur la journée et qu'y en ai un minimum, surtout un minimum, euh, comment dire, où on va directement intervenir sur le patient la nuit, c'est mieux. » (M. S)

5.3.2 Manque de reconnaissance

Le deuxième thème qui ressort des entretiens est **le manque de reconnaissance (2)**. Les soignants rapportent le manque de reconnaissance à travers les deux catégories qui se dégagent à l'intérieur de ce thème : **la perception du travail de nuit par les collègues et la hiérarchie (2.1)** et **l'absence de hiérarchie la nuit (2.2)**.

Tableau 3, Thème 2 avec ses catégories

THEME	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE
2. Manque de reconnaissance	2.1 Perception du travail de nuit par les collègues et la hiérarchie	
	2.2 Hiérarchie absente la nuit	

Concernant la première catégorie, cinq des six soignants considèrent que la hiérarchie a une fausse perception de leur travail de nuit. L'intensité du travail et les difficultés auxquelles les soignants doivent faire face la nuit ne sont pas comprises par la hiérarchie selon eux :

« Oui, ah oui, parce que le, parce que, euh, parce que y a une vision du travail de nuit qui est tellement, mais tellement fausse, que, euh, même si tu cries à l'aide, y a aucune réponse. On te dis bah, il faut faire ce que vous pouvez, on va pas embaucher du monde. D'accord, bah voilà quoi. Et ça pour moi, ça me dépasse. » (Mme C)

« Du fait qu'on soit mal jugés. Parce que, non seulement ils n'ont pas d'avis sur le travail qu'on fait, non seulement ils ne le connaissent pas, mais ils le jugent négativement. » (M. S)

Cette fausse perception va se traduire dans les faits selon les soignants par un manque de moyens en personnel pour la nuit ou par l'utilisation du terme de veilleuse à la place d'infirmière de nuit, terme qui insupporte une partie des soignants interviewés :

« et, euh, et de pas avoir du personnel la nuit, c'est bien la preuve que c'est pas reconnu quoi. On, y aurait une reconnaissance, on aurait du monde. » (Mme C)

« Euh, oui, je pense que, puis la hiérarchie aussi, parce que il y a quand-même une hiérarchie, euh, certains IRU³ qui sont restés à l'époque où, euh, on était des veilleuses, voilà un terme que je supporte pas. La veilleuse, ça fait tu es là pour attendre que le temps passe et puis, voilà. Moi, je suis une infirmière, bah, voilà, autant une infirmière la journée on dit les infirmières de jour et la veilleuse. Ça c'est un terme que je ne supporte pas quoi, voilà. » (Mme B)

Les soignants estiment aussi que le travail de nuit est faussement perçu par la hiérarchie car la hiérarchie et surtout les infirmières responsables d'unité sont de plus en plus dans l'administratif et de moins en moins sur le terrain, et ce déjà la journée.

Les collègues qui travaillent la journée ne perçoivent pas non plus le travail de nuit à sa juste valeur selon les soignants. En effet, il ressort des entretiens que dans les équipes où il y a des infirmières fixes de nuit, le travail est peu ou pas connu et reconnu par les collègues qui travaillent le jour car ils travaillent très rarement la nuit. Toutefois, les soignants disent que les collègues reconnaissent plus leur travail que la hiérarchie :

« moi ce qui me tient en fait vraiment à cœur, c'est, euh, c'est la non considération euh, je l'ai dit plusieurs fois hein, la non considération professionnelle, de mes collègues je ne pense pas, mais de mon encadrement oui, ça je le pense, ça je suis persuadé de ça, oui. Et ça c'est, euh, c'est la chose en fait qui me blesse le plus parce que au bout de 25 ans ou de 30 ans de pratique professionnelle et 25 ans de travail de nuit, euh, je pense que on a le droit à une reconnaissance (...). » (M. O)

La fausse perception de leur travail et le manque de reconnaissance semble induire une importante souffrance pour les soignants qui se traduit par diverses attitudes, comme par exemple, avoir arrêté « de se battre », se sentir « à bout », se sentir « blessé », ou considérer qu'il y a de la « malhonnêteté dans la fonction » de ses responsables, tout en soulignant qu'ils ne sont pas tous pareils.

³ Infirmière responsable d'unité

« Et bien souvent quand on demande du personnel la nuit, on me répond, bah, c'est le jour qu'il faut du personnel, pas la nuit, voilà. D'accord, j'ai fini de me battre, hein, j'ai, enfin vraiment, j'ai, je me dis, oui, ils arrivent pas à comprendre. » (Mme B)

« euh, là, on a l'impression d'être à bout par manque de reconnaissance, c'est pas à bout par le travail, c'est, c'est à bout par le manque de reconnaissance qu'y a plus du tout maintenant. » (Mme C)

Le manque de reconnaissance est également décrit par les soignants comme un manque d'intérêt pour leur vécu subjectif douloureux après une nuit de travail difficile. L'équipe de jour et la hiérarchie s'intéresse selon les soignants aux faits objectifs mais pas à leur vécu subjectif que souvent ils doivent partager dans leur famille :

« Ne serait-ce que de savoir, si vous avez une nuit épouvantable de vous dire, ah bah écoute je sais ce que tu as vécu quoi, simplement ça. Et non pas dire bah, c'est bien, tu peux rentrer te reposer chez toi. (...) ça pour moi c'est la chose la plus difficile à encaisser. » (M. O)

L'absence d'encadrement infirmier la nuit est également vécue par les soignants comme un manque de reconnaissance de leur travail. Ils sont plusieurs à exprimer le fait que si l'institution reconnaissait le travail de nuit, il y aurait une hiérarchie la nuit, une « vraie équipe de nuit » :

« Et c'est ce que j'aimerais vivre ici quoi, c'est être une véritable équipe de nuit avec une véritable IRU de nuit qui, bah qui voit notre travail, qui nous connaisse, parce que finalement nos IRU nous connaissent comment ? » (Mme B)

N'ayant pas de responsable la nuit, ils disent devoir se débrouiller par eux-mêmes dans les moments difficiles. Par exemple une infirmière dit combien il a été difficile pour elle de faire face au suicide d'une patiente par déféstration et à un incendie sans que la hiérarchie soit présente :

« Euh, là on a eu un suicide y a, euh, alors moi j'ai vécu y a un an en arrière le feu, on a eu un incendie énorme au cantonal et j'ai vécu le suicide un mois plus tard d'une dame. Je n'ai pas eu de hiérarchie qui est venu me voir ! (...) Enfin, je trouve ça, mais inadmissible ! » (Mme C)

La méconnaissance du travail de nuit résiderait dans l'absence de hiérarchie selon les soignants. Cinq d'entre eux disent lors de l'entretien que depuis quelques mois une infirmière responsable est présente pour tout l'établissement jusqu'à 2 h du matin. Fait nouveau, certains ont encore des doutes sur les raisons de cette mesure et se demandent si ce n'est pas pour les contrôler. D'autres font l'inventaire des situations difficiles lors desquelles ils pourront ainsi faire appel à la responsable présente.

Les difficultés liées au manque de reconnaissance n'apparaissent pas dans le discours d'une des infirmières interviewées. Elle rapporte qu'autant ses collègues de jour que la hiérarchie reconnaissent son travail.

5.3.3 Avantages du travail de nuit

Le troisième thème que l'analyse des entretiens a mis en évidence porte sur **les avantages du travail de nuit (3)** qui peuvent être de deux ordres : **avantages professionnels (3.1)** et **avantages personnels (3.2)**.

Tableau 4. *Thème 3 avec ses catégories et sous-catégories*

THEME	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE
3. Avantages du travail de nuit	3.1 Avantages professionnels	3.1.1 Relation avec le médecin
		3.1.2 Autonomie
		3.1.3 Valeurs
		3.1.4 Relations avec d'autres unités
		3.1.5 Comparaison jour/nuit
	3.2 Avantages personnels	3.2.1 Conciliation travail/vie familiale et sociale
		3.2.2 Motivation initiale du travail de nuit
		3.2.3 Séparation vie professionnelle/vie privée
		3.2.4 Relations parents-enfants

Les avantages professionnels que les soignants évoquent dans le travail de nuit incluent les catégories suivantes : **la relation avec le médecin (3.1.1)**, **l'autonomie (3.1.2)**, **les valeurs (3.1.3)**, **la relation avec d'autres unités de soins (3.1.4)** et **la comparaison jour/nuit (3.1.5)**.

La relation avec le médecin (3.1.1) est vue par certains soignants comme privilégiée, humaine, respectueuses des uns et des autres et moins hiérarchique que la journée. Aussi, elle leur paraît plus basée sur la confiance car le médecin étant seul pour plusieurs unités, il délègue à l'infirmière la surveillance des patients qui ne vont pas bien après les avoir examinés :

« Bah, ils ont, ils ont énormément de travail mais, moi je les sens plus disponibles. C'est, c'est assez paradoxal parce que ils ont plusieurs services et comme je disais de nuit je les ai toujours trouvé assez disponibles finalement, à l'écoute, euh, nous faire confiance aussi » (Mme B)

Toutefois cette relation avec le médecin n'est pas vue de la même manière par tous les soignants interviewés. Pour certains, la relation avec le médecin est minimale ou peut devenir même conflictuelle si le médecin sollicité ne se déplace pas assez rapidement pour voir le patient.

