



## Écouter et voir dans un monde technique : Effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières

*Looking and listening in a technical world: Effects of schedule discontinuity on  
the work activity of nurses*

*Escuchar y ver en un mundo técnico : efectos de la discontinuidad de los  
horarios sobre la actividad de trabajo de las enfermeras*

**Ana-Maria Seifert et Karen Messing**

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3284>

DOI : 10.4000/pistes.3284

ISSN : 1481-9384

### Éditeur

Les Amis de PISTES

### Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2004

### Référence électronique

Ana-Maria Seifert et Karen Messing, « Écouter et voir dans un monde technique : Effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 6-1 | 2004, mis en ligne le 01 mai 2004, consulté le 21 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3284> ; DOI : 10.4000/pistes.3284

---

Ce document a été généré automatiquement le 21 avril 2019.



*Pistes* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

---

# Écouter et voir dans un monde technique : Effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières

*Looking and listening in a technical world: Effects of schedule discontinuity on the work activity of nurses*

*Escuchar y ver en un mundo técnico : efectos de la discontinuidad de los horarios sobre la actividad de trabajo de las enfermeras*

**Ana-Maria Seifert et Karen Messing**

---

*Nous remercions les participantes à l'étude et le comité de santé et de sécurité de l'hôpital pour leur collaboration. Nous devons au Service de la condition féminine de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) l'identification de la problématique de cette étude. Nous reconnaissons l'importance de l'apport technique de Diane Elabidi et Rafael Gonzalez. Cette étude a été effectuée dans le cadre du partenariat L'Invisible qui fait mal, équipe subventionnée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture.*

## 1. Introduction

- 1 Au cours des années 1990, il y eut d'importantes et rapides transformations dans le réseau de la santé au Québec : nouvelle politique de la santé et du bien-être, réduction du nombre d'établissements de santé, fermetures permanentes, temporaires, complètes ou partielles de certaines unités dans les établissements restants. Ce processus reflétait une volonté de remettre en question les manières d'intervenir et l'utilisation des ressources. La transformation s'est opérée en même temps que d'importantes restrictions budgétaires pour en arriver au *déficit zéro* décidé par le gouvernement, à la recherche d'une plus grande efficacité au moindre coût. Le *virage ambulatoire* a réduit de façon

significative le taux et la durée d'hospitalisation, la relève de l'hôpital devant être assurée par les services de première ligne ou par la communauté d'appartenance des patients.

- 2 La situation de l'emploi dans le secteur de la santé s'est alors transformée. Ainsi, entre 1993/1994 et 1997/1998, le pourcentage des emplois occasionnels est passé de 8,5 % à 15,9 %, et plus de 50 % des effectifs travaillaient à temps partiel ou sur appel (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 1997, 1998). Le rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (2001, p. 19) signale que le modèle de gestion était caractérisé par la géométrie variable des équipes et la variation du nombre d'heures de travail. Habituellement, on affectait une équipe de base minimale et l'on y ajoutait un nombre important d'emplois à temps partiel. De plus, dans certains établissements, la présence de personnel permanent sans affectation fixe et la politique privilégiant les affectations temporaires compliquaient la gestion des ressources humaines. Plusieurs éléments de la situation de l'époque peuvent avoir changé, mais l'approche que nous proposons pourrait être appliquée à l'analyse d'autres situations, puisque l'impact d'une présence discontinue sur le travail des intervenants est très important dans les professions à fort contenu relationnel.

### 1.1 Le travail infirmier et les aspects relationnels des soins

- 3 Les modèles conceptuels et théoriques récents du travail infirmier s'appuient, pour la plupart, sur une conception des soins qui considère la complémentarité entre le caractère technique et le caractère relationnel (*caring*) des soins. Selon Couturier et Daviau (2003), il existe un continuum entre le modèle de Orem (1987), où le relationnel est instrumentalisé en vue de l'atteinte des résultats biomédicaux, et d'autres modèles plus récents comme celui de Watson (1998), puis Mill et autres (2001) où la part du *caring* est en soi constitutive du spécifique des soins infirmiers.
- 4 Francine Saillant (1991) décrit l'importance du *caring* dans le travail des infirmières. En effet, les soins infirmiers sont avant tout de nature relationnelle et, à ce titre, nécessitent du temps ainsi qu'une certaine continuité dans la présence. Les aspects relationnels des soins peuvent faire partie intégrante des soins de base comme le bain (Armstrong et coll., 1994), et passent par la communication verbale et non verbale.

### 1.2 Les communications dans le travail du personnel infirmier

- 5 Les communications de tout type constituent un élément important du travail dans les unités hospitalières et peuvent servir d'une part à la coordination du travail entre les divers intervenants et, d'autre part, à la transmission de l'information vers le patient ainsi qu'à la construction d'un lien avec celui-ci.
- 6 Depuis une dizaine d'années, plusieurs chercheurs se sont penchés sur les communications et ont démontré leur importance dans la circulation des informations, les modalités de partage du savoir, la coordination des activités (Grosjean et Lacoste, 1999) et la construction de la coopération dans le travail du personnel infirmier (Theureau, 1993). En effet, la maladie, par son caractère évolutif et relativement peu prévisible, oblige à recueillir constamment de nouvelles informations et à les transmettre aux diverses personnes ou services intéressés. De plus, lorsqu'un membre du personnel reprend son service, la situation a évolué, l'état des malades a changé, d'autres malades

sont arrivés. Le travail reprend à un point différent de celui où on l'a laissé et il faut prendre connaissance des changements survenus (Gadbois et Sabine, 1972).

- 7 Des recherches sur les communications entre le personnel infirmier et les patients (Kattam-Farhat, 1993 ; Gallier, 2002) ont identifié des communications de deux types : 1) courtes, nombreuses et réduites à une fonction utilitaire parce qu'elles sont axées sur les soins à accomplir (Gallier, 2002) et 2) longues, moins nombreuses, se déroulant surtout à l'arrivée et au départ des patients. Les interactions personnelles seraient fonction de l'initiative et de la disponibilité des infirmières et des malades (Kattam-Farhat, 1993).
- 8 Nous nous sommes demandé dans quelle mesure la logique de gestion de l'époque a affecté les horaires du personnel infirmier (infirmières et infirmières auxiliaires), et quel a été l'effet de ces transformations sur l'activité de travail et sur les communications avec les patients. La présente étude se situe du point de vue de l'analyse du travail (Laville, 1976 ; Guérin et coll., 1997). Dans un premier temps, nous examinons la structure des horaires de travail du personnel infirmier pendant une période particulièrement instable, celle de 1997/1998. Dans un deuxième temps, nous décrivons l'influence de ces horaires sur les communications verbales de l'assistante infirmière-chef (AIC) et des autres membres du personnel infirmier.

