



L'élaboration des stratégies de travail nocturnes : le cas d'infirmières de nuit d'un service de pneumologie français

*The development of night work strategies: the case of night nurses in a French
pneumology unit*

*La elaboración de estrategias de trabajo nocturno : el caso de enfermeras de
noche en un servicio de neumología francés*

Cathy Toupin



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3253>

DOI : 10.4000/pistes.3253

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Édition imprimée

Date de publication : 1 février 2005

Référence électronique

Cathy Toupin, « L'élaboration des stratégies de travail nocturnes : le cas d'infirmières de nuit d'un service de pneumologie français », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 7-1 | 2005, mis en ligne le 01 février 2005, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3253> ; DOI : 10.4000/pistes.3253

Ce document a été généré automatiquement le 30 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.

L'élaboration des stratégies de travail nocturnes : le cas d'infirmières de nuit d'un service de pneumologie français

The development of night work strategies: the case of night nurses in a French pneumology unit

La elaboración de estrategias de trabajo nocturno : el caso de enfermeras de noche en un servicio de neumología francés

Cathy Toupin

- 1 Le contenu de travail des personnels soignants de nuit a été longtemps sous-estimé et résumé à la surveillance des patients endormis, d'où le terme de « veilleuses » pour désigner ces professionnels. Or, de nombreuses études et recherches réalisées en ergonomie (Gadbois, 1981 ; Estry-Behar et Vanduc, 1983) ont démontré l'importance du contenu du travail dans l'activité des infirmières de nuit et ses exigences sous-jacentes.
- 2 La recherche dont cet article rend compte (Toupin, 2003) avait comme objectifs : d'élucider comment des infirmières en poste de nuit élaborent leurs stratégies de travail, en définissant leurs propres objectifs et priorités dans les buts d'action, compte tenu des spécificités de cette période ; et de repérer en quoi elles tirent parti de leur expérience, notamment celle du travail de nuit, dans cette élaboration.
- 3 Cette réflexion se situe dans le prolongement des recherches en ergonomie qui ont relié les pôles « vieillissement / expérience au travail », « pratique d'horaires atypiques / d'horaires à composante nocturne », et « activité de travail ».
 - L'« expérience » s'entend ici comme l'ensemble des événements vécus, principalement mais non uniquement dans la sphère professionnelle, et sur lesquels les Hommes au travail ont eu la possibilité de développer des pratiques réflexives.

- Les « horaires atypiques » désignent les organisations du temps de travail débordant le cadre conventionnel du tiers diurne des 24 heures.
 - Enfin, « l'activité de travail » regroupe les attitudes et séquences opérationnelles par lesquelles les individus répondent réellement aux exigences de la tâche (voir l'introduction d'Ombredane, dans Ombredane et Faverge, 1955).
- 4 Bien que les recherches reliant ces pôles deux à deux soient abondantes, elles n'ont pas, à notre connaissance, intégré dans leur problématique ces trois dimensions. Par exemple, de nombreuses études centrées sur la relation entre l'âge et le travail de nuit ont mis en évidence les effets de ce type d'organisation du travail sur la santé (voir par exemple Teiger et coll., 1981) et la vie socio-familiale (voir par exemple Gadbois, 1981) ; mais ces études, peu dirigées sur l'analyse d'activités de travail, n'indiquent pas en quoi l'expérience professionnelle, et plus spécifiquement l'expérience du travail de nuit, favorise ou non la mise en œuvre de stratégies de régulation de cette activité en période nocturne.
 - 5 L'enjeu social de cette problématique de recherche est important car, depuis quelques années, on assiste, en France tout au moins, à un accroissement simultané du volume global d'horaires de nuit (Bué et Rougerie, 1999), d'une part, et de la proportion de quadragénaires et quinquagénaires dans la population active (Blanchet, 2002), d'autre part. Cette double évolution va remettre en question la distribution des modalités d'horaires entre les âges et la place des périodes d'horaires atypiques dans les parcours professionnels. Par exemple, il pourrait devenir fréquent que la pratique du travail de nuit survienne tardivement dans la vie d'un actif et se prolonge jusqu'à un âge assez avancé.
 - 6 En effet, les processus de sélection, de réaffectation, et de mobilité interne qui ont longtemps permis à une partie des salariés en horaires décalés de s'en écarter en milieu de vie active, vont être remis en cause (ce qui posera le problème d'une exposition plus fréquente des âgés aux horaires atypiques), ou seront maintenus au prix d'une exposition très élevée des jeunes (ce qui soulèvera des questions de construction de leur expérience et de composition des collectifs de travail).
 - 7 Une réflexion sur le rôle de l'expérience en ce domaine constitue donc l'une des approches possibles des problèmes ainsi soulevés.
 - 8 Les données de cette recherche ont été recueillies au sein d'un Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de la région parisienne (France), auprès d'infirmières de nuit (nuits fixes) d'un service de pneumologie. L'enjeu social de cette question de recherche présente des aspects particuliers dans le secteur hospitalier, dans la mesure où la population travaillant dans ce secteur est largement concernée par ce phénomène de vieillissement observé dans la population active générale. D'autre part, cette population, du fait de l'impératif d'assurer la continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, n'échappe pas à la pratique d'horaires atypiques. On observe notamment dans ce secteur une prédominance du travail de nuit à poste fixe, formule rarement rencontrée dans d'autres secteurs professionnels.

1. Comment aborder « l'expérience du travail de nuit » ?

- 9 On l'a dit, de nombreuses recherches associent deux à deux les pôles : « âge et expérience », « horaires » et « activité de travail ». Avant d'amorcer, comme nous le ferons ici, une tentative pour articuler ces trois pôles, il nous faut rappeler succinctement quelques acquis de ces recherches. Nous les classons ici selon le « couple » de thématiques auquel ils se réfèrent.

1.1. Âge, expérience et activité de travail

- 10 Le vieillissement au travail est un événement incontournable de la vie des Hommes exerçant une activité professionnelle. En effet, la période de la vie active s'inscrit dans une certaine temporalité, se traduisant par différentes étapes, par plusieurs événements qui marqueront, structureront leur vie professionnelle. Or, si le contexte et l'environnement évoluent, les hommes au travail se transforment également dans le temps (Cau-Bareille, 1998).
- 11 Selon Laville (1989) et Marquié (1993), on peut identifier, dès le début de la phase professionnelle, le déclin d'un nombre important de fonctions biologiques, physiologiques, cognitives et psychologiques impliquées dans les situations de travail.
- 12 Si ces modifications ont des conséquences importantes dans les situations de travail, elles sont souvent compensées par l'expérience des salariés les plus âgés et plus particulièrement la construction des compétences au cours de la vie professionnelle (Gaudart et Weill-Fassina, 1999 ; Pueyo, 1998). Ces compétences vont se traduire par la construction de modalités de « régulation » (soit au niveau individuel, soit au niveau du collectif de travail) des situations de travail :
- La régulation est définie comme un processus visant à trouver un équilibre entre les ressources de l'individu, notamment cognitives, physiques et psychiques (liées à l'âge, aux conditions de travail...), et les caractéristiques de l'environnement de travail. Ainsi, ces régulations du comportement visent l'amélioration de l'équilibre entre l'être vivant et son milieu en tant que réponse à une perturbation (Piaget, 1977), c'est-à-dire le maintien de l'activité à un niveau satisfaisant pour soi-même et pour l'organisation (Faverge, 1972).
- 13 Ces modalités de régulation vont se traduire par la mise en œuvre de modes opératoires adaptés permettant aux opérateurs vieillissants de gérer leur efficacité et de compenser leurs éventuels déficits liés au vieillissement (Pueyo, 1998).