Autonomie (3.1.2) : Les six soignants se disent autonomes dans leur façon de travailler et leur travail de nuit leur permet cette autonomie. Ils disent aussi que l'autonomie dans leur travail leur procurent plus de responsabilité ce qui est valorisant pour eux :

« C'est vrai que moi la nuit, voilà je, j'apprécie d'avoir une certaine autonomie dans le travail aussi certainement, d'être, euh, j'aime bien gérer, j'aime bien avoir une vue d'ensemble, (...) c'est vrai que c'est, on a quand-même voilà une autonomie qui est pas désagréable parce que on fonctionne, euh, on s'organise nous-même, oui, on est seul, ça, ça a une certaine val-, c'est valorisant euh, de , de gérer et d'avoir une confiance par rapport à ça quoi, qu'on assume seul la nuit et puis, hum.» (Mme K)

Les valeurs (3.1.3) constituent la troisième catégorie d'avantages professionnels. Cette catégorie regroupe les éléments que les soignants décrivent comme importants dans leur pratique professionnelle, des éléments auxquels ils se réfèrent en tant que soignants et que le travail de nuit permet plus que le travail de jour. Voir la personne dans sa globalité, éviter d'être témoin d'une médecine qui ne soigne *«qu'un corps»*, rester dans l'humain, se sentir utile dans son travail parce qu'on peut accompagner un patient en fin de vie ou vivre dans un autre rythme *« hors du temps normal »* sont quelques exemple d'éléments, chers aux soignants interviewés :

« Et ça, moi c'est un truc que, euh, je suis pas là que pour bah distribuer des médicaments, distribuer des machins, non, ça me permet de, de rester dans l'humain et ça me permet aussi d'avoir le, enfin la, la visual-, la globalité du patient que je trouve qu'on a plus la journée, (...) mais moi je trouve que la nuit on ne saucissonne pas, (...). » (Mme C)

« Par contre la médecine, sans vouloir tout dénigrer, bien sûr que non, mais je trouve que des fois ils sont à côté de la plaque et puis, euh, y a un m-, y a un manque de dialogue avec les patients et puis au niveau des médecins, euh, de prendre la personne dans la globalité » (Mme M).

Le fait de pouvoir travailler en tenant compte du patient dans sa globalité ou de pouvoir accompagner le patient semblent aider les soignants à se sentir utiles dans leur travail, à être satisfaits de leur travail :

« Quand on est face à la mort de quelqu'un de 85 ans, si, euh, bah, c'est l'avantage de la nuit, à la limite on peut lui consacrer du temps, plus de temps, être près d'elle et se sentir utile quelque part, ça peut-être quelque chose même de positif. (...). Je pense que comme ça et puis très égoïstement ça nous permet à nous de surmonter aussi quoi, en se disant finalement c'est pas que du négatif. +++ Enfin moi c'est comme ça que j'essaye de vivre quoi. » (Mme B)

La relation avec d'autres unités de soins (3.1.4) se caractérise, selon les soignants, par plus de solidarité que la journée, par un contact direct qui échappe à l'anonymat de l'informatique :

« Mais, ça c'est des relations, euh, enfin t'as des relations aussi avec la salle de réveil, voilà, tu es dans la mouise tu les appelles ils te donnent des conseils, enfin, on a des relations plus hu-, pour moi plus humaines. » (Mme C)

Aussi, les infirmières des unités voisine sont des personnes ressources et offrant une aide concrète dans des moments difficiles, pour autant que la situation de leur propre service leur permette d'offrir cette aide :

« Donc à côté heureusement j'avais un collègue qui est venu m'aider aussi, (...) et puis je sais pas comment on a fait dans la nuit quoi. » (Mme B)

Un autre avantage professionnel du travail de nuit est évoqué par les soignants en termes de **comparaison jour/nuit (3.1.5)**. Cette comparaison est mise en évidence surtout par rapport à trois aspects : le rôle de l'infirmière dans les soins aux patients, le bruit, l'effervescence et l'interruption des tâches propres au travail de la journée et enfin, la stabilité des horaires.

En effet, selon les soignants, le travail de nuit offre plus de possibilité d'exercer son rôle propre auprès des patients, sans déléguer les soins aux autres professions :

« Et donc c'est vrai que la journée oui, j'ai plus l'impression d'être une secrétaire quoi, (...) que la nuit c'est pas cette, oui, une infirmière complète voilà, que la journée j'ai pas cette impression-là. Alors quand j'en fais du jour j'ai pas cette impression-là et puis c'est aussi facile de dire bah j'appelle, euh, comme je dis la spécialiste des plai, la spé-, enfin, de, de, oui de déléguer. Et du coup tu, pour moi tu perds la globalité de ton patient. C'est, c'est ma vision (rires). (Mme C)

Aussi, pouvoir travailler sans bruit et sans être interrompu par les visites médicales, les familles des patients ou d'autres sollicitations (qui sont très fréquentes la journée) semble très apprécié par les soignants :

« et, euh, par contre quand je travaille la journée, je suis saturé de bruit, saturé d'information, saturé de demandes aussi, hein, et elles sont encore plus nombreuses la journée que la nuit et elles sont de tous les ordres hein, c'est pas, donc voilà » (M. O)

Les soignants soulignent les nombreux changements d'horaire de dernière minute qui sont demandés aux soignants la journée, changements dont certains ont pu faire l'expérience pendant leur période annuelle de travail de jour, alors que la nuit, les changements d'horaires restent exceptionnels.

« (...) on est moins dans l'interchangeabilité des horaires, ce qui est pas négligeable, voilà, par rapport à un contexte de vie où, où on doit déjà être pas mal mobile mais quand il faut en plus changer sans arrêt la journée d'horaire (...) donc de nuit c'est vrai que ça garantissait, quelque part y a moins, ça peut arriver mais c'est beaucoup moins que sur la journée. Chaque fois que je fais un période de jour d'ailleurs on me demande un changement, donc si on est de nuit, euh, ça peut arriver mais c'est très, très ponctuel, c'est peut-être quatre-cinq fois en, euh, bientôt 20 ans de nuit. » (Mme K)

Au niveau personnel, le travail de nuit offre également plusieurs avantages : il permet aux soignants la **conciliation travail/ vie familiale et sociale (3.2.1)**, surtout à ceux qui ont des enfants. En effet, le travail de nuit a permis aux soignants parents d'accompagner les enfants à l'école après leur travail ou d'être présents les après-midi pour les enfants. Tenir la maison, gérer les horaires dans les couples où le compagnon fait le même métier ou s'occuper de ses vieux parents sont des avantages du travail de nuit qui facilitent la conciliation entre le travail et la famille :

« Après pour moi c'est quelque chose de, d'avoir été le pilier de la maison pendant que les enfants étaient petits, oui, c'est important parce que effectivement euh, mon travail c'est important mais mon rôle de maman était important. » (Mme C)

La motivation initiale pour le travail de nuit (3.2.2) fait référence à qu'est-ce qui a déterminé les soignants à commencer le travail de nuit. Si pour la moitié d'entre eux la motivation initiale est liée à la garde des enfants, pour l'autre moitié elle tient à d'autres éléments, comme par exemple la difficulté de se réveiller le matin :

« Au départ c'était très simple, je pouvais pas me réveiller le matin à 7 h. (rires). J'habitais en face et même en habitant en face de l'hôpital c'était trop tôt pour moi de me réveiller à 6 h du matin pour être là à 7 h (...). » (M. O)

Le travail de nuit, de par le temps de congé qu'il offre, est aussi vécu par les soignants comme une possibilité de **séparer la vie professionnelle de la vie privée et sociale (3.2.3)**. Cette séparation, vue comme un avantage du travail de nuit par les soignants, leur permet de se ressourcer et de garder la motivation dans l'exercice de leur profession. Ils sont plusieurs à exprimer ce besoin de couper avec le travail une fois leur nuit terminée. Pouvoir opérer cette coupure, s'avère être pour certains d'entre eux une protection et une aide à supporter les difficultés inhérentes à leur profession, comme le contact avec la maladie grave, avec la mort, avec la détresse :

« et puis, puis ça me donne des temps où je suis plus au travail, donc quelque part je peux oublier mon travail qui est pas facile, et puis quand je reviens faire ma série de nuit, bah je repars dans mon rythme de travail et puis les problèmes que ça me pose et puis les difficultés aussi morales des gens que je vais rencontrer ou des gens qui sont en fin de vie, voilà, ça permet d'avoir des temps où, euh, bah je suis en dehors de tout ça et je suis pas tout le temps avec la maladie, avec la mort. » (Mme B)

La relation parents/enfants (3.2.4), très importante pour une des soignantes, a été facilitée par le travail de nuit. Pour les autres soignants, la relation avec leurs enfants n'est pas abordée.

5.3.4 Santé et bien-être

Le quatrième thème qui ressort des six entretiens concerne **la santé et le bien-être (4)**. Ce thème comprend deux catégories : **les ressources (4.1)** et **les difficultés (4.2)**.