## 2. Contexte de la recherche

- 9 L'étude a été menée dans un hôpital de soins de courte durée ayant une capacité d'environ 250 lits. En 1997, cet établissement comptait 250 infirmières et infirmières auxiliaires, dont 101 à temps complet, 76 à temps partiel travaillant 7 jours sur 14, et environ 60 sur appel. Plusieurs postes avaient été coupés et 50 infirmières et infirmières auxiliaires ayant un statut permanent (temps complet ou temps partiel) effectuaient des remplacements d'une unité à une autre.
- 10 Les observations ont eu lieu pendant le quart de jour, dans l'unité de chirurgie générale. Dans cette unité, les remplacements pouvaient être assurés par des infirmières et des infirmières auxiliaires ayant suivi un stage d'un jour seulement pour se familiariser avec le travail, contrairement à d'autres unités, plus spécialisées, qui exigeaient de ses remplaçantes un stage de plusieurs jours.
- 11 Le personnel de l'unité durant le quart de jour comprenait :
  - une infirmière-chef, chargée de l'organisation et de la gestion de l'unité ;
  - une assistante infirmière-chef (AIC) responsable du partage des tâches et des patients ainsi que de la liaison entre les personnes qui interviennent dans l'unité : les médecins, le personnel soignant ainsi que les patients ;
  - deux autres infirmières et deux infirmières auxiliaires ;
  - un préposé aux bénéficiaires, chargé essentiellement des bains et de la manutention des patients ;
  - une réceptionniste dont les tâches comprennent des éléments de gestion du personnel (élaboration des listes de présences, remplacement des absences), la préparation des admissions, des transferts et des départs des patients et finalement, l'inscription des changements d'ordonnances dans les *cardex* et le classement des résultats des tests dans les dossiers.

- 12 Le soir et la nuit, le personnel était réduit. L'équipe de soir était composée d'une infirmière, de deux infirmières auxiliaires et d'un préposé, alors que la nuit, il n'y avait qu'un assistant infirmier-chef et une infirmière auxiliaire.
- 13 Selon l'infirmière-chef, le personnel infirmier officiellement affecté à cette unité comprenait 10 personnes à temps complet (travaillant 20 quarts sur 28 jours), soit une assistante infirmière-chef, 4 infirmières et 5 infirmières auxiliaires, ainsi que 8 personnes à temps partiel (travaillant 8 quarts sur 28 jours) dont une assistante infirmière-chef, 4 infirmières et 3 infirmières auxiliaires. Ainsi, 18 personnes devaient occuper l'équivalent de 13,2 postes à temps complet (264 quarts travaillés sur les 84 quarts, pour une moyenne d'un peu plus de 3 personnes par quart).

### 3. La demande

- 14 La demande de recherche initiale a été formulée par la responsable du comité de condition féminine de la CSN. Elle visait à documenter l'impact du travail sur appel sur le contenu du travail et sur la conciliation travail-famille chez les infirmières et les infirmières auxiliaires. Les premières réunions avec les responsables du syndicat concerné ont révélé que la présence du personnel infirmier sur appel avait considérablement diminué parce que les remplacements étaient désormais effectués par du personnel à temps partiel. Les responsables du syndicat ont signalé les difficultés posées par les affectations à de multiples unités et ont exprimé leur intérêt à documenter l'impact de cette organisation du travail.

### 4. Méthodes

- 15 Nous avons examiné et analysé les divers registres, procédé à des observations et mené des entrevues.

#### 4.1 Analyse des registres de l'unité

- 16 Les données du cahier où sont consignés l'admission, le transfert et le départ de chaque patient dans l'unité de soins ont été analysées sur une période de trente jours. La durée de séjour a été définie comme le nombre de jours écoulés entre la date d'admission et la date de départ du patient.
- 17 La présence du personnel infirmier dans l'unité ainsi que la stabilité des équipes (infirmière-infirmière auxiliaire) ont été établies à partir d'un cahier de bord appelé « Liste de partage de tâches ». Les données de cette liste ont été analysées sur une période de 28 jours afin de caractériser les périodes de travail de chaque soignante. Nous avons relevé le nombre de quarts travaillés par personne, le nombre de jours de travail consécutifs, le nombre de jours d'absence (absences imprévues : congés de maladie ; et congés prévisibles : fériés, hebdomadaires) entre les périodes de travail, ainsi que la composition des équipes.

## 4.2 Observation de l'activité de travail

- 18 L'observation de l'activité de travail avait pour but de documenter l'influence de la discontinuité des horaires sur cette activité. La discontinuité des horaires peut augmenter l'ampleur de la prise d'information nécessaire, surtout la première journée de travail après une absence. Nous avons fait l'hypothèse que l'influence de cette discontinuité pouvait être documentée particulièrement au début et pendant la première moitié du quart de travail, périodes où la recherche d'information est plus importante pour la planification et la réalisation de l'activité de travail.
- 19 Nous nous sommes posé les questions suivantes : Quelles sont les sources d'information utilisées par le personnel infirmier ? Quel est le type d'information recueillie auprès de ces sources ? Est-ce que les stratégies de prise d'information lors de la première journée de travail après une absence sont différentes de celles qui sont utilisées les autres jours ? Quelles sont ces différences et comment affectent-elles l'activité de travail ?
- 20 Nous avons observé le travail de l'assistante infirmière-chef, des infirmières et des infirmières auxiliaires pendant les quatre premières heures du quart de travail. Cette observation devait nous permettre de comparer les stratégies de prise d'information au début de la première journée de travail (après une absence) avec celles des autres journées. Nous avons noté les sources d'information et le type d'informations recueillies ou transmises auprès des collègues et des patients.
- 21 Le travail d'assistante infirmière-chef (AIC) a été observé parce que cette dernière joue un rôle central dans la transmission de l'information au personnel infirmier sur les patients et sur les traitements. En effet, l'activité essentielle de l'AIC auprès des malades est de les rencontrer pour faire le point et assurer le suivi sur leur condition ; elle est souvent la seule à accompagner les médecins dans leur tournée.

## 4.3 Entrevues

- 22 Des entrevues ont été menées auprès de toutes les personnes dont le travail a été observé. Nous avons alors abordé les thèmes suivants : les sources d'information utilisées, le type d'information recueillie, leur perception de la fiabilité de ces informations, ainsi que leur perception des différences, en ce qui concerne le travail et sa planification, entre le premier et le deuxième jour de travail après une absence. Nous avons aussi interviewé l'infirmière-chef et une personne du Service des ressources humaines.

# 5. Résultats

## 5.1 Les tâches des infirmières et des infirmières auxiliaires

- 23 Le travail est organisé autour des équipes infirmière-infirmière auxiliaire. Cette organisation vise à créer un travail en partenariat autour de la personne soignée (Estryn-Behar, 2002). Les tâches que ces soignantes réalisent auprès des patients peuvent être divisées en deux catégories : les soins techniques et les soins d'assistance au patient. Les soins techniques comprennent principalement la préparation des médicaments, les prélèvements de sang, les prélèvements ou collectes d'urine et de sécrétions, la prise des signes vitaux, les pansements, l'installation des solutés, la surveillance des drains, des

moniteurs ou autres appareils, ainsi que la surveillance de l'état général du patient et de l'évolution des plaies opératoires. La deuxième catégorie comprend, d'une part, l'assistance au patient pour qu'il puisse s'alimenter, se laver, se lever, marcher et aller à la toilette et, d'autre part, la réponse aux besoins exprimés par le patient comme de lui procurer de l'eau, de la glace, des couvertures. Toutefois, une même opération peut correspondre aux deux catégories. Ainsi, les infirmières et les infirmières auxiliaires évaluent l'évolution du patient quand elles l'aident à se lever ou à marcher.