1.2. Age et horaires à composante nocturne

- 14 Parmi l'ensemble des conditions de travail, les horaires atypiques ont une certaine particularité dans la mesure où la pratique de ce type d'horaires implique un déphasage global par rapport aux rythmes de vie normaux, ce qui entraîne des effets au niveau, d'une part, de la santé physique (et psychique) du travailleur, et d'autre part, de sa vie sociale et familiale.
- 15 Plusieurs études ont démontré l'effet de certains horaires atypiques, et spécifiquement des horaires à composante nocturne, sur la santé des travailleurs qui avancent en âge

(Teiger et coll., 1981 ; Haider et coll., 1981). Selon celles-ci, il y aurait, non pas une accoutumance au travail de nuit au fil des ans, mais une intolérance croissante. Ainsi, avec l'âge et la durée d'exposition, les capacités d'ajustement chronophysiologique au travail de nuit diminuent ; les problèmes de santé (troubles digestifs, cardio-vasculaires, modifications de l'humeur, stress...) et de sommeil croissent. Certains de ces ennuis de santé sont déjà difficilement réversibles après cinq ans de travail posté. Le vieillissement et les horaires atypiques cumulent donc leurs effets négatifs.

- 16 Les travailleurs de nuit rencontrent également des difficultés dans leur vie familiale (Gadbois, 1990) et sociale (Guélaud et Roustang, 1986), dans la mesure où la pratique d'horaires postés, déphasés par rapport aux rythmes de la vie sociale, impose des contraintes sur les conditions de réalisation de la plupart des activités hors-travail : vie familiale, tâches domestiques, loisirs, activités sociales et culturelles.

1.3. L'activité de travail en poste de nuit

- 17 Le travailleur en poste de nuit est placé dans une situation conflictuelle par rapport au fonctionnement de son organisme, notamment physiologique et cognitif. Travailler la nuit c'est vivre à contre sens du fonctionnement biologique de l'organisme. En effet, comme tout être vivant, l'homme est soumis à une rythmicité biologique qui s'exprime par des variations temporelles de ses fonctions physiologiques et de ses activités comportementales (Reinberg, 1989). Or, la situation de travail en poste de nuit impose au travailleur de fonctionner à l'inverse de cette rythmicité : le travail doit être réalisé lorsque l'organisme est le moins apte à le faire et les opérateurs ne peuvent se reposer que lorsque leur organisme est dans un état d'activité physiologique intense. De plus, aux rythmicités circadiennes, se surajoute dans une situation de travail de nuit, une privation de sommeil qui renforce une accumulation croissante de fatigue tout au long du poste (Barthe, 1999 ; Akerstedt et Gilbert ; 1981 ; Foret et Benoit, 1974 ; Lille, 1967).
- 18 Ceci va affecter les capacités attentionnelles de l'opérateur et va être peu propice au maintien d'une attention soutenue lors du poste de nuit. Ces difficultés vont avoir des répercussions sur les performances des travailleurs de nuit.
- 19 Toutefois, un ensemble de recherches a établi que ces opérateurs en poste de nuit adaptent leur activité de travail à la variation de leurs capacités psychophysiologiques.
- 20 Non seulement, l'activité est modifiée au niveau de son volume (aspect quantitatif) mais également au niveau des modes opératoires utilisés (aspect qualitatif). Cette adaptation se manifeste par une réorganisation de l'activité de travail perceptible à deux échelles. Les opérateurs travaillent différemment de jour et de nuit (Christol et coll., 1979 ; de Terssac et Quéinnec, 1987), et à l'intérieur même du poste de nuit, les opérateurs travaillent différemment selon l'horaire et / ou la durée du poste (Barthe, 1999). Ainsi, pour accomplir une même tâche, ils utilisent des modes opératoires adaptés aux spécificités de leur organisme qui sont liées, d'une part, à la variation circadienne de leur fonctionnement, et, d'autre part, à la durée du travail.
- 21 Les opérateurs en poste de nuit vont également mettre en œuvre des stratégies de régulation afin, tout d'abord, de faire face aux contraintes inhérentes à ce type d'organisation du travail, et aux baisses de leur niveau de vigilance, puis de maintenir l'efficacité au travail. Ces régulations peuvent se manifester dans l'organisation des tâches (Andorre et Quéinnec, 1996 ; Barthe, 1998) mais sont également liées à celle des

étapes du travail (Tirilly, 2002), ainsi qu'à celle de la vie hors travail (Quéinnec et coll., 1992).

2. Les enjeux d'une étude des stratégies de travail nocturnes

- 22 Les analyses que nous songions initialement mener, dans le prolongement des recherches citées précédemment, devaient porter sur des stratégies de préservation de la santé (par exemple, la façon de limiter l'accumulation de la fatigue au fil des nuits consécutives), ou des stratégies d'anticipation dépendantes des horaires (par exemple, la façon d'éviter que certaines sollicitations n'interviennent au moment de fatigue maximum ou de moindre vigilance). Or, on verra que, dans le contexte particulier du service étudié, il s'avérait difficile de mettre en œuvre de telles stratégies.
- 23 Il nous est apparu, en revanche, lors des premières observations et entretiens réalisés au sein du service de soins, que l'activité des infirmières de nuit témoignait de façon importante d'une élaboration de « stratégies de travail spécifiques à la nuit ».
- 24 Dès lors, dans cette élaboration, notre objectif était de mettre en évidence ces stratégies de travail ainsi que de repérer en quoi ces soignantes tirent parti de leur expérience professionnelle et plus spécifiquement de leur expérience du travail de nuit.
- 25 Plusieurs raisons ont justifié cette recherche sur les « stratégies de travail nocturnes » des infirmières :
 - Tout d'abord, cette problématique de recherche présente un intérêt particulier pour le centre hospitalier étudié dans la mesure où le questionnement de recherche s'articule avec certaines de leurs préoccupations.
- 26 En effet, un groupe de travail a été créé par la psychologue du travail du CHI sur la pratique du travail de nuit en poste fixe. La demande concernait un problème de communication entre les équipes de jour et de nuit. Une véritable incompréhension s'était installée entre les soignants de ces deux postes, entraînant une frustration croissante, un sentiment de colère et de démotivation chez le personnel de nuit qui se sent déjà souvent « oublié » :
 - « on nous considère comme des « veilleurs » et rien de plus » (Druet, 2003).
 - Par ailleurs, du point de vue scientifique, cette question des spécificités des buts d'action, compte tenu des caractéristiques du travail à l'hôpital la nuit, présente un enjeu particulier puisqu'elle est peu présente, dans la littérature sur le travail posté, comme dans celle sur le travail hospitalier.
- 27 De nombreuses études ont été réalisées sur le travail de nuit dans le secteur hospitalier. Or, bien souvent, seuls ont été investigués les effets de ce type d'organisation du travail sur la santé et la vie socio-familiale des opérateurs. Dans cette étude, il s'agit de s'intéresser, non pas aux conséquences de ces horaires atypiques, mais aux stratégies de travail typiques élaborées par les infirmières en nuit fixe compte tenu des spécificités de cette période de travail.