Tableau 5. *Thème 4 avec ses catégories et sous-catégories*

THEME	CATEGORIE	SOUS-CATEGORIE
4. Santé et bien-être	4.1 Ressources	4.1.1 Prise de recul
		4.1.2 Capacité à mettre des limites
		4.1.3 Comportements de santé
		4.1.4 Santé subjective
	4.2 Difficultés	4.2.1 Epuisement/fatigue
		4.2.2 Difficultés relationnelle et difficultés dans la vie sociale
		4.2.3 Prise de poids
		4.2.4 Sommeil
		4.2.5 Difficultés de réveil et de concentration
		4.2.6 Surconsommation de de tabac et de café
		4.2.7 autres problèmes de santé

Dans la catégorie ressources sont regroupés les comportements qui aident les soignants à se maintenir en santé. Il y a d'abord une **prise de recul (4.1.1)** que chacun décrit à sa manière. Ils l'utilisent dans les situations de travail difficiles lorsque de nombreuses demandes de la part des patients affluent en même temps et auxquelles ils ne peuvent pas répondre, étant donné qu'ils travaillent seuls. Ils organisent leur travail en tenant compte des priorités et en différant dans le temps les autres demandes. Ces stratégies apparaissent comme nécessaires et protectrices dans les moments de stress :

« et puis après, la deuxième étape c'est mettre en place, euh, des priorités. Donc, euh, ça c'est le moment où, euh, qui est délicat, il faut le faire comprendre, il faut déjà se le dire à soi-même qu'on va, euh, qu'on va mettre en place des priorités et puis ensuite il faut le faire comprendre aux patients, euh, il faut le faire comprendre aussi au

médecin (...) c'est vraiment ça, c'est préserver ses priorités pour en plus soi-même être apte à répondre, euh, aux problèmes qui sont les problèmes du moment. » (M. O)

La capacité à mettre des limites (4.1.2) regroupe d'autres stratégies que les soignants disent utiliser pour préserver leur santé. Ça peut-être de ne pas dépasser son horaire de travail, de choisir les réunions auxquelles ils vont participer, de déléguer certains soins aux équipes de jour ou de se munir d'une « *carapace* » face à la détresse des patients. Chaque soignant trouve ainsi des ressources dans ces stratégies qui les aident à garder un équilibre psychique :

« Ah oui, ça me permet vraiment de me protéger, euh, voilà. Alors c'est pas, euh, c'est pas voulu, c'est comme ça, c'est, euh, alors parfois on a, j'ai l'impression d'être froid, d'être quelqu'un de, euh, comment dire, euh, un, un peu inhumain en se disant bah bon, on est pas touché par la détresse des autres mais moi je pense pas que ça soit ça. C'est une protection, c'est un truc comme ça et, euh, je sais pas, je peux pas l'expliquer et voilà, hein c'est. » (M. S)

La sous-catégorie **comportements de santé (4.1.3)** fait référence à différents types de comportements que les soignants mettent en place pour se garder en santé physique et psychique. Faire du sport, avoir des repas équilibrés, dormir suffisamment, faire du jardinage, avoir la « joie de vivre », écouter de la musique ou prendre du temps pour soi en solitaire sont des exemples de comportements de santé mentionnés par les soignants.

La dernière sous-catégorie concerne **la santé subjective (4.1.4)** des soignants. Il est à noter que cinq des six soignants estiment leur état de santé bon. Quant aux risques du travail de nuit pour la santé, qui sont inclus dans cette même sous-catégorie, les soignants disent les connaître, mais aucun ne s'estime à risque lui-même :

« Personnellement, euh, je me dis euh ça peut peut-être faire des perturbations, mais, euh, après ce que je pense c'est que j'ai, y a des émissions qui disent au niveau cardiaque, ça fait, ça peut être mauvais, y a des, euh, j'ai vu et entendu certaines émissions qui, qui supposent, après je sais pas au niveau, euh, personnellement pour moi je pense pas. » (Mme K)

Dans la catégorie **difficultés (4.2)**, on retrouve, comme le montre le tableau 5, les difficultés que les soignants rapportent comme étant liées au travail de nuit ou plus largement au travail dans les soins. Par exemple certains soignants parlent de leur **épuisement et fatigue (4.2.1)** :

« Oui, oui, bah oui comme tout humain hein (...). Donc, euh y a des moments où on est fatigué, on est crevé hein ». (M. S)

« (...) on encaisse des trucs, mais qui sont inimaginables pour le commun des mortels ce qu'on prend sur soi. (...) voir des gens qui souffrent c'est pareil, et on a un ensemble d'événements dans notre pratique professionnelle qui font que c'est vital de pouvoir se ressourcer. (...) mais il faut avoir des pratiques qui font évacuer ça quoi, qui font évacuer ce trop-plein bah de douleur, de souffrance, de, d'atteinte personnelle, enfin ». (M. O)

D'autres difficultés comme les difficultés à maintenir **les relations sociales (4.2.2)** à cause des horaires de travail sont également mentionnés par certains soignants :

« Et ça effectivement je pense que la nuit nous éloigne des relations sociales. Mais comme ce travail en général nous éloigne des relations sociales. C'est aussi une des souffrances qu'on veut pas prendre en compte dans ce travail, c'est l'isolement social (...). » (M. O)

Des difficultés plus liées à la santé physique sont aussi rapportés par certains soignants interviewés, comme par exemple la **prise de poids (4.2.3)**, les difficultés de **sommeil (4.2.4)**, de **réveil et de concentration (4.2.5)** ou **la surconsommation de tabac et de café (4.2.6)**.

Ainsi, tous les soignants interviewés disent faire attention à leur alimentation et éviter de grignoter la nuit pour ne pas prendre du poids :

« Alors moi je me, alors, euh, alors par contre là aussi il faut être super vigilant sinon je prends énormément de poids. » (Mme C)

Si le sommeil suffisant est cité par les soignants comme contribuant au maintien de la santé, les difficultés de sommeil sont aussi soulignées par certains d'entre eux :

« Bon évidemment si j'ai eu une nuit pénible ou une nuit calme et puis que je dors peu parce que bon, c'est quand-même moins évident de dormir la journée hein, c'est sûr, surtout l'été parce que, euh, y a plus de lumière, (...) ». (Mme M)

La catégorie **autres problèmes de santé (4.2.7)** regroupe des problèmes de santé que les soignants considèrent comme étant non liés au travail, comme des accidents liés aux loisirs ou des opérations chirurgicales orthopédiques suite aux problèmes d'arthrose.

Un cinquième thème, nommé **autres (5)** regroupe des éléments comme les phrases de la fin des entretiens et n'a pas été repris dans la grille transversale.

Dans ce sous-chapitre nous avons fait une présentation descriptive des résultats issus de l'analyse thématique du contenu des entretiens. Ces résultats sont analysés en fonction des trois niveaux d'analyse proposés par la psychologie qualitative de la santé et discutés par rapport à la littérature étudiée dans le chapitre suivant.

6. DISCUSSION

Dans ce sous-chapitre nous allons interpréter les résultats en fonction des trois niveaux d'analyse proposés par la psychologie qualitative de la santé pour rendre compte de la complexité du vécu humain. En effet, comme le souligne Santiago-Delefosse (2002, p. 188), l'entretien qualitatif « *délivre des enseignements* » des trois niveaux qui « *ne sont que les modes intégrés du processus d'humanisation* ».

À travers cette analyse, nous tenterons de répondre à la problématique de l'étude, à savoir comment est vécu le travail de nuit par les soignants interviewés d'un point de vue cognitif et conscient, affectif-relationnel et inconscient et comment ces différentes logiques s'articulent ? Nous allons également mettre en lien les résultats avec les données issues de la littérature étudiée.

6.1 Niveau 1 : expression manifeste du discours

Dans l'analyse des résultats selon le **premier niveau**, nous allons nous intéresser aux choix et aux stratégies conscientes qui ressortent du discours des soignants et qu'ils disent adopter dans leur travail de nuit.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, les soignants décrivent leur travail de nuit d'abord en termes de stratégies organisationnelles. Ces stratégies semblent obéir à deux logiques. Une première logique, que nous appellerons institutionnelle et qui suppose un ordre établi dans l'activité des soignants, en commençant par la prise d'informations et son importance dans l'identification et la planification des priorités de soins, suivie du passage dans les chambre des patients et l'effectuation des soins. Mais à l'intérieur même de cette logique institutionnelle, une logique plus personnelle, empreinte de la singularité subjective de chaque soignant, transparaît à travers l'organisation du travail et se traduit par des pratiques

différentes d'un soignant à l'autre, comme par exemple respecter rigoureusement les horaires de soins ou procéder à certains regroupements pour moins réveiller le patient, mettre plus l'accent sur les soins techniques ou sur les soins de confort en proposant au patient un massage lorsqu'il est stressé ou douloureux, accompagner un patient en fin de vie, etc.