- 24 L'équipe prend en charge treize patients. L'infirmière a la responsabilité des soins dits « techniques » pour l'ensemble de ces patients ainsi que des soins d'assistance à six patients, alors que l'infirmière auxiliaire a la responsabilité des soins d'assistance à sept patients.
- 25 Pour planifier et réaliser leur travail, les infirmières et les infirmières auxiliaires doivent chercher et saisir des informations orales et écrites, notamment sur les aspects médicaux, sur le degré d'autonomie du patient (capacité de se nourrir, de se laver, de s'habiller, d'utiliser seul les toilettes), sur les activités autorisées tenant compte de son état ou de l'intervention subie, ainsi que sur ses habitudes. Elles doivent connaître l'historique du patient (qui comporte des éléments médicaux mais aussi de type personnel : comportement, habitudes, etc.) et actualiser constamment les données afin de dispenser adéquatement les soins requis, d'identifier des signes de détérioration, de prévenir des complications, des accidents ou des situations de crise (chutes, infection, confusion, constipation, etc.) et d'anticiper le futur (complications, conditions de retour à domicile et transfert vers d'autres services).

## 5.2 Les sources d'information au sein de l'unité de soins

- 26 Les principales sources d'information sont le cardex, le rapport de l'équipe du quart précédent et les collègues de travail, principalement l'assistante infirmière-chef.
- 27 **Le cardex** est une fiche où sont notés pour chaque patient, les informations sur l'horaire de surveillance des signes vitaux et d'administration des médicaments, les examens déjà faits, ceux qui sont à venir, etc. Ce document est constamment actualisé à partir du dossier du patient : les données qui ne sont plus à jour sont effacées du cardex au fur et à mesure des changements d'ordonnances.
- 28 **Le rapport de relève** est succinct. L'information est transmise par l'AIC du quart de nuit, à partir des renseignements recueillis auprès de son personnel. Il donne des indications sur la médication donnée, les réactions du patient, les changements de son état, les éléments à surveiller ainsi que les examens à venir. Les infirmières et infirmières auxiliaires transmettent aussi leurs observations et impressions sur l'évolution des patients.
- 29 **Les compagnes de travail**, parfois **le patient** lui-même, peuvent donner des indications sur la médication ainsi que sur les habitudes du patient, son degré d'autonomie et son état antérieur. Elles peuvent également fournir des renseignements sur l'emplacement des instruments et équipements.
- 30 À mesure que la journée avance, les connaissances ainsi acquises sont actualisées, soit par l'observation des patients et la prise des signes vitaux, soit par les indications fournies par le patient ou par les collègues. Une bonne partie de l'information est recueillie auprès des compagnes d'équipe, mais **l'assistante infirmière-chef** (AIC) travaillant à temps

complet est la source de données la plus utilisée, surtout au début de la journée. En effet, lorsqu'elle est au courant des dossiers et des changements et qu'elle connaît les patients, elle peut donner rapidement des informations et orienter les « nouvelles » infirmières et infirmières auxiliaires sur les éléments les plus importants (changements dans l'état des patients, nouvelles ordonnances, examens prescrits, résultats des examens, etc.).

### 5.3 La complémentarité et les limites de ces sources d'information

- 31 Les informations provenant de ces diverses sources sont complémentaires. Ainsi, le *cardex*, qui est toujours utilisé au début du quart de travail, est la source considérée fiable pour la médication. Toutefois, en ce qui concerne le degré d'assistance requis par les patients, les données du *cardex* ne sont pas actualisées aussi fréquemment et ne sont pas considérées comme fiables. Pour accéder à cette information, les infirmières et infirmières auxiliaires recourent à d'autres sources, soit à leurs collègues, à l'assistante infirmière-chef ou au patient. Les informations provenant du patient ne sont pas toujours considérées très fiables, comme nous le verrons plus loin. L'apport des collègues est limité par l'instabilité des équipes. En effet, nous avons pu observer que dans la moitié des cas, la coéquipière n'est pas en mesure de fournir une réponse à une question. Par exemple, voyant que le patient ne répond pas de façon cohérente, l'infirmière demande à sa coéquipière si la situation est « normale ». Celle-ci ne connaissant pas le patient n'a pu lui répondre et l'infirmière a dû faire appel à l'AIC.

### 5.4 La durée de séjour des patients

- 32 La durée de séjour des patients a été estimée sur une période d'un mois (tableau 1). Au total, il y a eu 92 admissions à l'unité. Pour 13 patients, il n'y avait pas d'information sur leur date de sortie ; 8 d'entre eux étaient sortis à une date inconnue et 3 n'étaient pas encore sortis après respectivement 8, 20 et 26 jours. La durée moyenne de séjour, qui est de 4,29 jours, a été calculée à partir des dossiers de 81 patients. La durée médiane de séjour, soit trois jours, a pu être calculée pour 84 patients. Ainsi, le personnel de l'unité est souvent en présence de nouveaux patients parmi les six ou sept dont chacune a la charge.

Tableau 1. Durée de séjour des patients, octobre 1997

Nombre de jours de séjour	Nombre de patients	%
Moins d'un jour à 3 jours	42	50,0
4 à 7 jours	28	33,3
8 jours et plus	14	16,7
Total	84	100,0



## 6. La structure des horaires de travail

### 6.1 Le nombre de quarts travaillés par personne

- 33 Les données de la *Liste de partage des tâches* du personnel infirmier (où sont notées les présences effectives) ont été analysées sur 28 jours en considérant tous les quarts de travail (tableau 2).
- 34 Pendant ces 28 jours (84 quarts), 53 infirmières et infirmières auxiliaires ont travaillé dans l'unité A un total de 221 quarts de travail (4,2 quarts par mois par personne, en moyenne), alors que, selon le nombre prévu d'affectations, 18 personnes devaient couvrir tous les quarts, et plus de 75 % des quarts de travail devaient être assurés par du personnel à temps complet.

Tableau 2. Nombre et pourcentage des quarts travaillés par personne dans l'unité A par les 53 infirmières et infirmières auxiliaires, octobre 1997

Nombre de quarts	Nombre d'AIC	%	Nombre d'INF	%	Nombre d'IA	%	Total	%
1 ou 2	6	46	7	35	11	55	24	45
3 à 5	1	8	6	30	1	5	8	15
6 à 10	4	31	4	20	3	15	11	21
11 à 15	1	8	1	5	5	25	7	13
16 à 20	1	8	2	10	-	-	3	19
Total	13	100	20	100	20	100	53	100

- 35 Parmi les 53 infirmières et infirmières auxiliaires qui ont travaillé durant ce mois, 45 % ont été présentes uniquement pendant un ou deux des 84 quarts. Si l'on additionne les 15 % qui ont travaillé entre trois et cinq quarts, on constate que 60 % ont travaillé moins de cinq quarts en l'espace de 28 jours. Seules trois soignantes, soit 19 %, se sont approchées du temps complet en effectuant de 16 à 20 des 84 quarts.

### 6.2 Le nombre de jours de travail consécutifs

- 36 Outre le nombre de quarts travaillés durant la période donnée, nous avons calculé le nombre de jours de travail consécutifs (tableau 3).

Tableau 3. Nombre de journées consécutives travaillées par le personnel infirmier dans l'unité A, octobre 1997

Nombre de quarts travaillés sans interruption (A)	Nombre de périodes travaillées* (B)	Nombre total de quarts de travail (A x B)	% du total des quarts de travail analysés

1	62	62	28 %
2	24	48	22 %
3	20	60	27 %
4	7	28	13 %
5	2	10	4 %
6	1	6	3 %
7	1	7	3 %
Total	117	221	100 %

\*Nous avons éliminé de cette analyse les périodes pour lesquelles on ne pouvait connaître la date de début. Pour la même raison, nous avons étendu l'analyse au-delà des trente jours afin de compiler de façon précise la longueur des périodes.