3. L'organisation du travail des infirmières dans le service de pneumologie

- 28 Le service de pneumologie étudié fait partie du pôle « médecine » du CHI. Il accueille des patients pour bilan et / ou traitement de cancers broncho-pulmonaires, de cancers de la plèvre, ainsi que des patients présentant diverses autres pathologies pulmonaires (insuffisance respiratoire, asthme, tuberculose, pneumopathie, embolie pulmonaire, épanchement pleural, mucoviscidose, hémoptysie...).
- 29 Tout l'hôpital fonctionne selon un mode de travail continu, 24h / 24 et 7 jours / 7. Cela implique plus de trois équipes se succédant pour assurer le travail de jour comme de nuit, en fin de semaine et durant les jours fériés. Trois postes se succèdent donc sur les 24 heures : un poste de matin (06h30 à 14h00), un d'après-midi (13h30 à 21h30), et un de nuit (21h00 à 07h00). Pendant les temps de recouvrement entre équipes (30 minutes), se déroulent les « transmissions », le passage des consignes et des informations entre les équipes de travail.
- 30 Le mode d'occupation des postes diffère entre la nuit et le jour : il est alternant (2X8) pour les postes du matin et de l'après-midi, et fixe pour les ceux de la nuit (nuits fixes). La taille et la composition des équipes de travail varient également selon la faction.
- 31 Les équipes de travail des postes de nuit (qui nous intéressent particulièrement dans cette étude) sont composées d'un(e) (voire deux dans certains cas) infirmier(ère), et d'un(e) aide-soignant(e) qui l'assiste dans son activité de soins.
- 32 Nous présentons, dans le tableau ci-dessous, les tâches réalisées par les infirmières de nuit de pneumologie. La formalisation de ces différentes tâches repose sur les observations et les entretiens réalisés au cours de la phase initiale de la recherche au sein du service.

Tableau 1. Les grands types de tâches des infirmières de nuit du service de pneumologie

21h00 → 21h30	<u>Relève 1</u> : transmission des informations entre l'équipe de l'après-midi et celle de nuit (bureau) (relevé durant les observations : entre 10 et 50 min ; temps par patient entre 5 sec et 6 min)
21h30 → 22h00	<u>Organisation / Préparation</u> des soins de la nuit (bureau, salle des infirmières / pharmacie) (relevé durant les observations : entre 6min et 24min)
22h00 → 23h30	<u>Tour de service 1</u> : (relevé durant les observations : entre 31min et 1h44min ; temps par patient entre 5sec et 26min) Prise des constantes (température, pouls, tension, saturation du sang en oxygène) Administration de médicaments, de traitements Soins techniques (pose de perfusion, réglage d'appareil, prise en charge de la douleur...) Soins de base (alimentation, manutention patient, hygiène, confort, élimination) Soins relationnels (information, aide, écoute)

23h30 → 05h30	<u>Tours protocolaires</u> (changements de perfusions prescrits, administration de traitements prescrits...) (relevé durant les observations : de 1 à 10 / nuit ; de 10sec à 17min par patient) <u>Réponse aux alarmes</u> , sollicitations des patients (relevé durant les observations : de 1 à 7 / nuit ; de 10sec à 11min par patient) <u>Visites spontanées</u> dans les chambres (pour certaines infirmières) (relevé durant les observations : de 1 à 20 / nuit ; de 10sec à 47min par patient) <u>Autres actions</u> (repos, repas, activités culturelles...)
05h30 → 06h10	<u>Tour de service 2</u> (relevé durant les observations : entre 10 et 38 min ; temps par patient entre 5 sec et 16min)
06h10 → 06h30	<u>Transmissions écrites</u> (ce qui s'est passé durant la nuit) sur le cahier de chaque patient (bureau) <u>Rangement / lavage</u> de la salle des soins / pharmacie
06h30 → 07h00	<u>Relève 2</u> : transmission des informations entre l'équipe de nuit et celle du matin (bureau de la surveillante) (relevé durant les observations : entre 7min et 27min ; temps par patient entre 5 sec et 8min)

- 33 L'examen de ce descriptif des tâches permet de comprendre pourquoi certaines de nos pistes de recherche n'ont pu être suivies dans ce service.
- 34 En effet, les stratégies de préservation de la santé et d'anticipation que nous pensions pouvoir mettre en évidence dans cette étude semblent peu réalisables dans un tel service, et les infirmières nous l'ont confirmé, en indiquant aussi que la situation de certains autres services est certainement différente.
- 35 Le service de pneumologie n'en est pas un « calme », dans lequel l'objectif essentiel des soignants serait de demeurer suffisamment vigilant pour faire face à de rares sollicitations. Et ce n'est pas non plus un service mobilisant en permanence l'activité des soignants pour un grand volume de tâches à accomplir au cours de la nuit, avec la nécessité (et la possibilité) de moduler, dans le temps, les efforts à consentir. En effet, en dehors des tournées initiale et finale, ces soignants sont surtout amenés à réagir en urgence, et à réaliser des tâches qui ne sont pas toujours programmables comme, par exemple, les actions réalisées à l'appel d'un malade.
- 36 Les stratégies - explicitées précédemment - que nous pensions pouvoir observer semblent donc difficilement concevables dans un tel service.

4. Méthodes d'analyse

- 37 Les données ont été recueillies auprès de cinq infirmières de divers âges et expériences professionnelles.

Tableau 2. Âge et expérience des infirmières ayant participé à l'étude

Infirmières	Âge	Expérience dans le travail de jour	Expérience dans le travail de nuit	Expérience au sein du service de pneumologie
IDE 1	27 ans	1 an	1,5 ans	1,5 ans

IDE 2	36 ans	11 ans	3 ans	1,5 ans
IDE 3	37 ans	4 ans	12 ans	4 ans
IDE 4	47 ans	11 ans	3 ans	-
IDE 5	50 ans	6 ans	22 ans	3 mois

4.1. Le recueil des données

4.1.1 Par l'observation systématique

- 38 Après une phase initiale d'observations globales et d'entretiens, nous avons observé le travail de ces cinq infirmières pendant deux nuits chacune ; chaque infirmière étant observée tout au long de son poste de nuit (21h00 / 07h00).
- 39 Ces observations systématiques ont porté sur le déroulement des « transmissions » avec les infirmières des autres équipes, les tournées dans les chambres, les interventions ponctuelles de l'infirmière en cours de nuit et les échanges au sein de l'équipe soignante.
- 40 Afin d'appréhender ces différents éléments, nous avons défini cinq classes d'observables :
1. « Lieu » : nous avons relevé, à chaque moment de la nuit, les lieux où se trouvait l'infirmière observée.
 2. « Situation » : nous avons identifié la situation dans laquelle se trouvait l'infirmière : est-ce les transmissions, le premier tour de service, ... (cf. figure 1) ?
 3. « Patient » : il s'agissait ici de relever l'état de veille du patient pris en charge par l'infirmière : est-il endormi, réveillé ?
 4. « Actions » : nous avons relevé la nature des actions faites par l'infirmière à chaque moment de la nuit (soins techniques, soins de base, soins relationnels...), ainsi que la durée de chacune d'entre-elles. Dans cette catégorie, nous avons également relevé des actions spécifiques telles que réveiller ou non un patient endormi, laisser la porte de la chambre du patient ouverte ou la fermer...
 5. « Messages verbaux » : nous avons identifié la fréquence, la durée et le contenu des échanges entre l'infirmière et l'équipe soignante, l'infirmière et le patient / la famille du patient.
- 41 La grille d'observation utilisée pour le recueil des données combine donc le relevé d'informations relatives, d'une part aux actions de l'infirmière suivie, et d'autre part aux échanges verbaux auxquels elle a participé.

Tableau 3. Grille d'observation

Heure	Lieu	Situation	Patient		Actions	Messages verbaux		
			N° Ch.	État		Qui	A qui	Contenu

- 42 Afin de faciliter la prise de notes lors de ces observations systématiques, nous avons codifié certaines modalités des classes d'observables. Puis, lors du relevé, nous avons noté les codes correspondant aux événements advenus et leur date d'occurrence (heure, minute, seconde). Chaque situation a donc été recueillie en respectant sa durée et sa chronologie.