Or cette organisation selon une logique plus personnelle est exprimée par les soignants en termes d'autonomie qui s'avère très motivante dans leur travail. En effet, comme nous l'avons vu dans le cadre des études menées en psychologie du travail, l'autonomie décisionnelle s'avère protectrice pour la santé des travailleurs lorsque le travail implique une forte demande psychologique, comme c'est le cas du travail dans les soins (Karasek & Theorell, 1990, cités par Vézina & al., 2006).

Et lorsque l'organisation habituelle du travail est perturbée par des événements non prévisibles (l'état de santé d'un patient qui se dégrade rapidement, l'arrivée d'un nouveau patient ou un patient en fin de vie) et devient un stress pour les soignants, ils mettent en place des stratégies de coping centrée sur l'action.

Si les stratégies utilisées pour faire face à la situation stressante se ressemblent d'un soignant à l'autre (faire appel à l'infirmière d'un service voisin et au médecin de garde, déléguer certains soins à l'aide-soignante, établir des priorités), les soignants ne semblent pas tous touchés de la même manière par ces situations. Ils décrivent ainsi leur vécu dans ces situations de manière très différente : « *c'est éprouvant* » (Mme K), « *je me sentais à bout de venir travailler* » (Mme C) ou bien « *je reste très calme en me disant que ça va pas durer l'agitation* » (Mme M), « *les choses se feront à leur rythme (M. O)*».

Ces situations de perturbation de l'organisation du travail par des événements imprévisibles rapportées par les soignants mettent bien en évidence la difficulté de gérer les tâches dynamiques et interférentes décrite dans la littérature (Prunier-Poulmaire & Gadbois, in Brangier & al., 2004).

Les soignants interviewés ont tous une importante expérience du travail de nuit qui leur a permis de développer leur autonomie, mais aussi le sentiment d'efficacité personnelle dans les situations de travail de nuit où ils sont seuls à gérer l'unité de soins. En effet, comme le souligne Godefroid (2008, p. 535), la notion de sentiment d'efficacité personnelle (« self-efficacy ») développé par Bandura (1977), traduit la croyance qu'entretient une personne sur sa capacité à réagir dans une situation donnée, sur ses propres habiletés et sur les ressources

qu'elle peut mobiliser pour mener à bien l'activité demandée par la situation en question. C'est par des expériences répétées de réussite dans ces situations que les soignants ont développé ce sentiment d'efficacité personnelle. De plus ils semblent aussi entretenir un sentiment d'estime d'eux même à travers la gestion des moments de travail intense qui nécessitent rapidité dans l'effectuation des tâches, raisonnement et prise de décision, trouver des ressources supplémentaires en sollicitation les collègues des unités de soins voisines ou le médecin.

Un deuxième élément qui ressort du discours des soignants sur l'organisation de leur travail concerne le patient, son état et ses demandes. Les soignants hiérarchisent les soins et leurs interventions en fonction de l'information qu'ils reçoivent de leurs collègues. Si certaines études indiquent que la recherche d'information, surtout le premier jour de travail, occupe une grande partie du temps des soignants (Seifert & Messing, 2004), dans le cas de nos participants l'expérience clinique s'avère également très importante. C'est de cette manière par exemple qu'un soignant va décoder dans la demande d'un patient un message sur son état émotionnel ou un besoin de verbaliser un vécu difficile.

En effet, les soignants interviewés semblent tous très attentifs aux émotions des patients qui resurgissent plus facilement la nuit selon eux et surtout l'angoisse, l'anxiété, la peur. Pour y répondre, ils accordent une large place à la relation soignant- soigné à travers l'écoute et le soutien des patients. En plus de cette attention aux besoins psychologiques des patients, les soignants essaient d'organiser le travail en tenant compte également des besoins physiologiques et particulièrement le besoin de repos et de sommeil des patients.

Ainsi, « *l'inversion des valeurs* » dans le travail de nuit qui remet le patient au centre et non la maladie (Perraut-Soliveres, 2002) semble protéger l'identité professionnelle des soignants qui est basée sur la relation d'aide.

Toutefois, l'aide que les soignants pourront apporter au patient est tributaire de la charge de travail. Lorsque la charge de travail devient surcharge, les soignants vont donner la priorité aux soins urgents au détriment de la relation d'aide, ce qui engendre un état de stress et un sentiment de mal-être chez les soignants.

Le sentiment de mal-être du à l'impossibilité de répondre aux besoins des patients par manque de temps s'accroît lorsque les soignants en font part à la hiérarchie et aux collègues ou lorsqu'ils réclament du personnel supplémentaire la nuit. Les réponses qu'ils reçoivent

(comme par exemple : « *c'est la journée qu'il faut du personnel* » (Mme B)) sont vécues comme un double déni : déni de l'importante charge de travail la nuit et déni de leur implication dans le travail. D'où la méconnaissance et la non reconnaissance du travail de nuit par l'encadrement, exprimées par cinq des six participants.

Si les soignants disent que leur travail est mieux reconnu par leurs collègues que par les responsables, ils expriment également leur satisfaction lorsque cette reconnaissance vient du patient. Or cela ne va pas sans poser la question de l'attente de gratification dans la relation de soin qui peut induire des comportements différents des soignants en fonction de l'habileté des patients à exprimer la gratification (Molinier, 2008 ; Molinier & Flottes, 2012).

Malgré la non reconnaissance de leur travail de nuit, tous les participants le décrivent comme ayant des avantages par rapport au travail de jour. Selon eux, l'organisation du travail de jour ne permet plus aux soignants de pratiquer la relation d'aide, ni de soigner le patient dans sa globalité, ce qui fait partie intégrante de leur identité professionnelle. La multitude des tâches administratives et la collaboration avec différents professionnels la journée, participe à ce que certains soignants interviewés qualifient le rôle de l'infirmière la journée de rôle de « *secrétaire* », ce qui leur paraît très « *frustrant* ».

D'autres aspects semblent également être très appréciés par les soignants dans le travail de nuit: le silence, le calme, la possibilité d'effectuer les tâches sans être interrompu ou la collaboration avec les professionnels (le médecin de garde ou les soignants d'autres unités).

Quant à leur santé, les participants se disent être en bonne santé. Aussi, ils disent connaître les risques du travail de nuit sur la santé, tout en estimant qu'ils ne sont pas concernés par ces risques. Cette croyance qu'entretiennent les soignants sur leur non vulnérabilité face aux risques du travail de nuit vient peut-être du fait que la santé et la maladie sont « *des états hétérogènes, s'excluant dans la pensée et difficilement intégrables* » (Santiago-Delefosse, 2001b). Aussi, comme nous l'avons vu dans l'étude de la littérature, il y a chez les travailleurs de nuit le phénomène appelé « *healthy shiftworker effect* » qui pourrait alors être un biais pour les travailleurs eux-mêmes qui ne peuvent concevoir que le travail de nuit peut avoir des risques sur leur santé à plus ou moins long terme.

Nous avons vu que les travaux issus de la psychologie du travail et de l'ergonomie indiquent que le temps au travail et le temps hors travail, tout comme les rythmes de travail semblent bousculés lors du travail de nuit et que certains conflits peuvent apparaître, comme des

conflits avec les rythmes biologiques ou avec les rythmes familiaux et sociaux des travailleurs. Qu'en est-il pour nos participants ?

Les contraintes liées aux rythmes biologiques dans la réalisation des tâches semblent affecter peu les soignants interviewés. En effet, si plusieurs d'entre eux évoquent dans leur discours une baisse de la vigilance qui s'accroît vers 4h du matin, ils expriment également différentes stratégies leur permettant d'y faire face, comme s'occuper en faisant des rangement dans les armoires de pharmacie, s'entretenir avec une collègue ou s'accorder quelques minutes de repos. Le phénomène « paralysie du poste de nuit » identifié dans la littérature (Folkard & al., cité par Barthe, 2004) n'a été décrit par aucun des participants.

Le fait de devoir dormir la journée, à contre sens du fonctionnement biologique, n'est pas décrit comme une difficulté par cinq des six soignants qui estiment avoir un sommeil récupérateur, même s'il peut arriver que certains jours ils dorment moins bien que d'autres. Pour une infirmière le sommeil semble difficile la journée, raison pour laquelle elle a recours aux somnifères.

Quant aux conflits liés aux rythmes familiaux et sociaux décrits dans la littérature, ils n'apparaissent pas comme tels pour nos participants. Autant pour les infirmières que pour les infirmiers interviewés, le travail de nuit semble faciliter la vie familiale et sociale. La stabilité des horaires de nuit, qu'ils comparent à l'instabilité des horaires de jour dans les soins (majoritairement irréguliers et soumis aux fréquents changements) leur facilite la vie familiale et sociale. La garde des enfants ou la poursuite d'une autre activité parallèlement au travail sont ainsi rendus possibles par les horaires de nuit.

De plus, le travail de nuit, de par les périodes de congé plus longues qu'il permet, aide les participants à remplir différents rôles sociaux. Par exemple, le fait de pouvoir assumer la garde des enfants et de tenir la famille procure de la satisfaction aux soignants et les reconforte dans leur rôle de parents. Aussi, pouvoir s'occuper de ses vieux parents, d'enseigner la danse à des amis ou être parent délégué sont d'autres rôles sociaux cités par nos participants que le travail de nuit permet.