- 37 Si l'ensemble des quarts de travail avait été assigné au personnel à temps complet, en alternant cinq jours de travail et deux jours de congé (affectation impossible à effectuer dans les faits), seulement 14 % des quarts auraient été précédés d'une période d'absence et, en aucun cas, cette absence n'aurait duré plus de deux jours.
- 38 Or, pendant 53 % des quarts travaillés (117/221), les soignantes (infirmières ou infirmières auxiliaires) en sont à leur première journée de travail après une période d'absence. Dans 28 % des cas (62/221), elles travaillent une seule journée ; dans 22 % des cas, elles travaillent deux jours consécutifs et dans 27 % des cas, trois jours consécutifs. Cette situation se traduit, pour le patient et ses proches, par une chance sur deux de voir arriver une nouvelle soignante la journée suivante, et ceci sans tenir compte des changements intradépartementaux d'affectations ou de lits.

### 6.3 Le nombre de jours d'absence entre les périodes de travail

- 39 La durée des absences précédant le quart travaillé a été calculée pour les soignantes ayant travaillé deux quarts ou plus durant le mois (tableau 4).

Tableau 4. Durée de l'absence précédant le premier jour d'une période de travail chez le personnel infirmier de l'unité A pendant le mois d'octobre 1997

Durée de l'absence (jours)	Nombre de périodes (INF)	Nombre de périodes (IA)	Nombre total de périodes	% de périodes
1	11	9	20	21 %
2	11	15	26	27 %
3	10	13	23	24 %
4	4	3	7	7 %

5	3	2	5	5 %
6	1	2	3	3 %
7 et plus	5	7	12	13 %
Total	45	51	96	100 %

- 40 Ce tableau permet de constater que 52 % des périodes de discontinuité comptent trois jours ou plus, soit plus que la médiane du temps de séjour des patients. Ainsi, les infirmières et infirmières auxiliaires risquent, plus souvent qu'autrement, de ne pas connaître la plupart des patients lorsqu'elles retournent à l'unité. Pour 21 % d'entre elles, l'absence dure cinq jours ou plus, auquel cas 74 % des patients leur seront inconnus. Il s'agit d'une sous-estimation de la discontinuité puisque, après une absence de plus d'une journée, la soignante n'est pas nécessairement assignée aux mêmes chambres qu'avant et que, pendant leur séjour, 20 % des patients auront été transférés d'une chambre à une autre à l'intérieur de l'unité.

#### 6.4 L'instabilité des équipes

- 41 La discontinuité dans les horaires du personnel infirmier se traduit par une constante recomposition des équipes de travail comme le montre le tableau 5.

Tableau 5. L'instabilité des équipes de travail pendant le mois d'octobre 1997

Jour 1		Jour 2		Jour 3		Jour 4		Jour 5		Jour 6		Jour 7	
INF	IA	INF	IA	INF	IA	INF	IA	INF	IA	INF	IA	INF	IA
A	B	E	F	E	H	E	J	K	F	K	B	K	B
C	D	C	G	C	I	C	I	C	D	L	I	L	M

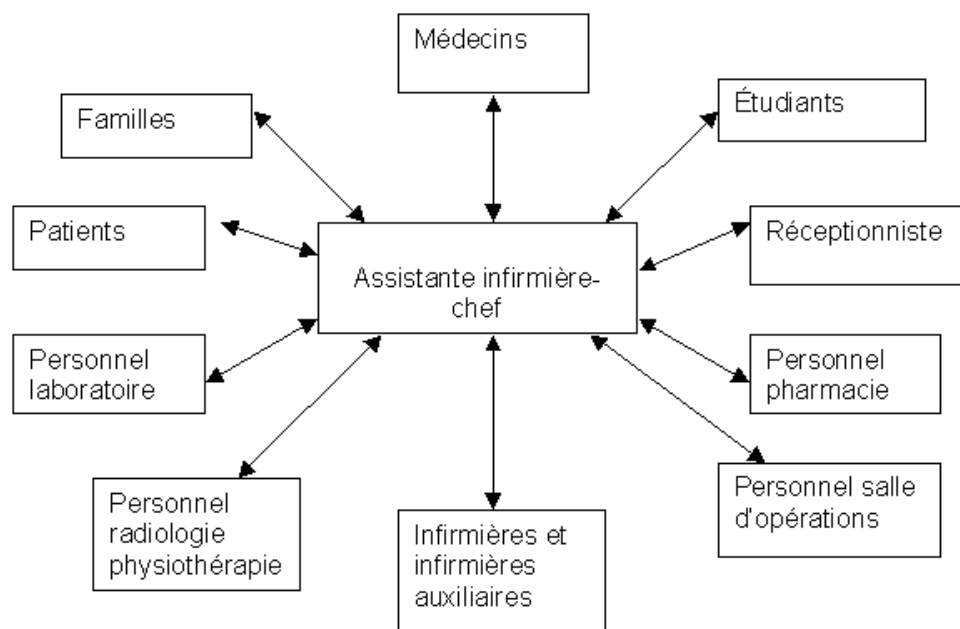
Les réponses en gras correspondent aux personnes ayant été présentes la veille.

- 42 Sur les onze équipes formées durant le quart de jour, durant les sept jours de la semaine examinée, huit équipes ont travaillé ensemble une seule journée, deux équipes (CI et KB) ont travaillé ensemble pendant deux jours consécutifs et une autre équipe (CD) a travaillé ensemble pendant deux jours séparés par un intervalle de trois jours.
- 43 Nous ne pouvons rendre compte de l'ensemble des conséquences de l'organisation des horaires et des équipes sur l'activité de travail des infirmières et des infirmières auxiliaires ainsi que sur les contacts avec les patients. Nous avons toutefois pu documenter davantage certaines conséquences en analysant une partie des communications de l'assistante infirmière-chef (AIC) ainsi que celles du personnel infirmier.

## 6.5 Le travail d'information de l'assistante infirmière-chef (AIC)

- 44 Cinq observations de l'activité de travail des AIC dans la matinée ont été effectuées, dont trois de l'AIC à temps complet en différentes circonstances : lors de sa première, deuxième et troisième journées de travail après un jour d'absence. Nous avons également fait une observation de l'AIC à temps partiel à sa première journée de travail après trois jours d'absence et une observation d'une remplaçante qui en était à sa première journée en dix mois.
- 45 L'assistante infirmière-chef est responsable de l'assignation des patients aux équipes infirmière-infirmière auxiliaire, du suivi systématique des patients et de la coordination des soins. Elle est ainsi le pivot où convergent les informations provenant des patients, de ses propres observations, du personnel de l'unité (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés, réceptionniste), des médecins et des autres services de l'hôpital. Elle reçoit et transmet l'information à ces diverses personnes.
- 46 Plus particulièrement, l'AIC donne aux infirmières et infirmières auxiliaires qui ont été absentes depuis plusieurs jours de l'information détaillée sur les caractéristiques de leurs patients et sur les traitements. Cette transmission est en grande partie verbale, même si une partie de l'information est consignée aux dossiers ou au cardex. Elle n'effectue pas de soins techniques, sauf quand il y a surcharge de travail, quand une infirmière se trouve en difficulté (face, par exemple, à une situation plus complexe) ou quand l'infirmière a besoin de se faire enseigner une nouvelle technique. Elle joue un rôle central comme source d'information et de conseil, autant pour les patients que pour les diverses catégories de personnel.
- 47 La figure 1 illustre ce rôle et la diversité des intervenants avec lesquels elle entre en contact.