4.1.2. Par l'entretien

- 43 Ces observations de l'activité in situ ont été complétées par le recueil de données verbales lors d'un entretien mené auprès de chaque infirmière au cours de sa deuxième nuit d'observation.
- 44 Cet entretien était construit selon quatre grands thèmes :
1. Les caractéristiques personnelles de l'infirmière (âge, parcours professionnel, choix et aspiration quant au travail de nuit, quant au service de pneumologie...).
 2. La façon d'organiser son activité au cours de la nuit (organisation des tâches...) et les enjeux des différentes phases de l'activité de soins (enjeux des « transmissions », enjeux du « premier tour de service »...).
 3. Les spécificités du travail de nuit et les stratégies de travail typiques (réaménagements des buts de l'activité, objectifs poursuivis, priorités...).
 4. Le rôle de l'expérience professionnelle dans l'élaboration de ces stratégies de travail spécifiques à la nuit.
- 45 Pour les deux derniers thèmes abordés (relatifs à la problématique de recherche), nous restituons à l'infirmière des faits observés la nuit précédente et / ou la nuit-même, en lui proposant de les commenter, de les discuter.

4.2. L'analyse des données

- 46 L'analyse des données issues des observations systématiques consistait à identifier, la nuit, plusieurs enjeux de la vie à l'hôpital, sous-jacents à certains actes et arbitrages que nous observions, puis à rapporter plus systématiquement d'autres actes et arbitrages à ces enjeux, afin d'aboutir à des combinaisons cohérentes d'actes et d'objectifs, que nous dénommions « stratégies de travail ».
- 47 L'analyse des entretiens a été réalisée en deux étapes basées sur des analyses qualitatives thématiques. La première consistait à identifier les stratégies de travail spécifiques à la nuit : à savoir identifier les enjeux de l'ordre de la tâche qui se modulent différemment selon l'heure, du fait des caractéristiques de la vie à l'hôpital la nuit ; et les réaménagements des buts d'action (par rapport à la journée). Les verbalisations ont ensuite été étudiées avec le souci de mettre en évidence l'apport de l'expérience professionnelle dans l'élaboration, la construction par l'infirmière de ces stratégies de travail spécifiques.

5. Les « stratégies de travail » des infirmières de nuit

- 48 Au sein du service de pneumologie, plusieurs « stratégies de travail » sont élaborées par les infirmières de nuit en réponse aux caractéristiques de la vie à l'hôpital durant cette

période. Certains de ces aspects sont liés à « l'état » des malades hospitalisés, d'autres à l'environnement « désert » du service pendant ce moment.

5.1. Les « stratégies de travail » en lien avec « l'état » des patients

- 49 Les stratégies de travail des infirmières de nuit en lien avec l'état du patient relèvent de différents enjeux : nous en avons identifié deux.

5.1.1. Préserver le sommeil des patients

- 50 Un des objectifs des infirmières de nuit est de respecter, donc préserver la qualité du sommeil des patients hospitalisés. En effet, la possibilité qu'ont les patients de s'octroyer des phases de sommeil en journée est limitée du fait de la fréquence des soins prodigués, des examens réalisés et des nombreuses visites à leur chevet (famille, médecins, infirmières et aides-soignantes...). Or, la plupart des patients traités dans ce service souffrent de pathologies lourdes (insuffisances respiratoires, cancers des poumons souvent doublés de métastases cérébrales...), il est donc à la fois nécessaire et délicat de protéger leur sommeil nocturne, et, par conséquent, de permettre des phases de récupération durant la nuit.
- 51 Différentes stratégies de travail sont élaborées par les infirmières de nuit afin de préserver le sommeil de leurs malades :
- Les infirmières ne réveillent pas systématiquement les patients endormis lorsqu'elles leur administrent les soins techniques prescrits, leur prennent leurs constantes, ou leur font des soins de base.
 - Lors de la relève entre l'équipe de l'après-midi et celle de nuit, s'échangent des informations relatives au respect ou non du sommeil de certains patients du service durant la nuit, entretiens prédisposant probablement l'attitude suivie par les infirmières en ce domaine.
 - Toutes les infirmières observées laissent la lumière de la chambre éteinte lorsque le patient est endormi et qu'elles doivent lui faire des soins. Pour certains traitements, la lumière des couloirs donne un éclairage suffisant dans la chambre du patient. Quand tel n'est pas le cas, elles allument toutes la lumière des toilettes de la chambre - en laissant la porte de celle-ci mi-ouverte - afin d'éclairer la chambre. Certaines se munissent également de lampe de poche à faible luminosité. On peut penser (mais nous n'avons pas vérifié ce point) que ces conditions d'éclairage impliquent un développement des pratiques gestuelles spécifiques pour les actes techniques.
 - Certaines infirmières reportent, avancent (voire annulent) l'heure d'un soin prescrit afin de préserver le sommeil de leur patient.

5.1.2. Prendre en charge les angoisses nocturnes des patients

- 52 Au-delà du premier enjeu relatif au sommeil des patients du service, il en existe un autre qui est de faire face à l'angoisse très forte ressentie par une partie des malades, spécialement la nuit. En effet, la nuit, les angoisses et les douleurs se réveillent ou prennent plus d'importance chez les malades, d'une part, parce que la maladie revêt une dimension plus angoissante, et d'autre part, dû à l'absence des médecins et de l'entourage du patient (famille, amis) durant cette période. Ces angoisses vont être amplifiées dans ce genre de services - service de pneumologie - où les patients souffrent de pathologies

graves et où les chances de guérison sont souvent faibles ou nulles. Les patients sont donc plus demandeurs et sollicitent plus les soignants la nuit.

- 53 Les équipes de nuit qui sont confrontées à cette réalité vont donc élaborer des stratégies de travail, avec le souci d'être disponibles pour des échanges, ou simplement pour signaler leur présence qui est plutôt rassurante :

- Lors de la relève entre l'équipe de l'après-midi et celle de nuit, il y a transmission d'informations relatives aux angoisses ressenties par certains patients au cours de la journée. Pour ces infirmières de nuit, l'état psychologique (le « moral ») du patient est important dans la mesure où il risque de prédisposer la façon dont sa nuit va se passer.

- Une partie des échanges entre les infirmières de nuit et les patients visent à faire face à l'angoisse des malades :

« Demain vous avez une prise de sang et en fonction des résultats, ils vont vous faire sortir en principe, c'est bien non ?

(Absence de réponses de la part du patient)

Il ne faut pas être pessimiste (lui caresse la main), il faut vous battre, ça arrive beaucoup les aplasies et vous vous en êtes sortie rapidement.

Si au moins j'avais des info avec le médecin.

Vous n'êtes pas assez informé sur votre maladie ? Ne vous inquiétez pas, en général, on ne cache rien au patient. Vous pouvez demander votre dossier médical si vous voulez, vous en avez le droit... » (IDE 1) - *s'engage une discussion qui durera 9 minutes.*

- La nécessité de permettre aux patients, qui en douteraient, de vérifier qu'ils sont surveillés toute la nuit est également très importante. Il s'agit donc pour les infirmières de se faire connaître des patients en début de poste, de les rassurer en leur signalant leur présence tout au long de la nuit et donc de ne pas faire forcément « noir général et silence complet ». Ainsi, certaines portes de chambre sont laissées ouvertes et la lumière des couloirs reste constamment allumée.