Pour deux des quatre infirmières interviewées, le travail de nuit induit des difficultés ponctuelles au niveau familial, comme par exemple ne pas pouvoir participer à de grandes fêtes où toute la famille se réunit ou ne pas pouvoir être avec ses enfants lorsque ceux-ci ont quitté le domicile familial et n'y reviennent que les week-ends.

Les relations conjugales et sociales sont décrites comme difficiles par deux participants, soit les deux hommes infirmiers interviewés. Ces difficultés relationnelles semblent toutefois plus liées selon eux au travail dans les soins en général qu'au travail de nuit.

Deux autres éléments que nous n'avons pas rencontrés dans la littérature étudiée et qui sont liés aux rythmes biologiques et sociaux, ressortent de nos résultats. Premièrement, trois des six soignants disent ne pas avoir besoin de beaucoup d'heures de sommeil et ce, dès leur enfance. Cet aspect les a poussés à choisir le travail de nuit. Pour deux autres soignants, c'est la difficulté de se lever tôt le matin qui a influencé leur choix de travailler la nuit.

Nos résultats suggèrent que les soignants interviewés sont peu affectés par le travail de nuit du point de vue des rythmes biologiques, familiaux et sociaux, contrairement à ce qui est décrit dans la littérature. Nous faisons ci-dessous quelques suppositions qui pourraient être liées aux résultats trouvés.

Les horaires de nuit, comme nos participants le soulignent, restent des horaires réguliers même s'ils sont considérés comme atypiques au sens social et légal. Cette régularité permet une plus grande prévisibilité des activités familiales et sociales.

De plus, parmi les six participants, seulement deux travaillent à plein temps, les autres quatre travaillent à des taux d'activité moindres (deux à 60 % et deux à 80%), ce qui participe également à avoir plus de temps libre et moins interférer avec les rythmes familiaux et sociaux. Notons toutefois que les deux soignants qui travaillent à plein temps ne rapportent pas plus de difficultés que les autres soignants interviewés.

Aussi, la référence pour tous nos participants reste les autres types d'horaires dans les soins qu'ils ont expérimenté avant le travail de nuit et qu'ils expérimentent encore durant la période de travail de jour qu'ils doivent effectuer annuellement. L'irrégularité et l'imprévisibilité de ces horaires sont décrites par les soignants interviewés comme ayant plus d'impact sur la fatigue et la vie familiale/sociale que les horaires de nuit, ce qui ressort également de certaines études (Estryn-Behar, 2004).

Par ailleurs, étant donné que les travaux sur les rythmes biologiques, familiaux et sociaux ne font pas la distinction entre les types d'horaires atypiques étudiés, il est possible que les difficultés décrites dans ces travaux se rencontrent plus dans le cas des horaires atypiques et irréguliers que des horaires de nuit fixes.

6.2 Niveau 2 : expression phénoménologique du vécu

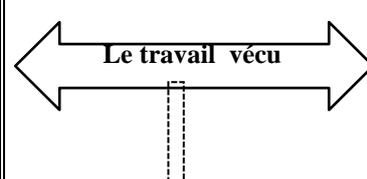
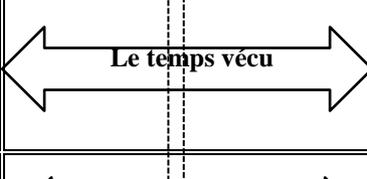
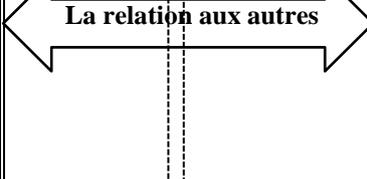
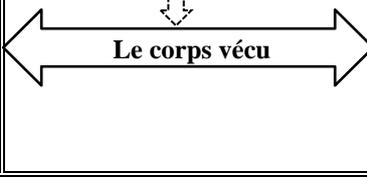
Un **deuxième niveau d'analyse** prend en compte l'expression du vécu phénoménologique des soignants en lien avec leur travail de nuit qu'ils semblent vivre de deux façons différentes et opposées : une positive, engendrant du bien-être, du plaisir, de la satisfaction personnelle et professionnelle et de l'estime de soi, l'autre négative engendrant des vécus difficiles sous forme de mal-être, voire de souffrance.

Il apparaît aussi que le travail de nuit influence directement **le temps vécu** par les soignants, leur **relation aux autres** et **leur corps vécu** et que cette influence apparaît autant **au** travail que **hors** travail. Nous avons appelé ces éléments des catégories phénoménologiques que nous avons regroupés dans le tableau 6 ci-dessous. La flèche en pointillé qui part du travail vécu vers les autres catégories phénoménologiques symbolise l'influence du travail de nuit sur chacune de ces catégories. Aussi, chaque catégorie peut être vécue de façon positive dans certaines situations et de façon négative dans d'autres, d'où les deux côtés de notre tableau, un côté qui identifie le vécu positif et un autre le vécu négatif. Nous allons à présent décrire le travail de nuit, ainsi que son influence sur chacune des catégories d'un point de vue du vécu phénoménologiques des soignants.

Le travail vécu

Le travail de nuit semble vécu par les soignants de deux façons différentes et opposées. Le travail de nuit vécu positivement s'inscrit dans le registre de l'identité professionnelle à travers la possibilité d'exercer la relation d'aide et de trouver ainsi du sens dans son travail, ce qui aide les soignants à maintenir leur estime d'eux-mêmes et le sentiment de travailler selon leurs valeurs. Ce vécu positif passe également par l'accompagnement du patient dans sa globalité lors des moments difficiles pour lui, comme la nuit lorsque les émotions ressurgissent. En effet, tous les soignants interviewés insistent sur les émotions des patients telles que l'angoisse, la sensation de vide, la confrontation du patient avec lui-même et avec la maladie. Aussi, tous les soignants disent faire au mieux pour pouvoir apporter aide et soutien au patient en prise avec ses émotions.

Tableau 6. *Catégories phénoménologiques qui se dégagent de l'analyse des résultats.*

Vécu positif	Catégorie phénoménologique	Vécu négatif
Travail de nuit porteur de sens, permettant l'autonomie, la prise en soins globale des patients, la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale	 <p>Le travail vécu</p>	Travail de nuit non reconnu, générateur de solitude, de stress, de souffrance
Le temps hors travail : satisfaction personnelle et possibilité d'aider autrui	 <p>Le temps vécu</p>	Temps au travail : insuffisant, ponctué par l'anticipation des situations non prévues et non prévisibles
Relations au travail : les patients, le médecin de garde, les collègues des autres unités de soins. Relations hors travail : familiales et sociales	 <p>La relation aux autres</p>	Relation professionnelle : la hiérarchie Relations familiales et sociales rendues difficiles par le travail de soin
La santé subjective Les activités récréatives (sport, danse, bain)	 <p>Le corps vécu</p>	Fatigue Prise de poids Baisse de la vigilance Difficulté de réveil et de concentration

Cependant, nous nous interrogeons sur le manque d'évocation des soignants de leurs propres émotions. Car la nuit n'est pas seulement l'espace d'une exacerbation des émotions chez les patients, mais aussi des émotions du soignant (Badey-Rodriguez, 2006). De plus, le travail « *corps à corps infirmière-malade* » n'est pas neutre émotionnellement (Mercadier, 2002). Et pourtant les soignants ne parlent pas directement de leurs émotions. La maîtrise des émotions semble jouer le rôle de valeur professionnelle dans le métier de soignants ! (Lhuilier, 2006 ; Mercadier, 2002 ; Perraut-Soliveres, 2002).

Le travail de nuit comme porteur de sens et comme permettant de se référer à des valeurs professionnelles, de donner la priorité à la relation humaine, d'exercer son rôle propre qui passe par l'autonomie chère aux six soignants interviewés (« *être le seul maître à bord* ») participe également au vécu positif. Autrement dit, le travail de nuit permet aux soignants d'avoir le sentiment du travail bien fait et de vivre leur travail comme source de plaisir.

En revanche, lorsque les soignants sont confrontés à une surcharge de travail qui ne permet plus le travail bien fait, ils en font les frais. Ils vivent ces moments dans l'insécurité et la

crainte de ne plus pouvoir assumer et avec le sentiment de ne pas avoir bien fait leur travail. Etant donné que « *renoncer au travail bien fait a un coup psychique très lourd* », (Lhuilier, 2009), le travail de nuit est vécu par les soignants de façon négative également, voire comme source de souffrance.

Le vécu négatif du travail de nuit s'inscrit également dans la non reconnaissance et dans la solitude inquiétante de ne pas pouvoir faire face à des situations urgentes et stressantes. Car même si les soignants ne parlent pas explicitement de leurs émotions, certaines expressions qu'ils utilisent pour décrire ces situations suggèrent un vécu affectif très fort (« *c'est éprouvant* », « *je me sentais à bout* », « *j'ai fait le deuil qu'ils arrivent un jour à comprendre* », « *c'est très blessant* » etc.)

Le travail de nuit est aussi vécu comme facilitant la conciliation entre la vie professionnelle et vie la familiale et sociale, comme générateur de temps libre et bien plus de temps que le travail de jour.