Figure 1. Réseau de personnes en interaction avec l'assistante infirmière-chef pour la prise et la transmission d'information dans l'unité A



## 6.6 Échanges verbaux divers

- 48 Les AIC passent entre 51 % et 61 % de leur temps de travail à réaliser une forme quelconque d'échange verbal. Lors d'une de nos périodes d'observation de 165 minutes pendant la matinée, l'AIC a reçu 11 appels téléphoniques et en a effectué 12. De plus, elle a eu 47 échanges verbaux dont 43 % avec le personnel infirmier et 30 % avec des patients.
- 49 **La tournée des patients** Pendant la matinée, l'AIC fait une tournée des patients afin d'évaluer leur état (évolution, présence de douleur, degré d'autonomie), de connaître leurs besoins et de leur donner de l'information. Il s'agit d'un moment privilégié pour faire le point sur l'évolution du patient. Le tableau 6 présente le type de questions posées par les trois AIC observées pendant cette tournée.

Tableau 6. Interactions entre les assistantes infirmières-chefs et les patients, selon le statut des AIC, automne 1997

	Remplaçante, 1 <sup>er</sup> jour	Temps partiel, 1 <sup>er</sup> jour	Temps complet, 1 <sup>er</sup> jour	Temps complet, 2 <sup>e</sup> jour	Temps complet, 3 <sup>e</sup> jour
Temps total d'observation	2 h 55	2 h 17	2 h 14	2 h 35	2 h 19
Temps avec les patients	3 min	9 min 30 s	10 min 16 s	39 min 17 s	36 min 41 s
Nombre de patients visités	2	18	3	12	13
Temps moyen par patient	90 s	32 s	3 min 25 s	3 min 16 s	2 min 49 s
<b>Type de questions</b>					
S'informe sur l'état général	1	21		3	5
S'informe sur symptômes		5	2	13	17
S'informe sur l'autonomie		3		3	2
Informe le patient	2	1	1	5	13
Conseille le patient				2	7
Nombre total de questions	3	30	3	26	44

- 50 Les données du tableau 6 et les entrevues montrent des différences entre les trois AIC observées et aussi, pour la même AIC, en fonction de sa présence ou de son absence la veille. Ces différences portent sur les objectifs de la tournée, le temps dédié à la visite des patients, le nombre de patients visités, le temps consacré à chaque patient, le nombre et le contenu des questions posées.

### 6.6.1 L'objectif de la tournée

- 51 Selon leur statut d'emploi et la séquence de leurs journées de présence à l'unité, les AIC visent des objectifs différents lors de la tournée des patients. Pour l'AIC travaillant à temps complet (AIC-TC), la tournée vise à recueillir de l'information sur l'état du patient, à informer les patients de leur état, à les écouter et à apaiser leurs craintes ainsi qu'à parler avec les familles. Cette tournée lui permet de distribuer équitablement la charge de travail, ainsi que de bien décrire l'état des patients et leurs besoins aux infirmières et infirmières auxiliaires qui ne les connaissent pas, aux médecins et aux services qui ont besoin de l'information.
- 52 Ainsi, l'AIC-TC dédie plus de temps à chaque patient que les AIC travaillant à temps partiel (AIC-TP) ou en remplacement (AIC-R). Par exemple, elle a passé 8 min 53 s avec une patiente qui avait subi l'ablation d'un sein pour l'informer de l'existence de services externes et de la possibilité d'une prothèse mammaire. Elle lui a montré une prothèse et a discuté du sujet avec un membre de la famille.
- 53 L'AIC-TP vise à connaître sommairement tous ses patients et, s'il y a lieu, à les informer sur leur départ. Elle visite rapidement le plus grand nombre possible pour faire une évaluation rapide de leur état et pour connaître leur degré d'autonomie, afin de prévoir le travail pour les différentes catégories de personnel. N'étant présente à l'unité que deux jours par semaine, elle ne peut assumer autant le rôle de conseil, de formation ainsi que de suivi des patients.
- 54 En ce qui a trait à l'AIC-R, sa tournée vise à informer les patients sur leur départ. Elle concentre son travail sur la lecture des dossiers pour s'assurer que tous les examens et les contrôles soient faits. Même si elle est expérimentée, elle prend plus de temps pour exécuter la plupart des tâches que les AIC ayant une expérience dans l'unité. Par exemple, quand elle doit effectuer un appel (ce qui arrive très souvent, comme nous l'avons vu), elle ne connaît pas tous les numéros, ni les noms de différents intervenants de l'hôpital qui font affaire avec l'unité A, ce qui signifie qu'elle est obligée de chercher le numéro, de le demander à d'autres personnes, de rappeler plusieurs fois, etc. De plus, elle prend plus de temps pour donner des informations au médecin parce qu'elle doit les chercher dans les dossiers des patients.

### 6.6.2 Le temps de la visite et le nombre de patients visités

- 55 L'AIC-TC passe en moyenne beaucoup plus de temps avec chacun des patients et lors de la tournée des patients que l'AIC-TP. À son tour, cette dernière passe plus de temps que la remplaçante. Toutefois, le temps dédié à la tournée par l'AIC-TC semble dépendre de sa présence ou absence pendant les jours précédant l'observation. En effet, on constate qu'à sa première journée de travail, elle y passe 10 minutes, visitant seulement les patients qu'elle estime en avoir le plus besoin, alors qu'à la deuxième et troisième journées, elle y passe entre 36 et 39 minutes. Selon elle, après une période d'absence ainsi que pendant

les jours plus occupés, elle doit restreindre les visites aux patients (parfois le nombre, parfois le temps consacré à chaque patient) pour se mettre à jour dans les tâches administratives.

- 56 En contraste, le nombre de patients visités par l'AIC-TP est plus grand, mais le temps de la visite à chaque patient est plus court.

### 6.6.3 Le nombre et le type de questions posées

- 57 L'AIC-TC pose plus de questions et aborde trois thèmes qui ne sont pas abordés par les autres : a) elle s'informe des symptômes qui révèlent si les fonctions du patient se rétablissent et si leur évolution est normale ; b) elle informe le patient sur des changements de médication ou de diète et sur les examens à venir ; c) elle le conseille sur les activités qu'il pourra entreprendre, les exercices qu'il doit faire et la médication qu'il doit prendre. Dans le cas de l'AIC-TP, les questions sur l'évolution du patient sont limitées à la douleur, au sommeil et aux besoins immédiats. Ni les conseils ni l'information au patient (à l'exception de l'annonce du départ) ne figurent dans ses communications. Pour l'AIC-R, la communication vise principalement à informer le patient de son départ.
- 58 En conclusion, la visite des patients est un élément très important pour observer les changements qui peuvent survenir, pour assurer le suivi des interventions et pour pallier le manque de stabilité du personnel dans l'unité. Malgré cela, on constate qu'elle semble être un des éléments compressibles du travail des AIC. En effet, dépendant du statut de l'AIC (temps complet, temps partiel ou remplaçante), de sa présence ou absence les jours précédents, de l'état de certains patients, de l'expérience du personnel infirmier présent ainsi que des imprévus qui surviennent, cette tâche peut être pratiquement délaissée, ou bien représente plus d'une heure de travail de l'AIC.