- Enfin, l'infirmière s'assure, en début de nuit, que chaque patient a sa sonnette et qu'il sait la faire fonctionner afin qu'il puisse l'appeler s'il en ressent le besoin. Nous avons, en effet, pu repérer, au cours des observations dans le service, de très nombreux échanges répondant à cet enjeu :

« il ne faut pas hésiter à sonner durant la nuit, nous sommes là si vous avez besoin.

Vous n'êtes pas là pour déranger, c'est notre boulot. » (IDE 1)

5.2. Les « stratégies de travail » en lien avec l'environnement « désert » du service

- 54 Des stratégies de travail relevant de l'état particulier des services de soins la nuit et, plus particulièrement, l'environnement « désert » de ces services (pas de familles des malades, peu de collègues, pas de médecins), ont également pu être identifiées au cours des observations et des entretiens. Ces stratégies reflètent alors plusieurs soucis ; nous en avons repéré quatre.

5.2.1. Respecter les exigences déontologiques

- 55 Alors que les soignantes de jour travaillent en collaboration avec une équipe médicale - des médecins, des internes, des professeurs - les infirmières de nuit travaillent sans la présence de médecins. Les soignants de nuit vont donc être amenés à prendre plus d'initiatives, plus de responsabilités que les équipes de jour qui peuvent constamment se référer à un médecin.

- 56 Cette situation va créer, dans certains cas, des problèmes d'application de consigne, lorsque, par exemple, l'aggravation de l'état d'un patient, la nuit, va requérir la prescription d'un médicament sur ordonnance. Les infirmières de nuit pourront faire appel à un médecin de garde, ou d'astreinte, mais celui-ci ne peut être sollicité qu'en cas de nécessité seulement. Le choix de l'appeler ou non est parfois délicat. Dans ce genre de situations, les infirmières de nuit vont devoir, à la fois éviter de solliciter le médecin trop souvent, mais aussi se « couvrir » dans des conditions acceptables au regard des exigences déontologiques, juridiques.
- 57 Nous avons identifié, au cours des observations, un certain nombre de situations où l'infirmière de nuit est confrontée à des événements qui auraient nécessité la présence de médecins. Il en ressort trois types d'attitudes :
- L'infirmière gère, seule, l'événement, ce qui témoigne d'une prise d'initiatives et de responsabilités importantes.
 - Elle demande conseil à ses collègues (infirmière, aide-soignante) quant à la suite des actions à mettre en œuvre. Les décisions sont donc prises collectivement, ce qui atténue les prises d'initiatives et les responsabilités individuelles et, par conséquent, les difficultés d'ordre cognitif pouvant être liées à celles-ci. Le recours au collectif permet également de confronter les points de vue, d'apporter des compétences supplémentaires afin de fiabiliser un diagnostic et de prendre la décision d'appeler ou non l'interne.
 - Elle appelle l'interne de garde : soit avant d'entamer toute action, soit après avoir tenté de résoudre le problème avec ses collègues, mais toujours en ayant élaboré un argumentaire permettant de justifier cet appel.
- 58 Le tableau suivant illustre quelques-unes de ces situations problématiques, ainsi que la stratégie mise en œuvre dans chaque cas par l'infirmière.

Tableau 4. Nature des situations problématiques rencontrées par les infirmières de nuit dû à l'absence des médecins et stratégies mises en œuvre pour y faire face

Nature des situations problématiques	Stratégies mises en œuvre pour y faire face	
Famille d'une patiente décédée qui remet en cause le fait de ne pas avoir prescrit d'antibiotiques à la patiente avant son décès.	Gère seule la situation	<i>Elle leur dit, « pour rattraper le coup », que la patiente a dû avoir une dose flash d'antibiotiques avant son décès.</i>
Prescription de médicament	Parle avec l'autre infirmière	<i>Elle demande conseil à sa collègue infirmière. Cette dernière ne juge pas nécessaire de déranger l'interne de garde ; elles prennent donc ensemble la décision (et, par conséquent, la responsabilité) de prescrire le médicament au patient.</i>
Famille d'un patient qui tient pour responsable l'équipe soignante de la dégradation de son état de santé.	Parle avec l'autre infirmière puis appelle l'interne	<i>Elle tente d'expliquer la situation à la famille du patient, en vain. Après en avoir discuté avec sa collègue de nuit, elle décide d'appeler l'interne de garde pour rassurer la famille, et pour se décharger.</i>

Patiente qui a des plaques inquiétantes sur le corps.	Appelle l'interne de garde	<i>Immédiatement après avoir constaté les plaques sur le corps de la patiente, elle appelle l'interne de garde. La pathologie pouvant être grave, elle ne préfère pas prendre de risques.</i>
---	----------------------------	---

5.2.2. Pallier les difficultés dans la réalisation de certains gestes et dans le manque de savoir-faire

- 59 Alors que les soignantes de jour sont intégrées dans une équipe médicale composée de spécialistes, le personnel de nuit fonctionne en effectif réduit. En période nocturne, seules sont présentes une, voire deux, infirmière(s) et une aide-soignante.
- 60 Dans ces situations de faible effectif et en l'absence de spécialistes dans certains domaines (par exemple, médecins, infirmières ayant des compétences pointues en chimiothérapie) qui sont en horaires diurnes, les soignantes de nuit vont être amenées à surmonter leurs propres insuffisances de connaissances, de savoir-faire spécialisés. Elles vont également devoir gérer seules d'éventuelles difficultés rencontrées dans la réalisation de certains gestes.
- 61 De multiples situations problématiques (relatives à un manque de compétences spécifiques) ont pu être mises en évidence lors des observations, qu'elles soient relatives à l'utilisation d'un appareil / matériel spécifique, à la réalisation de gestes techniques, ou encore à la démarche à suivre dans certaines situations. Le tableau suivant illustre quelques-unes de ces situations, ainsi que les stratégies mises en œuvre par l'infirmière pour y faire face.

Tableau 5. Nature des situations problématiques (relatives à un manque de compétences spécifiques) rencontrées par les infirmières de nuit, et stratégies mises en œuvre afin d'y faire face

Nature des situations problématiques	Stratégies mises en œuvre pour y faire face	
Réalisation d'un geste technique (déboucher une perfusion).	Gère seule la situation	<i>Elle s'y reprend à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'elle y arrive.</i>
Fonctionnement / réglage d'un appareil.	Parle avec l'autre infirmière	<i>Elle n'a jamais manipulé de pompe à perfusion : elle demande à sa collègue infirmière de lui en expliquer le fonctionnement, ainsi que les réglages à faire pour l'utiliser.</i>
Procédures à suivre pour les transfusions sanguines la nuit.	Appelle l'interne de garde	<i>L'infirmière n'a encore jamais réalisé de transfusions sanguines la nuit. Les autres membres de l'équipe soignante ne pouvant la renseigner sur les procédures à suivre, elle appelle l'interne de garde.</i>

Procédure informatique à suivre après un décès.	Parle avec l'infirmier, puis appelle la cadre de nuit	<i>Après en avoir discuté, en vain, avec son collègue infirmier, elle appelle la cadre de nuit pour qu'elle les renseigne sur les procédures administratives à suivre lors d'un décès.</i>
---	---	--