Le temps vécu

Une deuxième catégorie phénoménologique qui ressort de l'analyse des résultats est le temps. On peut diviser le temps en temps au travail et temps hors travail.

Le temps au travail semble vécu par les soignants sur le mode de l'anticipation et du souci d'apparition d'événements non planifiés et non prévisibles. Aussi, ne pas avoir suffisamment de temps signifie pour les soignants ne pas pouvoir travailler correctement, « *courir* » pour faire en sorte que tout se passe bien, que les choses ne virent pas « *au drame* ».

Mais le travail de nuit, de par les longues périodes de congé qu'il permet, va influencer le temps hors travail. En effet, le temps hors travail procure de la satisfaction et du plaisir puisque les soignants peuvent avoir des activités qui les ressourcent, comme les activités de loisirs, mais aussi des activités d'aide à autrui : être là pour les enfants, être une « *bonne mère* », rendre visite à ses vieux parents ou enseigner la danse à des amis, sont des activités que le temps hors travail permet aux soignants interviewés.

La relation aux autres

Cette troisième catégorie phénoménologique semble également vécue par les soignants sur un mode positif et sur un mode négatif. La relation avec les patients, avec le médecin de garde ou avec les soignants des unités voisines procurent aux soignants du vécu positif. En

contrepartie, la relation avec les supérieurs hiérarchiques semble être vécue sur un mode négatif de par le manque de reconnaissance de leur travail. L'implication subjective des soignants dans leur travail semble occultée du discours des supérieurs hiérarchique pour qui les infirmières de nuit sont « des veilleuses » et cette situation participe à des vécus difficiles pour les soignants dans le discours desquels le manque de reconnaissance occupe une grande part.

Quant à la relation aux autres hors travail (famille, amis, collègues, etc.), elle semble à la fois facilitée et entravée par le travail de nuit et le travail dans les soins.

La corporéité

Le corps vécu est également influencé par le travail de nuit. Fatigue, baisse de vigilance prise de poids, difficultés de concentration sont le versant négatif du corps vécu, alors que les activités récréatives, sportives (rendues possible grâce au travail de nuit et aux longues périodes de congé qu'il offre) réconfortent la corporéité des soignants.

Ce deuxième niveau d'analyse nous permet de comprendre l'importance qu'a le travail de nuit sur la vie des soignants interrogés. En effet, au-delà de la sphère professionnelle, le travail de nuit semble influencer leur vécu affectif et relationnel, leur subjectivité et intersubjectivité, leur être dans le monde d'un point de vue corpero-socio-psychologique.

6.3 Niveau 3 : structures et dynamiques des processus intrapsychiques

Ce troisième niveau d'analyse nous oriente vers certains comportements des soignants qui pourraient avoir un rôle de stratégies d'ajustement et de défense contre la souffrance engendrée par le travail. Etant donné que ces éléments ont été obtenus dans un cadre de recherche et non suite à un travail psychanalytique, nous les formulerons de façon hypothétique, voire sous forme de questions que sous forme d'affirmations. En effet, comme le souligne Santiago-Delefosse nous devons éviter « *les placages de notions psychanalytiques sur un récit de vie obtenu hors d'un cadre psychanalytique* » (2002, p. 178).

Nous avons vu que les soignants expriment une certaine souffrance liée à leur travail, comme par exemple lorsqu'ils parlent des décès ou des maladies graves des patients, du stress du à la surcharge de travail ou de la non reconnaissance de leur travail. Nous pouvons ainsi supposer que, pour faire face à ces vécus douloureux, ils adoptent certains comportements qui jouent le

rôle de stratégies de défense et leur permettent de s'ajuster à la situation de travail tout en restant dans la normalité.

Plusieurs soignants interviewés soulignent l'importance des périodes plus longues de congé possibles seulement dans le cadre du travail de nuit. Pour eux, ces périodes de congé semblent être de véritables périodes de remise à zéro pour mieux repartir en revenant travailler. Comme le dit si bien une soignante en parlant du travail de nuit qui lui donne du temps où elle n'est plus au travail, donc elle peut « *oublier son travail qui est pas facile* » (Mme B). Tout comme une autre qui dit avoir besoin de couper avec son travail et une des façons qu'elle a trouvé pour le faire est de ne plus du tout se souvenir des patients lorsqu'elle revient de congé (alors que ce sont les mêmes patients qu'elle a laissé quelques jours auparavant), ce qui l'aide « *à respirer, à garder son énergie* » (Mme C). Pour d'autres encore, le temps qu'ils sont en congé, ils ne vont même pas se souvenir qu'ils travaillent à l'hôpital, tellement ils mettent « *une séparation* » entre le travail et la vie personnelle, hors travail (M. S).

Un autre comportement qui nous semble aider les soignants à se défendre de la souffrance générée par leur travail est le détachement dans la relation avec le patient. Ce détachement, qui peut être « *énorme* » chez certains soignants selon leurs dires, se traduit par le sentiment d'être « *sur une autre planète* », voire d'être « *un peu inhumain* ». Malgré cela, les soignants disent que ça leur permet de « *se protéger* » et de « *rire* » de certaines situations tragiques des patients, d'en faire « *de l'humour noir* » (M. S).

Face au décès d'un patient, les soignants vont utiliser un autre comportement qui nous paraît être une stratégie d'ajustement à ce qui fait souffrir. Il s'agit d'une tentative de « *positiver* » la situation, en prenant l'âge du patient comme critère ou l'accompagnement qu'on a pu accorder au patient et à sa famille. S'il s'agit d'un patient âgé, le décès va être mieux accepté et si l'infirmière a pu l'accompagner en étant bien présente, ça lui donnera le sentiment d'avoir été utile, même si c'est « *un peu prétentieux de sa part* » (Mme B).

D'autres comportements de défense semblent se mettre en place chez les soignants pour faire face à la non reconnaissance de leur travail qui les fait souffrir, comme le dit une des soignantes qui a le sentiment d'être « *à bout* » par manque de reconnaissance (Mme C).

Un de ces comportements concerne la valorisation des situations urgentes et stressantes qui peuvent se présenter la nuit et auxquelles les soignants doivent faire face très souvent seuls.

La valorisation de ces situation est exprimée par rapport au travail de jour où les soignants sont nombreux et peuvent s'entraider, ce qui n'est pas possible la nuit. Lorsqu'une situation urgente et stressante se présente la nuit, les soignants disent qu'il faut « *être réactif* », « *qu'il faut y aller* », qu'il faut maîtriser les gestes techniques, prendre des décisions, savoir quand faire appel au médecin de garde, savoir être autonome dans son travail. Mener à bien ces situation est « *gratifiant* » pour les soignants et ça leur permet de dire « *ma nuit c'est bien passé et quelque part, bah, je suis pour quelques chose* » (M. O). Cette auto-gratification est quelques fois complétée par le médecin de garde qui remercie les soignants en leur disant « *on a bien bossé ensemble, je te remercie* », ce qui est vécue par ces derniers comme « *une satisfaction personnelle, c'est une reconnaissance* » (Mme B). D'autres fois, ce sont les patients qui expriment leur gratitude envers les soignants en laissant des mots de remerciements lorsqu'ils quittent le service, ou en disant aux soignants qu'ils sont rassurés de savoir qui travaille la nuit.

Aussi, les soignants interviewés rapportent comme un des avantages professionnels du travail de nuit le fait qu'il permet d'avoir une relation « *confidentielle* » avec les patients, « *priviliégée et de confiance* » avec le médecin de garde ou avec les collègues des unités voisines. Nous nous demandons si ces relations ne vont pas dans le sens d'un besoin de créer du collectif dans le travail de nuit. En effet, comme le souligne Molinier (2008), pour faire face à la souffrance propre au travail de soin, les stratégies collectives de défense sont très importantes car elles permettent d'élaborer collectivement ces vécus. Or dans le cas des soignants interviewés, la possibilité de mettre en commun leur vécu avec leurs collègues est très limitée par le temps des transmissions qui est de 15 minutes après la nuit de travail. Ils sont plusieurs à dire que souvent ils doivent partager leur vécu en famille. Nous nous demandons si le fait de souligner l'importance de ces relations dans le travail de nuit n'est pas une façon de combler le manque de collectif et de créer un collectif de nuit, comme le dit une soignante : « *ce que j'aimerais voir c'est une vraie équipe de nuit* » (Mme B).

Un dernier comportement que nous questionnons sur son caractère défensif est le fait de travailler la nuit. Au sens de la psychodynamique du travail, un des mécanismes de défense individuels utilisés dans les soins est la mutation (Molinier, 2008). Lorsque les soignants ont l'impression de ne plus pouvoir travailler selon leurs valeurs, ils demandent à changer de service. Nos participants soulignent tous un des avantages du travail de nuit qui est celui de pouvoir travailler selon leurs valeurs, d'avoir une prise en soins plus juste, d'avoir le sentiment d'un travail bien fait quand le temps le permet. Ils disent aussi que le travail la

journee ne permet plus cette prise en soins. D'où notre supposition que le fait de travailler la nuit a un caractère de « mutation » et représente pour les soignants interviewés une façon de vivre avec le sentiment du travail bien fait lorsque la surcharge de travail ne s'invite pas trop souvent dans l'organisation du travail de nuit. Comme le notent Molinier & Flottes, « aussi longtemps que le travail fait sens pour les gens, quand bien même il y aurait des désagréments et il y en a toujours, la souffrance n'est pas pathogène. » (2012, p. 53).