## 6.7 Les communications des infirmières

- 59 Selon les observations et les entrevues, les infirmières et les infirmières auxiliaires modifient tout autant leur tâche en fonction de la séquence de leurs jours de présence à l'unité et de la constance de leur équipe. Ainsi, en ce qui a trait à la cueillette d'information, nous avons comparé le nombre de questions posées à différentes personnes par une infirmière qui en était à sa première journée de travail après un mois d'absence et une autre qui en était à sa deuxième journée de travail après deux jours d'absence. La première a eu 62 communications dont 33 avec le patient, 19 avec l'infirmière auxiliaire et 10 avec l'assistante infirmière-chef. La deuxième infirmière a eu 29 communications dont 9 avec les patients, 13 avec l'infirmière auxiliaire et 7 avec l'AIC.
- 60 Ces résultats illustrent l'augmentation du temps consacré à la recherche d'information en cas d'instabilité. En effet, les infirmières qui ont été présentes la veille connaissent les patients et doivent seulement actualiser leurs connaissances. La plupart de leurs questions concernent l'évolution et les changements chez les patients. Par contre, les infirmières qui n'ont pas été présentes à l'unité depuis un certain temps posent plus de questions sur les mêmes sujets. De plus, elles recherchent des informations pour effectuer les soins, tant auprès de l'AIC (3 questions) qu'auprès de leurs compagnes (3 questions), mais aussi en dernière instance auprès du patient (7 questions) sur comment s'y prendre avec lui, tout en sachant que ces informations peuvent ne pas être très fiables, comme le dit cette infirmière :

« Tu as de ces patients qui cherchent à tout faire : il peut se lever tout seul, dit-il. Quand tu le lèves, il tombe à terre avec toi ! [...] La fille qui est là à tous les jours, il ne lui en passe pas, mais moi j'arrive, il dit : « C'est une petite nouvelle, elle, elle va me lever ! Ça fait que là tu dis « Marchez-vous ? » Il dit « oui ». Tu l'assoies sur le bord du lit, il tombe à terre ! L'autre [infirmière] te dit : « Ben, il marche pas, ils le lèvent avec le lift »... »

- 61 Parfois, lorsqu'une des infirmières présentes connaît le patient, elle peut donner l'information :

« (Si) la garde-malade attirée au malade (travaille depuis) deux jours, elle va compléter cette information. Elle va venir te dire : Est-ce normal pour le patient... d'agir de telle façon [...] elle va te donner les raisons. Ensuite tu vas vérifier... »

- 62 Les infirmières qui en sont à leur deuxième journée à l'unité essaient de rassurer les patients en leur faisant sentir leur présence. Par exemple, les deux infirmières observées à leur deuxième et troisième journées de travail sont entrées deux fois chacune dans une chambre au cours de la matinée, sans motif précis. Dans un cas, l'infirmière a demandé au patient s'il voulait se lever en lui mentionnant que ce n'était pas dans ses habitudes de rester au lit. Il s'est avéré que le patient ne se sentait pas bien. Dans les autres cas, l'infirmière est entrée et sortie sans parler. Selon elle, sa présence rassurait le patient et, comme elle avait un peu de temps, elle est simplement allée le voir.

- 63 Par ailleurs, les infirmières et infirmières auxiliaires qui ne sont pas à temps complet expriment leur besoin d'apporter des soins humains.

« Je l'ai fait marcher, je l'ai fait boire comme il faut, je l'ai frotté à la crème des genoux jusqu'aux orteils parce qu'il a la peau sèche. C'est sûr que c'est des détails, mais juste le réconfort... »

- 64 Mais elles signalent que, malheureusement, elles ne peuvent agir ainsi que rarement, puisque la première journée de travail, elles « perdent du temps » par manque d'information sur le patient et sur ses habitudes. Alors, le côté technique du travail (lire les dossiers, donner des médicaments, prendre les signes vitaux, etc.) prend le dessus sur les aspects liés au contact personnel et au réconfort.

## 7. Discussion

- 65 Le type d'organisation du travail que nous avons décrit peut avoir des conséquences non seulement sur les soignants, mais aussi sur les patients.

- 66 En effet, dans le contexte de diminution de la durée de séjour à l'hôpital (outre les services ambulatoires et à domicile), les proches auront souvent à prendre le relais de l'hôpital. Aussi est-il particulièrement important que les infirmières et les AIC puissent jouer un rôle de conseil et d'information, non seulement auprès du patient, mais aussi auprès de ses proches. Nous avons vu que ce rôle est assumé par l'AIC, surtout lorsqu'elle en est à sa deuxième journée de travail. Les AIC observées lors de leur première journée après une absence n'ont pu ni conseiller le patient, ni l'informer.

- 67 Pour le personnel infirmier, percevoir à temps les problèmes et rassurer les patients constituent des aspects non négligeables du travail et qui pourraient dépendre de la disponibilité qu'elles peuvent offrir. Or, nous avons vu que les infirmières et infirmières auxiliaires qui en étaient à leur deuxième journée de travail pouvaient avoir une certaine disponibilité leur permettant de faire sentir leur présence, parfois avec une question, parfois uniquement par leur présence physique, tandis que celles qui en étaient à leur



première journée devaient se concentrer davantage sur les aspects techniques et les soins de base au détriment des soins relationnels. Ces résultats concordent avec ceux de Gallier (2002) qui démontre que le temps utilisé pour créer une relation privilégiée, écouter et accompagner une personne soignée, est un temps dans lequel on peut puiser pour toutes sortes de raisons, ce qui amène cet auteur à dire qu'il s'agit d'un temps de deuxième ordre.

- 68 En outre, l'articulation opérationnelle du travail du personnel infirmier dans les unités de soins passe par la circulation et le partage de l'information, qui occupent ainsi une grande partie de leur temps (Lacoste, 2000). Nos résultats démontrent que l'ampleur de cette recherche d'information augmente lorsque les infirmières et infirmières auxiliaires ne sont pas présentes régulièrement à l'unité de soins, en partie parce qu'elles ne trouvent pas de réponses chez leurs coéquipières et parfois même chez l'AIC. On peut argumenter que l'information se trouve sous forme écrite au cardex et au dossier du patient. Toutefois, la recherche de l'information dans les écrits est plus longue et les écrits ne contiennent pas toute l'information nécessaire.
- 69 En effet, Grosjean et Lacoste (1998) ont identifié l'insuffisance de l'information écrite dans des protocoles d'unités de soins quant aux conditions d'application et à la facilité de compréhension du contenu. Elles signalent que cette situation engendre chez le personnel infirmier une charge de travail supplémentaire qui n'est pas prise en compte. De plus, les multiples interruptions pour recherche d'information réduisent le temps disponible auprès des malades et peuvent contribuer à faire éclater l'insatisfaction et le malaise de la soignante (Estryn-Behar et Fouillot, 1990).
- 70 La discontinuité des présences du personnel infirmier à l'unité provoque certaines conséquences au niveau de l'activité de travail, soit l'exigence de prendre connaissance sans cesse des nouveaux patients, la difficulté de suivre leur évolution, le temps requis pour maîtriser de nouvelles pratiques ou du nouveau matériel. Les stratégies déployées, comme nous avons pu le constater dans le cas de l'AIC en particulier, sont à l'effet de réaliser la tâche prescrite en agissant sur des éléments « compressibles » comme le temps relationnel.
- 71 Or, cette stratégie pour arriver à accomplir la tâche place les infirmières face à un paradoxe puisqu'elles trouvent leur satisfaction au travail dans la relation avec le patient (Carpentier-Roy, 1991). La perte de sens dans le travail qui suit la disparition de cette source de satisfaction peut avoir un impact sur le niveau de fatigue et de frustration perçu.
- 72 Le travail d'équipe (travail à deux, travail en coordination) incluant le travail avec l'AIC, est important pour pallier un certain nombre de ces problèmes. Si le personnel infirmier travaille en équipe, l'information sur les patients peut être mise en commun. Ceci permet une économie de temps et l'anticipation ou une meilleure gestion des problèmes. Toutefois, si les infirmières et infirmières auxiliaires n'ont pas, ou pas assez, de connaissances sur les patients, l'articulation et la coordination du travail est plus difficile et une partie des avantages du travail en équipe se perd.