- 62 Dans la majeure partie des cas, les infirmières observées font appel à l'autre infirmière de l'unité (quand l'effectif le permet) ou à l'aide-soignante afin de faire face à ces situations ; certaines appellent la cadre de nuit, l'interne de garde ; d'autres gèrent seules la situation.
- 63 Ces difficultés rencontrées par les soignantes de nuit vont les conduire à diversifier leurs propres compétences. Certaines infirmières ont réagi à ce propos lors des entretiens :
- « ...ça nous amène aussi à grandir et pas à compter toujours sur le médecin. Je pense que ça nous amène à réfléchir par rapport à de jour. De jour, tout te tombe cuit. Si tu ne comprends pas ou si tu ne veux pas trop réfléchir, tu vas voir le médecin, il t'explique. Il te dit « ça, tu fais ». T'es bête et disciplinée et, t'as le moindre souci, il est là et te dit. La nuit [...] soit tu te dis « je m'en fous » et puis finalement tu lui donnes son médicament sans savoir ce que c'est. La journée, tu vas dire au médecin « mais qu'est-ce que c'est ? », tu relèves ton truc, le médecin est en face, tu vas lui dire « c'est quoi ? ». Alors que là, tu vas être obligée d'aller dans le Vidal. Je trouve qu'on peut progresser. » (IDE 2)

5.2.3. Assurer une fonction de veille de certains malades

- 64 Certains des malades ont besoin d'être surveillés attentivement en raison de leur état ou de comportements particuliers. En journée, les patients sont la majeure partie du temps entourés : présence de leur famille, leurs amis, du personnel soignant, des médecins...ce qui vraisemblablement pose moins de problèmes quant à leur surveillance. La nuit, en revanche, les patients sont la plupart du temps seuls. Les infirmières de nuit vont donc devoir assurer une fonction de veille des malades le nécessitant, tout en respectant leur cycle de sommeil (objectif explicité précédemment).
- 65 Nous avons observé, lors de la relève entre l'équipe de l'après-midi et celle de nuit, la transmission d'informations relatives à la nécessité de surveiller attentivement certains patients. Ces échanges portent sur des patients à surveiller quant à certains comportements particuliers (*patient fugeur, personnes agitées, personne qui fume en cachette dans sa chambre...*), et / ou pour des raisons d'ordre médical (*personne très douloureuse, personne sujette à des vertiges lorsqu'elle se lève, patient délirant en raison de métastases cérébrales...*).
- 66 Nous avons identifié quelques stratégies - élaborées par les infirmières de nuit - visant à surveiller soigneusement, mais discrètement, certains malades :
- L'infirmière peut visiter spontanément certains malades durant la nuit afin de s'assurer que tout se passe bien. A priori, elle ne fait pas ces visites dans l'optique d'y réaliser un quelconque soin technique ; toutefois, il se peut qu'elle en accomplisse si elle l'estime nécessaire.
 - Quelques infirmières choisissent de laisser la porte de certains patients ouverte toute la nuit afin d'assurer une surveillance discrète, tout en circulant.
« Ici, les malades sont assez angoissés, anxieux les malades de pneumo. Donc, c'est un petit peu une sécurité d'avoir la porte ouverte : ils nous voient passer. Et même pour nous, pour les malades qui ne vont pas bien, le fait d'avoir la porte ouverte on

n'est pas obligé d'ouvrir la porte, de regarder. Là, c'est ouvert : on jette un œil, on voit que le malade est bien, il est dans son lit... Plus facile je dirais que de rentrer dans les chambres, refermer...avec le risque de réveiller le malade à chaque fois » (IDE 3)

5.2.4. Établir un lien relationnel avec les malades, assurer une fonction de soutien

- 67 En journée, le personnel soignant n'a guère le temps de partager des moments d'échanges, autres que médicaux, avec les malades du service. La nuit, l'environnement « désert » du service de pneumologie, ainsi que l'ambiance plus calme de la période nocturne (à cause d'une charge de travail différente de la journée) va permettre aux infirmières de mettre à profit cette période pour discuter sans hâte avec les malades du service. Ainsi, ce qui n'a pas pu se faire avec le personnel de jour (en raison d'exams, de manque de personnel, de visites...) va pouvoir s'élaborer avec le personnel de nuit. Celui-ci peut prendre plus de temps pour rester avec le malade, pour l'écouter.
- 68 Nous avons repéré de nombreux échanges d'ordre relationnel (*échanges amicaux, échanges pour détendre le patient, échanges sur la vie personnelle du patient...*) entre les infirmières de nuit et les patients. Et lors des entretiens, nous sommes revenues avec celles-ci sur cette possibilité d'échanges avec les patients, plus fréquents la nuit :
- « Si on a envie d'aller parler et qu'on sent que le malade en a envie, en a besoin. Mais c'est vrai que ça arrive que le malade appelle dans la nuit que pour parler. Alors que dans la journée, ils voient que ça court...Quand la nuit arrive, ils se sentent un peu seuls. Des fois, ça leur permet de parler, de dire des choses qu'ils ne diraient peut être pas à leur famille. Je pense qu'ils nous disent des choses qu'ils ne disent pas en famille » (IDE 3)
- « Ça nous arrive souvent de savoir plein de choses sur le malade, sur sa famille, sur ses soucis extérieurs que l'équipe de jour qui se demande « où t'as été péché tout ça ». Mais c'est parce qu'on est resté à côté du malade à discuter » (IDE 5)
- 69 Dans l'ensemble, les observations d'activités et les commentaires des infirmières démontrent qu'elles élaborent des stratégies de travail spécifiques à la nuit, parce que leurs objectifs et priorités dans les buts d'action sont marqués par les caractéristiques de la vie à l'hôpital la nuit (deux caractéristiques ont été approfondies dans cette étude). Dès lors, notre objectif est de repérer en quoi ces soignantes tirent parti de leur expérience professionnelle dans cette construction / élaboration de stratégies.

6. Le rôle de l'expérience dans l'élaboration des « stratégies de travail nocturnes »

- 70 Dans le contexte du service de pneumologie, nous n'avons pas constaté de différences importantes dans l'élaboration des stratégies nocturnes entre les infirmières de différents âges et / ou de différentes durées d'expérience professionnelle. En revanche, les données verbales issues des entretiens laissent supposer que diverses composantes de l'expérience professionnelle vont jouer un rôle dans l'élaboration de ces stratégies de travail.

6.1. L'expérience du travail d'infirmière de nuit

- 71 Il apparaît que l'expérience du travail d'infirmière de nuit joue un rôle dans l'élaboration des stratégies nocturnes et que cette dernière se forge de façon assez précoce, dans la mesure où, la nuit, les infirmières sont plus vite confrontées à des situations

problématiques (du fait de l'absence des médecins, de « l'état » des patients...), et n'ont bien souvent pas d'autre choix que de gérer seules l'événement ; ce qui les amène à se construire des compétences spécifiques.

- 72 Il semblerait, notamment, que les stratégies relatives à la prise en charge des angoisses, au respect du sommeil des patients et aux difficultés dans la réalisation de certains gestes, s'acquièrent très rapidement, avec l'expérience du travail de nuit. Les propos recueillis lors des entretiens en témoignent :

« Enfin, la nuit, t'es obligée de parler parce que le patient est plus demandeur [...] Des fois, ils te demandent « est-ce que je vais mourir ? » [...] La journée, tu peux dire : « je vais vous chercher un médecin, la psychologue qui va répondre à vos questions ». La nuit, qu'est-ce que tu réponds ? Il faut discuter, tu peux pas lui dire : « vous allez mourir ». Je pense que ça c'est l'expérience. Je pense que, de nuit du coup, on est plus vite confronté. Donc, finalement on doit y arriver plus facilement, que de jour quelqu'un peut se reposer pendant vingt ans sur son entourage. Alors que, de nuit, si t'es que deux tu ne peux pas te reposer longtemps parce que le malade a besoin de sa réponse. Si il n'a pas sa réponse il sera angoissé... » (IDE 2)