Ainsi, c'est peut-être parce qu'ils travaillent la nuit que cinq des six participants se disent en bonne santé !

6.4 Conclusion du chapitre et limites travail

L'analyse des résultats à l'aide du modèle de la psychologie clinique de la santé a montré que le travail de nuit sollicite le vécu des soignants à trois niveaux : celui du discours conscient et du comportement manifeste, celui de la subjectivité affective et relationnelle et enfin celui des stratégies inconscientes. Ces niveaux s'interpénètrent et se mélangent pour permettre aux soignants de rester dans la normalité et de donner sens au vécu de leur travail.

L'utilisation du modèle de la psychologie qualitative de la santé s'est avérée difficile lorsqu'il a fallu séparer dans le discours des participants ce qui appartient aux différents niveaux d'analyse et nous avons été confrontés à l'impression de répéter certains éléments.

Ce travail de recherche comporte certaines limites. Tout d'abord le nombre restreint de participants ne permet pas de tirer des conclusions générales sur le vécu du travail de nuit dans les soins.

De plus, comme nous le soulignons plus haut, nos participants ont tous une longue expérience du travail de nuit (entre 13 et 25 ans d'expérience), qui influence leur vécu. En effet, comme certains d'entre eux le disent, « avant » ils se sentaient stressés dans des moments de surcharge, avec le temps ils ont appris à gérer ces moments et à établir des priorités. Ceci nous fait penser que leur vécu dans ces moments stressants est très différent de celui des soignants qui débutent dans leur profession ou qui ont peu d'expérience dans le travail de nuit, comme il ressort de l'étude de Toupin (2006).

Le cadre organisationnel du service nous semble important à relever également. En effet, les soignants interviewés travaillent seuls dans l'unité de soins. De nouveau leur vécu subjectif en lien avec le travail de nuit peut être différent de celui des soignants qui travaillent à deux.

7. CONCLUSION

L'objectif de ce travail de recherche était de comprendre le travail de nuit dans les soins tel que vécu par les soignants qui ont choisi de travailler la nuit.

L'analyse thématique des entretiens menés avec les soignants a permis de mettre en évidence quatre grands thèmes issus de leur discours sur le travail de nuit : l'organisation du travail de nuit, le manque de reconnaissance du travail, les avantages du travail de nuit et la santé subjective des soignants.

L'interprétation des résultats à l'aide du modèle de la psychologie qualitative de la santé a montré que le travail de nuit influence le vécu des soignants à trois niveaux : un niveau conscient, cognitif et comportemental, un niveau affectif et relationnel et un niveau préconscient ou inconscient. Cette influence va se traduire par des vécus subjectifs et des comportements manifestes qui prennent sens pour les soignants.

Les vécus subjectifs, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, vont du plaisir et de la satisfaction personnelle au mal être et à la souffrance au travail, ce qui va solliciter des stratégies d'ajustement conscientes ou inconscientes pour rester dans la normalité et garder l'équilibre psychique.

Cependant, malgré tous les inconvénients, travailler la nuit reste pour les soignants interviewés le moyen de donner du sens et de bien faire le travail de soin qui implique écoute et soutien de la personne soignée, ce que le travail de jour ne permet plus.

Cet état de fait soulève certaines questions quant à la santé au travail dans le domaine des soins. En effet, l'étude de la littérature a montré que les métiers du secteur des services en général et le métier de soignant en particulier sont très touchés par le mal être et la souffrance au travail et que l'origine de cette situation vient aussi de l'impossibilité d'effectuer correctement le travail par manque de moyens humains. La logique gestionnaire et quantitative semble avoir largement gagné ces secteurs où le travail se mesure difficilement de manière quantitative et nécessite la compréhension de l'implication subjective et affective des travailleurs, sans quoi le travail est vécu comme non reconnu.

Nous nous demandons alors si ce qui semble protéger les soignants qui travaillent la nuit en termes de travail bien fait n'est pas ce qui fait souffrir les soignants qui travaillent le jour lorsque le care et l'accueil de la plainte du patient « *qui exprime ses inquiétudes et sa*

souffrance, mais également son besoins de communiquer, son appel au social (...) » (Santiago-Delefosse, 2002, p. 76) ne sont plus possibles.

A l'heure où la souffrance au travail semble s'accroître dans tous les secteurs et où le secteur des soins doit faire face à un manque de relève (Estryn-Behar, 2004), le débat social et éthique sur le travail et la santé au travail semble nécessaire.

Aussi, l'étude du travail à l'aide de modèles qui permettent de comprendre et de prendre en compte le vécu et l'implication subjective des travailleurs semble nécessaire et pertinente.

La psychologie qualitative de la santé trouve ainsi sa place légitime dans l'étude du travail et de la santé au travail.

BIBLIOGRAPHIE

- Bachelor, A., & Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie. Guide pratique*. Ottawa : Les presses de l'Université Laval.
- Badey-Rodriguez, C. (2006). La nuit auprès des personnes âgées : la face obscure des projets. *Gérontologie et société* 1(116). Doi : 10.3917/g.s.116.0109.
- Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. France : Quadrige/Presses Universitaires de France
- Barlet, M., & Cavillon, M. (2011). *La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-d-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires-professionnelles,8653.html>
- Barthe, B, Quéinnec, Y., & Verdier, F. (2004). L'analyse de l'activité de travail en poste de nuit : bilan de 25 ans de recherches et perspectives, *Le travail humain*, 67, 41-61. doi : 10.3917/th671.0041.
- Batthi, P., Cushing-Haugen, K.-L., Wiclund, K.-G., Doherty, J.-A., & Rossing, M.-A. (2013). Nightshift work and risk of ovarian cancer. *Occupational Environment Medecine*, 70, 231-237. doi : 10.1136/oemed-2012-101146.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2011). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2è éd.). Paris : A. Colin
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress and burn out in nurses. *American Journal of industrial medicine*, 34, 20-28. doi: 10.1002/(SICI)1097-0274(199807)34:1<20::AID-AJIM4>3.0.CO;2-U
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vézina, M., (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of industrial medicine*, 47, 54-64. doi: 10.1002/ajim.20104
- Brangier, E., Lancry, A., & Louche, C. (2004). *Les dimensions humaines du travail : Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. Nancy : Presses universitaires de Nancy.
- Canouï, P., & Maurenges, A. (2008). *Le burn out à l'hôpital* (4è éd). Elsevier Masson

- Clôt, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses Universitaires de France
- Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health, *Applied ergonomics*, 27(1), 9-16. En ligne : <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00036870/27/1>.
- Darses, F., & de Montmollin, M. (2006). *L'ergonomie* (4è éd). Paris : La découverte.
- de Gaulejac, V. (2011). *Travail, les raisons de la colère*. Paris : Seuil
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Paris : Bayard.
- Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Paris : INRA
- Dejours, C. (2005). Nouvelles formes de servitude et suicide. *Travailler*, 1, 53-57. Doi : 10.3917/trav.013.0053.
- Dejours, C. (2006). Entre désir de travail et psychopathologie du travail : le piège de l'évaluation. In C. Boukobza, *La psychanalyse encore !* (pp 193-204). Eres « Hors collection ».En ligne : <http://www.cairn.info/la-psychanalyse-encore---page-193.htm>.
- Derriennic, F., & Vézina, M. (2001). Organisation du travail et santé mentale : approches épidémiologiques. *Travailler*, 5, 7-22. doi : 10.3917/trav.005.0007.
- Drake, C.-L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J.-K., & Roth, T. (2004). Shift work sleep disorder : prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27(8), 1453-1462. En ligne : <http://www.journalsleep.org>.
- Edouard, F. (2010). *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie*, Conseil économique, social et environnemental, www.lecese.fr, consulté le 3 octobre 2012.
- Estryn-Behar, M. (2004). *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, En ligne : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/.
- Gadbois, C. (2004). Les discordances psycho-sociales des horaires postés : questions en suspens, *Le travail humain*, 67, 63-85. doi : 10.3917/th.671.0063
- Ganem, V., Gernet, I., & Dejours, C. (2008). Le travail : que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail ? *L'Information psychiatrique*, 84, 801-807. doi : 10.1684/ipe.2008.0396.