## 7.1 Pourquoi une telle discontinuité des affectations ?

- 73 Selon l'infirmière-chef, il semble qu'une cause importante de la discontinuité soit le taux élevé des absences. Effectivement, le personnel du Service des ressources humaines estimait que les appels de remplacement de dernière minute étaient d'une centaine par

semaine. Aux États-Unis, Leveck et Jones (1996) ont démontré, dans une recherche impliquant cinquante unités de soins aigus, que l'expérience dans l'unité de travail était un facteur prédictif de rétention du personnel infirmier. Il nous semble possible qu'on se trouve en présence d'un cercle vicieux où l'infirmière, manquant de temps-contact avec les patients et de continuité, perd le sens de son travail ; puisque sa charge de travail augmente à cause de la recherche d'information, elle se fatigue et s'absente, ce qui empire la situation.

## 7.2 Quels pourraient être les effets sur le personnel infirmier ?

- 74 La diminution de la disponibilité du personnel infirmier pour les soins relationnels lors de la première journée de travail pourrait expliquer pourquoi les infirmières ressentent plus de plaisir à travailler sur de plus longues périodes (Carpentier-Roy, 1991).
- 75 L'augmentation de la recherche d'information et la difficulté à anticiper les problèmes, dus au manque de suivi, peuvent surcharger le personnel infirmier et augmenter les contraintes temporelles. Les résultats des études effectuées dans les hôpitaux québécois indiquent que les absences pour maladie (Bourbonnais et Mondor, 2001) ainsi que la détresse psychologique et le *burnout* chez les infirmières (Bourbonnais et autres, 1998) sont associés aux contraintes dans le travail (latitude décisionnelle et demande psychologique, dont la quantité de travail et les contraintes de temps).
- 76 De plus, Bourbonnais et Mondor (2001) démontrent que le manque de support social dans le travail est significativement associé aux absences pour maladie. Outre sa fonction d'articulation et de coordination, le travail d'équipe peut jouer un rôle dans le développement et le maintien du support social. Dans un contexte où le personnel infirmier manque de continuité dans les unités, le travail d'équipe diminue, affaiblissant probablement ainsi le support social.

## 8. Conclusion

- 77 Selon Wistow et Hardy (1999), la qualité des soins est intimement liée à la qualité de l'emploi. Nous avons suggéré ailleurs que la recherche d'efficacité en cours dans les entreprises québécoises et canadiennes pose des défis particuliers pour le travail des femmes, à cause de ses composantes invisibles (Balka et coll., (soumis) ; Seifert et coll., 1999 ; Messing, 1999). Si des aspects de l'activité du travail ne sont pas visibles pour les personnes chargées de la planification, ils ne seront pas pris en compte dans l'allocation des ressources, en particulier dans le secteur des services qui comporte beaucoup d'aspects de *caring* nécessaires pour la qualité des soins, le bien-être des patients et même leur sécurité dans certains cas.
- 78 La présente recherche a permis de révéler que la logique de gestion de l'époque, qui privilégiait l'affectation du personnel infirmier à différentes unités – suivant les besoins perçus et sans tenir compte de la discontinuité des présences à une même unité – a affecté deux éléments essentiels de la tâche : le travail d'équipe et le *caring*. Il nous semble donc important de penser à un mode de gestion qui sort des sentiers de la logique de « l'efficacité » pour tenir compte des indicateurs incluant les aspects relationnels et la continuité dans le travail, ce qui contribuerait à renforcer la stabilité des équipes et le bien-être des patients.

- 79 De plus, il faudra se demander si le *caring* est un luxe ou s'il est un apport essentiel dans l'organisation des soins. Nous ne pouvons répondre à la question sans information sur le nombre d'interventions oubliées ou escamotées. Une étude de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2001) auprès des infirmières responsables des soins mentionne une augmentation des chutes et des erreurs de médicaments dans les établissements. Nous n'avons que des traces de cette situation dans certaines entrevues des infirmières. Elles signalent que l'information sur l'autonomie du patient permettrait de réduire les risques d'accident. Elles ont aussi mentionné que lorsqu'elles manquent de temps, elles ne peuvent faire lever et marcher les patients comme elles devraient le faire, et que cela peut nuire à leur réadaptation.
- 80 Nous nous demandons s'il n'y a pas lieu de compléter cette analyse de l'expérience des infirmières par le point de vue d'autres acteurs, quand il s'agit d'emplois du secteur des services qui présentent une forte composante relationnelle. Aux perspectives des gestionnaires et des employés, ne faudrait-il pas ajouter celle des patientes et patients et de leurs proches ? Dans une analyse des rapports entre soignants et malades, Falzon et Lapeyrière (1998) suggèrent d'intégrer l'usager du service (le malade) comme « partenaire d'une situation de travail coopératif », une expression qui décrit bien certaines interactions que nous avons observées. Nous suggérons d'ajouter à l'étude du travail *prescrit* et *réel* le concept du travail *perçu* ou *vécu* par les patients et clients. Dans une étude de l'entretien sanitaire des hôpitaux réalisée dans cette perspective, nous avons intégré le point de vue des visiteurs dans les chambres, ce qui nous a permis de mieux comprendre certaines stratégies des préposés (Messing et autres, 1995 ; Messing et autres, 1998).

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Armstrong, P., Armstrong, H., Choinière, J., Feldberg, G., White, J. (1994). *Take care : Warning signals for Canada's health system*. Garamond Press, Toronto.
- Balka, E., Messing, K., Armstrong, P. (soumis). *Indicators for all : Including occupational health in indicators for a sustainable health care system*.
- Bourbonnais, R., Mondor, M. (2001). Job strain and sickness absence among nurses in the province of Québec. *American Journal of Industrial Medecine*, 39, 194-202.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medecine*, 34, 20-28.
- Carpentier-Roy, M-C. (1991). *Corps et âme*. Liber, Montréal.
- Couturier, Y., Daviau, J. (2003). Modèles de pratique en sciences infirmières et nécessités d'intervenir. Mais que vient faire la notion d'intervention dans la conception de la pratique infirmière ? *Esprit critique. Revue internationale de sociologie et de sciences sociales*, 5, 1. [www.espritcritique.fr/0501/esp0501article01.pdf](http://www.espritcritique.fr/0501/esp0501article01.pdf)

Estryn-Behar, M., Vinck, L. (2002). La relation de soins à l'hôpital entre une ardente obligation et une ardente contradiction. *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie*. Sous la direction de François Hubault, Octarès Éditions, Toulouse, 77-95.