« Au départ quand t'es jeune infirmière, tu appelles pour un oui, pour un non parce que tu continues de travailler comme si tu étais toujours de jour où tu pouvais appeler n'importe quand. Tandis que la nuit, tu as vite compris que tu ne peux pas déranger comme ça n'importe quand, donc, 9 fois sur 10, tu gères la situation toute seule » (IDE 5)

- 73 Mais il nous semble aussi qu'il y a un important travail d'élaboration collective de cette expérience de nuit, pendant les périodes de travail. Les spécificités des périodes de nuit ne sont, nous a-t-on dit, guère enseignées en écoles d'infirmières, mais le rythme particulier du travail pendant ces périodes (dans l'unité étudiée en tout cas) est propice à de fréquents échanges entre les membres de l'équipe soignante, durant lesquels se construisent des compétences spécifiques.
- 74 Au cours des observations, nous avons, en effet, pu constater que les infirmières de nuit se réfèrent souvent aux membres de leur équipe et, notamment, en cas de situations problématiques (*qu'elles soient relatives au respect des exigences déontologiques, au manque de savoir-faire et connaissances spécifiques*). S'en suivent des échanges, brefs ou prolongés, ayant comme visée - le cas échéant - de résoudre le problème rencontré par l'infirmière et qui permettent l'élaboration collective de compétences.
- 75 On peut expliciter ces différents types d'échanges à partir de quelques exemples de relevés effectués lors des observations systématiques (certains de ces échanges pouvant durer jusqu'à une vingtaine de minutes) :

L'IDE 4 va chercher l'autre IDE du service pour lui demander de lui expliquer le fonctionnement d'un appareil qu'elle ne connaît pas :

IDE 4 : « Est-ce qu'il y a une limite pour les bolus ? »

IDE : « Oui, la machine le contrôle ».

IDE 4 : « Le surdosage est possible ? »

IDE : « Non ».

IDE 4 : « Il faudrait que tu me montres parce que je ne connais pas ».

L'autre IDE lui explique le fonctionnement de la machine.

L'IDE 5 va chercher l'autre IDE du service car elle a des problèmes avec sa perfusion :

IDE 5 : « Ma perf n'est pas finie, je ne comprends pas ».

IDE : « Tu es sûre que tu l'as mise à 00h30 ? ».

IDE 5 : « Oui ».

IDE : « Parce que normalement c'est fini au bout de 3 heures...mais, tu t'es trompée : tu l'as mise à 350, à la place de 330... ».

L'autre IDE lui explique alors le fonctionnement de l'appareil à perfusion, et elles discutent ensemble de la façon de purger les perfusions, des difficultés rencontrées avec les perfusions.

- 76 Ainsi, ces échanges, qui répondent à des enjeux de natures diverses, participent à la construction et à l'élaboration de compétences spécifiques durant la période de travail nocturne.

6.2. L'expérience antérieure du travail d'infirmière de jour

- 77 L'expérience antérieure du travail d'infirmière de jour favoriserait l'élaboration, par les infirmières de nuit, de certaines stratégies de travail spécifiques à la nuit.

- 78 Concernant la stratégie relative à la prise en charge de l'anxiété des patients hospitalisés la nuit, une infirmière nous a rapporté ces propos :

« ...Je pense que ça s'apprend avec l'expérience de jour. J'ai la chance d'avoir derrière moi 15 ans d'expérience et je pense que ça m'aide d'avoir fait un parcours [...] Je pense que c'est prendre de la maturité aussi, surtout en pneumologie : le malade va mal, il faut pouvoir accompagner la famille et je pense qu'on ne peut pas le faire au bout de six mois de DE... accompagner la famille, aider le patient à mourir. Quand on est tout seul la nuit, on est tout seul, il n'y a personne pour nous accompagner à faire ça. Alors que la journée, il y aura toujours un médecin qui pourra prendre le relais, il y aura toujours les aides-soignantes. Il y a plusieurs personnes la journée, c'est différent » (IDE 2)

- 79 Nous avons également relevé des propos témoignant du rôle de l'expérience de jour dans la prise d'initiatives / de responsabilités des infirmières de nuit - du fait de l'absence des médecins la nuit - eu égard au respect des exigences déontologiques :

« Disons que, quand on voit l'état du malade, c'est à nous de juger si on doit appeler l'interne ou pas. C'est vrai qu'il y a la solution de facilité qui consiste à dire : « je sais pas très bien, j'appelle »... Moi, je procède comme ça : avant de l'appeler, j'essaie de voir si, par moi-même, je peux gérer...Il faut juger de l'état du patient, savoir à quel moment vraiment - sans attendre trop - il faut l'appeler...

Et ça, le fait d'évaluer, d'attendre un peu, ça vous est venu tout de suite quand vous avez commencé le travail de nuit ? Comment ça s'acquiert ?

Moi, je pense que l'expérience de jour est nécessaire et indispensable... Je pense que j'ai appris beaucoup de jour. Ça donne déjà de l'assurance par rapport à la technicité des soins... » (IDE 3)

6.3. L'expérience professionnelle propre au service de soins

- 80 Lors des entretiens, nous avons constaté que certaines des stratégies de travail nocturnes, que nous avons pu identifier au cours des observations, semblaient être élaborées essentiellement dans ce service. Ainsi, l'expérience professionnelle propre au service de soins aurait une influence dans l'élaboration de ces stratégies propres aux caractéristiques de la vie de l'hôpital, la nuit.

- 81 Nous avons ainsi relevé des propos témoignant du rôle de cette dimension de l'expérience, notamment dans les stratégies mises en œuvre dans la fonction de veille et de surveillance de certains patients la nuit. En effet, cette fonction de veille qui consiste à surveiller soigneusement certains patients ne sera pas forcément une priorité poursuivie dans un autre service de soins. Elle dépendra fortement du type de patients suivis dans le service, de leurs pathologies :

Il y a d'autres choses spécifiques à part ça ? Là, je vois vous laisser toutes les portes ouvertes, c'est fait consciemment ?

« En pneumo oui, mais ça dépend des services. En maternité, les femmes aiment bien être fermées avec leur bébé, elles veulent pas qu'on les dérange. Ici, les malades sont assez angoissés, anxieux les malades de pneumo. Donc, c'est un petit peu une sécurité d'avoir la porte ouverte... même pour nous, pour les malades qui ne vont pas bien, le fait d'avoir la porte ouverte on n'est pas obligé d'ouvrir la porte, de regarder. Là, c'est ouvert : on jette un œil, on voit que le malade est bien, il est dans son lit. » (IDE 3)

- 82 L'expérience professionnelle du service de soins a également une influence concernant la hiérarchisation des priorités par les infirmières de nuit (eu égard au respect des exigences déontologiques) dans les actions à mettre en œuvre lorsqu'elles sont confrontées à des situations qui auraient nécessité la présence d'un médecin. Une infirmière de nuit ayant une ancienneté importante dans cette unité prendra plus d'initiatives avant de décider d'appeler un interne, un médecin d'astreinte, que l'infirmière affectée occasionnellement dans ce service.
- 83 L'expérience professionnelle propre au service de soins favorise donc la constitution d'un bagage technique, et d'une connaissance générale du « type de patients » et des soins qu'ils requièrent.