- Gernet, I. (2009). Les relations entre santé et travail du point de vue de la psychodynamique du travail. *Mouvements*, 2(58), 79-84. doi : 10.3917/mouv.058.0079.
- Goldberg, M. (1990). *Epidémiologie sans peine*. Paris : Frison-Roche. En ligne : http://books.google.ch/books?id=n_rDDQAEoyQC&pg=PA93&lpg=PA93&dq.
- Hansen, J., & Stevens, R.-G. (2012). Case control study of shift-work and breast cancer risk in danish nurses : Impact of shift systems. *European journal of cancer* (48), 1722-1729. doi:10.1016/j.ejca.2011.07.005.
- Hachelafi, H., Bouameur, S., Chergue, A., & Fyad, A. (2011). Psychodynamique adaptée à la santé mentale au travail : conflits en milieu hospitalier. *L'information psychiatrique*, 87 (2), 119-125. doi : 10.1684/ipe.2011.0744.
- Hirigoyen, M.-F. (2008). La souffrance au travail et les pathologies émergentes. *L'Information psychiatrique*, 84(9), 821-826. doi : 10.1684/ipe.2008.0397.
- Horellou-Lafarge, C. (2011). La santé des infirmières françaises. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, 6(2). En ligne : <http://id.erudit.org/revue/remest/2011/v6/n2/1006122ar.pdf> doi: 10.7202/1006122ar.
- Jacob, G., & Natanson, M. (2010). La fatigue au travail, la fatigue du travail. *Imaginaire & Inconscient*, 1(25), 167-186. doi : 10.3917/imin.025.0167.
- Kawachi, I., Colditz, G.-A., Stampfer, M.-J., Willett, W.-C., Manson, J.-E., Speizer, F.-E., & Hennekens, H.-C. (1995). Prospective study of shift-work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation*, 92, 3178-3182. doi: 10.1161/01.CIR.92.11.3178.
- Knutsson, A. (2003). Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine*. 53, 103-108. doi: 10.1093/occmed/kqg048.
- Lancry, A. (2009). *L'ergonomie*. Paris : PUF.
- Lhuilier, D. (2006). Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 12. En ligne : <http://france.elsevier.com/direct/PTO/>
- Lhuilier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions*, 1(91), 85-101. doi : 10.3917/cnx.0091.0085.

- Mercadier, C., (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan
- Molinier, P. (2008). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Payot & Rivages.
- Molinier, P. (2010). L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport ? Logique de gestion ou logique de care. In Y. Clot & D. Lhuillier (Eds), *Agir en clinique du travail* (pp 157-167) Eres « Clinique du travail ». En ligne : <http://www.cairn.info/agir-en-clinique-du-travail---page-157.htm>.
- Molinier, P., & Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : approches clinique. *Travail et emploi*, 129, 51-66. En ligne : <http://travailemploi.revues.org/5547>.
- Nabe-Nielse, K., Gram Quist, H., Garde, A.-H., & Aust, B. (2011). Shiftwork and change in health behaviors. *Journal of Occupational and environment medicine*, 53(12), 1413-1417. doi : 10.1097/JOM.0b013e31823401f0.
- Niedhammer, I., David, S., Bugel, I., & Chea, M. (2001). Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle. *Travailler*, 5, 23-45. Doi : 10.3917/trav.005.0023.
- Noel, S. (2009). La morbidité du travail à horaires irréguliers, *Revue médicale de Bruxelles*, 4 (309-317). En ligne : <http://www.amub.be/rmb/rmb.htm>.
- Ntawuruhunga, E., Chouanière, D., Danuser, B., & Praz-Cristinaz, S.-M. (2008). Effets du travail de nuit sur la santé. *Revue Médicale Suisse*, 4, 2581-85. En ligne : www.revmed.ch.
- Office fédéral de la statistique OFS (2011). *La qualité de l'emploi en Suisse*. En ligne : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03.html>
- Office fédéral de la statistique OFS (2007). *L'emploi dans le domaine de la santé, Faits et tendances à la lumière des chiffres des recensements des entreprises de 1995 à 2000*. En ligne : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=2978>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin

- Perraut-Soliveres, A. (2003). L'infirmière et la nuit. *Sciences humaines* 6(139). doi : 10.3917/g.s.116.0095
- Perraut-Soliveres, A. (2006). La nuit et l'institution, un mépris partagé. *Gérontologie et société* (1)116, 95-107. doi : 10.3917/g.s.116.0095
- Pérreard-Conne, E., Glardon M.-J., Parrat, J., & Usel, M. (2001). *Effets des conditions de travail défavorables sur la santé des travailleurs et leurs conséquences économiques*. Conférence romande et tessinoise des offices cantonaux de protection des travailleurs. En ligne : www.ge.ch/sante-travail/publications/doc/Effets_sante.pd.
- Prévost, J., & Messing, K. (2001). Stratégies de conciliation d'un horaire de travail variable avec des responsabilités familiales. *Le travail humain*, 64, 119-143. doi : 10.3917/th.642.0119.
- Ramaciotti, D., Dubey, C., & Lampert, O. (2005). *Travail de nuit sans alternance : trajectoires professionnelles et santé*, Université de Neuchâtel & ERGOrama S. A. Genève. En ligne : www.seco.admin.ch/dokumentation/publikation/.
- Rohmer, O., Bonnefond, A., Muzet, A., & Tassi, P. (2004). Etude du rythme veille/sommeil, de l'activité motrice générale et du comportement alimentaire des travailleurs postés obèses : l'exemple des infirmières. *Le travail humain*, 67, 359-376. doi : 10.3917/th.674.0359
- Ruiller, C. (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management & Avenir*, 52, 15-34. doi : 10.3917/mav.052.0015.
- Secrétariat d'Etat à l'économie SECO (2007). *Aide-mémoire compensation en temps de 10% à accorder en cas de travail de nuit régulier*. En ligne : www.seco.admin.ch.
- Santiago-Delefosse (2001b). Pour une prise en compte du drame humain dans la promotion de la santé : à propos de la prévention du Sida auprès des étudiants. In De Tychey, C. *Peut-on prévenir la psychopathologie* (pp. 281-299). Nancy : L'Hartmann. (Mis à disposition sur moodle dans le cadre du cours « Psychologie de la santé : Théories et modèles », année 2011-2012).
- Santiago-Delefosse, & M., Rouan, G. (2001). *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris : Dunod

- Santiago-Delefosse, M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*. Pierre Mardaga, Sprimont.
- Seifert, A.-M., & Messing, K. (2004). Ecouter et voir dans un monde technique : Effet de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières. *Pistes*, 6(1). En ligne : <http://pettnt/pistes/v6n1/articles/v6n1a3.htm>.
- St-Pierre, L., Alderson, M., & St-Jean, M. (2010). Le travail infirmier en unité de soins intensifs adultes vu sous l'angle de la psychodynamique du travail. *L'infirmière clinicienne*, 7(1), 9-23. En ligne : <http://wer.uqar.qc.ca/revue-inf>.
- Toupin, C. (2006). Du crépuscule à l'aube. L'élaboration de compromis dans l'activité d'infirmières de nuit. *Temporalités*, 4. En ligne : <http://temporalites.revues.org/352>.
- Valléry, G., & Leduc, S. (2012). Les risques psychosociaux. Paris : Presses Universitaires de France. En ligne : <http://www.cairn.info/les-risques-psychosociaux--9782130591276.htm>.
- Vandenberghe, C., Stordeur, S., & Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain*, 72, 209-228. doi : 10.3917/th.723.0209.
- Vézina, M., Derriennic, F., & Monfort, C. (2001). L'impact de l'organisation du travail sur l'isolement social. *Travailler*, 5, 101-117. doi : 10.3917/trav.005.0101.
- Vézina, M., Bourbonnias, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques. Note de recherche : Sur la prévention des problèmes de santé mentale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3(163) 32-38. doi : 10.3917/arss.163.0032.
- Vézina, M., & Saint-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*, 25, 119-128. Doi : 10.3917/trav.025.0119.
- Zhao, I., Bogossian, F., & Turner, C. (2012). A cross-sectional analysis of the association between night-only or rotating shift-work and overweight/obesity among female nurses and midwives. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 54(7), 834-842. doi: 10.1097/JOM.0b013e31824e1058.

Annexe 1

Canevas d'entretien

Consigne de départ

Racontez-moi comment se passent vos premières heures de travail la nuit !

AXE	QUESTION
<u>Motivation</u>	<ul style="list-style-type: none">✓ Le travail de nuit comporte-t-il, à votre sens, des avantages par rapport à d'autres périodes de travail ?✓ Si oui, quels sont ces avantages ?✓ Est-ce que ces éléments jouent un rôle dans votre choix de travailler la nuit ?✓ Y- en aurait-il d'autres éléments ayant motivé votre choix ?
<u>Qualité des soins</u>	<ul style="list-style-type: none">✓ Le travail de nuit est-il différent du travail du jour ?✓ Si oui, qu'est-ce qui fait cette différence ?✓ Si différence il y a, est-elle perçue et acceptée par le reste de l'équipe qui travaille la journée et par votre hiérarchie ?
<u>Risques pour la santé</u>	<ul style="list-style-type: none">✓ Comment vous sentez vous ?✓ Que faites-vous pour vous maintenir en santé ?✓ Pensez-vous que votre travail a une influence sur votre état de santé ?✓ Pensez-vous que le travail de nuit comporte le risque de développement de maladies graves plus tard ?✓ Depuis que vous travaillez la nuit, est-ce que vous allez chez le médecin plus souvent qu'avant ?
<u>Conciliation vie familiale/sociale et vie professionnelle</u>	<ul style="list-style-type: none">✓ Comment conciliez-vous la vie professionnelle et la vie familiale et sociale ?✓ Est-ce facile ? Difficile ?