Estryn-Behar, M., Fouillot, J.P. (1990). Étude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant. *Documents pour le médecin du travail*, 42, 131-144.

Falzon, P., Lapeyrière, S. (1998). L'usager et l'opérateur : Ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61, 1, 69-90.

Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière (2001). *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*. MSSS, 157 p. [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)

Gadbois, C., Sabine, B. (1972). Les communications fonctionnelles dans un service hospitalier. Étude exploratoire. *Bulletin de Psychologie*, 298, XXV, 552-562.

Gallier, C. (2002). Le soignant, son travail et la personne âgée. Comment l'organisation du travail interpose ses temps et ses tâches entre les soignants et les personnes âgées. *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie*. Sous la direction de François Hubault, Octarès Éditions, Toulouse, p. 97-110.

Grosjean, M., Lacoste, M. (1999). Les communications dans l'activité. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Presses universitaires de France, Paris, 122-163.

Grosjean, M., Lacoste, M. (1998). L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du « tout écrit ». *Sociologie du travail*, 4, 439-461.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., Kerguelen, A. (1991). *Comprendre le travail pour le transformer*. ANACT, Montrouge.

Kattan-Farhat, M. (1993). Territoires et scénarios de rencontres dans une unité de soins. *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. Sous la direction de J. Cosnier, M., Grosjean, M., Lacoste, ARCI, Presses universitaires de Lyon, Lyon, 179-198.

Lacoste, M. (2000). Le langage et la structuration des collectifs. *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*, 55-70.

Laville, A. (1976). *L'ergonomie*. Éditions Que sais-je ?, Paris.

Leveck, M.L., Jones, C.B. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing Health*, 19, 4, p. 331-43.

Messing, K. (1999). La pertinence de tenir compte du sexe des « opérateurs » dans les études ergonomiques : Bilan de recherches. *PISTES*, 1, 1. <https://pistes.revues.org/3840>

Messing, K., Chatigny, C., Courville, J. (1998). "Light" and "heavy" work in the housekeeping service of a hospital. *Applied Ergonomics*, 29, 6, 451-459.

Messing, K., Chatigny, C., Courville, J. (1995). Travail prescrit, travail réel, travail perçu : l'entretien sanitaire « lourd » et « léger » en milieu hospitalier. Congrès de la Société d'ergonomie de langue française. *Actes*, Biarritz, 578-585.

Mill, J.E., Allen, M.N., Morrow, R.A. (2001). Critical theory : critical methodology to disciplinary foundations in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33, 2, 109-127.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec : recommandations du Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*. OIIQ, Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998). *Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars 1998*. OIIQ, Montréal.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1997). *Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars 1997*. OIIQ, Montréal.

Orem, D. (1987). *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*. Éditions Décarie, Montréal.

Saillant, F. (1991). Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches féministes*, 4, 1, 11-29.

Seifert, A. M., Messing, K., Elabidi, D. (1999). Analyse des communications et du travail des préposées à l'accueil d'un hôpital pendant la restructuration des services. *Recherches féministes*, 12, 2, 85-108.

Theureau, J. (1993). Évènements et coopération dans le travail infirmier. L'infirmière d'une unité de soins obstétricaux. Sous la direction de J. Cosnier, M., Grosjean, M. Lacoste, Presses universitaires de Lyon, Lyon.

Wisner, A., Laville, A., Richard, E. (1967). *Conditions de travail des femmes O. S. dans la construction électronique*. Laboratoire de Physiologie du Travail et Ergonomie du CNAM, rapport No 2.

Wistow, G., Hardy, B. (1999). The development of domiciliary care : Mission accomplished. *Policy and politics*, 27, 2, 173-186.

## RÉSUMÉS

La structure des horaires et ses effets sur le travail des infirmières et infirmières auxiliaires d'un hôpital de soins de courte durée ont été analysés dans un contexte de modifications du réseau québécois de la santé. L'analyse montre de courts séjours chez les patients et une très grande discontinuité des périodes de travail chez le personnel infirmier : 60 % de celles qui travaillaient dans un département cumulent moins de cinq quarts par mois dans ce département. Ainsi, elles ont souvent peu d'information sur les patients et la constante reconstitution des équipes peut affecter leurs stratégies pour pallier cette situation. Les aspects « techniques » du travail ne pouvant être escamotés, les aspects « humains » deviennent compressibles. Cette organisation du travail peut-elle diminuer le caring, privant d'une part les patients de contacts importants et entraînant d'autre part, chez les soignantes, une perte du sens de leur travail ? Est-ce que cette perte de sens aurait un effet sur le taux d'absence, très élevé dans cette population ?

The structure of work schedules and its effects on the work activity of health care workers in a short-term care facility were analyzed in a context of changes to the Québec health care system. The analysis revealed short patient stays and a great discontinuity in work periods for nursing personnel : 60 % of health care workers in one department worked for fewer than five shifts per month in this department. Thus, the workers often have little information on patients, and the constant changes in the work teams can affect the strategies that they use to remedy the situation. Since the "technical" aspects of the work cannot be reduced, the more "human" aspects can be compressed. Could this type of work organization diminish caring, thus depriving patients of important human contact and health care workers of their sense of the meaning of their work. Could this loss of meaning affect the absenteeism rate, which is known to be high among nurses ?

La estructura de los horarios y sus efectos sobre el trabajo de las enfermeras y enfermeras auxiliares en un hospital de atención a corto plazo fueron analizados en un contexto de

modificaciones de la red quebequense de la salud. El análisis enseña estancias cortas de los pacientes y una discontinuidad muy grande de los periodos de trabajo del personal enfermero : 60 % de las que trabajaban en un departamento acumulaban menos de cinco turnos por más en este departamento. Así, a menudo tenían poca información sobre los pacientes y la constante recomposición de los equipos puede afectar las estrategias para paliar la situación. Como no se puede minimizar los aspectos « técnicos » del trabajo, se comprime los aspectos « humanos ». ¿ Puede esta organización de trabajo disminuir la atención, privando por una parte los pacientes de contactos importantes, y llevando por otra parte, una pérdida del sentido del trabajo para el personal sanitario ? ¿ Tendría esta pérdida un efecto sobre la tasa de ausencia, muy elevada en esta población ?

## INDEX

**Palabras claves :** actividad de trabajo, comunicaciones, horario de trabajo, personal sanitario, enfermeras, ergonomía

**Keywords :** work activity, communications, work schedule, healthcare workers, nurses, ergonomics

**Mots-clés :** activité de travail, communications, horaire de travail, soignants, infirmières, ergonomie

## AUTEURS

### ANA-MARIA SEIFERT

Seifert.anamaria@uqam.ca, CINBIOSE, Université du Québec à Montréal, CP 8888, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3P8

### KAREN MESSING

messing.karen@uqam.ca, CINBIOSE, Université du Québec à Montréal, CP 8888, succursale Centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3P8