7. Discussion

- 84 Cette étude nous a permis de montrer que le travail des personnels soignants de nuit, encore appelés parfois « veilleurs », ne se résume pas essentiellement à la surveillance des patients endormis.
- 85 Les infirmières de nuit du service de pneumologie étudié mettent, en effet, en œuvre diverses stratégies de travail qui sont spécifiques à la nuit, non seulement parce que les tâches prescrites peuvent être différentes de celles de la journée, mais parce que les objectifs poursuivis, les priorités dans les buts d'action sont fortement marqués par les caractéristiques de la vie de l'hôpital à cette période.
- 86 Cette question relative à la « spécificité des buts d'action en fonction de la période dans le nyctémère » peut être reliée à la notion de « tâche pour l'opérateur » développée par De Montmollin (1997) :
- « Les tâches pour l'opérateur sont celles qu'il se prescrit à lui-même. Elles peuvent ne pas être identiques aux tâches prescrites (constituées par les objectifs, les procédures, les moyens mis à disposition, les caractéristiques de l'environnement physique, et aussi, quoique parfois non inclus dans la description des tâches, les conditions sociales du travail), en particulier en ce qui concerne les objectifs et les procédures.
Elles peuvent également être différentes des tâches effectives (qui sont effectivement réalisées par l'opérateur, par son activité même) » (p.265, 1997).
- 87 Les « tâches pour l'opérateur » sont donc celles qu'il se redéfinit en fonction des tâches prescrites et de ses caractéristiques.
- 88 Dans cette étude, l'expérience de travail et l'état physiologique du personnel soignant de nuit (notamment la baisse de vigilance nocturne) sont des caractéristiques propres aux soignants qui vont les amener à modifier les priorités fixées et à trouver des façons de faire différentes.

- 89 Les spécificités du travail de nuit à l'hôpital, quant à elles, sont des caractéristiques externes qui font que les tâches (même prescrites) sont différentes de nuit. Les conditions de travail des soignants de nuit sont, en effet, particulières du fait notamment de différences en termes de moyens humains et techniques (faiblesse des effectifs, absence des médecins / de la hiérarchie, contraintes matérielles...), et de l'état de patients à cette période.
- 90 Ainsi, si une même sous-tâche s'effectue de jour et de nuit, les moyens et les objectifs vont différer. La nuit, les objectifs seront hiérarchisés par l'opérateur selon un arbitrage différent de celui de la journée.
- 91 Bourdouxhe, Toulouse et Quéinnec stipulent, dans un article intitulé
« Les défis et mirages de la recherche intervention sur les temps de travail », que
« l'horaire n'a donc de sens qu'en fonction du travail effectué » (1999, p. 10).
- 92 Cette recherche nous amène à tenir le propos symétrique, et supposer que
« la tâche « réelle » de l'opérateur (tâche qu'il se prescrit à lui-même) a un sens en fonction de l'horaire ».
- 93 L'objectif de cette étude était également, outre le fait de mettre en évidence ces stratégies de travail spécifiques à la nuit, de montrer le rôle de l'expérience professionnelle dans l'élaboration de celles-ci.
- 94 La méthode utilisée consistait à demander à chaque infirmière, après lui avoir présenté une part de nos observations, d'explicitier le rôle de son expérience professionnelle dans la construction des stratégies identifiées au cours de son activité. Pour cela, nous utilisions des relances telles que : « Comment s'acquiert cette stratégie ? », « Avez-vous toujours procédé ainsi ? », « Comment ça vous est venu ? »... Or, ces relances n'ont pas permis d'énoncer pleinement l'apport de l'expérience professionnelle dans cette élaboration de stratégies nocturnes ; ces données mériteraient d'être approfondies, enrichies.
- 95 L'enjeu serait, dès lors, de comprendre comment, sur la base de quels événements, quels échanges, etc., se forge la maîtrise de ces composantes spécifiques de la tâche ; comment cette articulation « horaires / activité » se construit (avec l'expérience) au cours de la vie de travail, et comment ce processus est « lisible » dans l'activité d'aujourd'hui.
- 96 La difficulté majeure est d'aller au-delà de la simple mise en évidence de ces stratégies nocturnes, pour tendre vers la compréhension de leur construction, de leur élaboration ; il nous faudrait, pour cela, réfléchir à une nouvelle méthodologie d'analyse.

8. Conclusions générales

- 97 D'un point de vue social et pragmatique, cette étude a permis de nourrir une réflexion déjà amorcée au sein du Centre Hospitalier Intercommunal au sein duquel s'est déroulée la recherche, et qui concernait les caractéristiques et difficultés du travail en équipes de nuit (en équipes fixes). Cette étude a donc favorisé la mise en évidence des compétences spécifiques de ces soignants de nuit, et rendu possible la reconnaissance de leur existence ainsi que la concrétisation de leur travail.
- 98 Plus généralement, cette recherche présente un enjeu dans le secteur hospitalier dans la mesure où, dans un contexte démographique de vieillissement de la population active

hospitalière et d'allongement des carrières professionnelles, le travail de nuit peut difficilement être réduit.

- 99 Ainsi, cette étude sur « les stratégies de travail spécifiques des soignants de nuit » pourrait fournir un appui à une réflexion plus générale sur les parcours professionnels des infirmières, avec l'alternance possible de périodes marquées par divers types d'horaires.
- 100 Nous rejoignons ici les analyses de Gonon (2001). Sa recherche sur le vieillissement au travail, réalisée dans le secteur hospitalier, montre la mise en œuvre simultanée, chez le personnel soignant, de trois types de régulation en lien avec l'âge, la santé des salariés et les caractéristiques du travail : des régulations organisationnelles, des régulations individuelles et des régulations collectives. L'alternance possible de périodes marquées par divers types d'horaires (ce que l'on considère comme des régulations organisationnelles) nécessiterait donc, par ailleurs, de mener un ensemble de réflexions sur la possibilité laissée aux infirmières d'élaborer et d'utiliser leurs propres stratégies (régulations individuelles et collectives) dans le nouvel horaire.

BIBLIOGRAPHIE

- Akerstedt, T., Gilbert, N. (1981). *Sleep disturbances in shift-work*. Oxford, Pergamon Press.
- Andorre, V., Quéinnec, Y. (1996). La prise de poste en salle de contrôle de processus continu : approche chronopsychologique. *Le Travail Humain*, 59, 4, 335-354.
- Barthe, B. (1998). *Régulations collectives dans une équipe de travail hospitalière en poste de nuit fixe*. Actes du 33^{ème} congrès de la SELF, Paris, septembre, pp. 67-77.
- Barthe, B. (1999). *Gestion collective de l'activité de travail et variation de la vigilance nocturne : le cas d'équipes hospitalières en postes de nuit longs*. Thèse de Doctorat nouveau régime en Ergonomie, Université Toulouse II.
- Blanchet, D. (2002). Le vieillissement de la population active : ampleur et incidence. *Economie et Statistiques*, 355-356.
- Bourdouxhe, M., Toulouse, G., Quéinnec, Y. (1999). Les défis et mirages de la recherche intervention sur les temps de travail. *PISTES*, 1, 1. <https://pistes.revues.org/3841>
- Bué, J., Rougerie, C. (1999). *L'organisation des horaires : un état des lieux en mars 1998. Premières Synthèses*, Dares, 30-1.
- Cau-Bareille, D. (1998). *Vieillir au travail : l'évolution d'un compromis entre construction d'expérience et processus de déclin*. Actes du 32^{ème} congrès de la SELF, Paris, septembre, pp. 529-538.
- Christol, J., Dorel, M., Quéinnec, Y., Terssac de, G. (1979). Horaires de travail et régulation des conduites. *Le Travail Humain*, 42, 2, 211-229.
- Druet, L. (2003). *Activité de nuit IDE, AS, ASH : la communication et l'identité professionnelle*. Service de psychologie du travail d'un Centre Hospitalier Intercommunal de la région parisienne.

- Estry-Behar M., Vanduc, M-P. (1983). *Apport de l'analyse ergonomique détaillée de deux nuits de travail d'infirmière en pneumologie à l'amélioration de la qualité des soins*. Soins, 56-60.
- Faverge, J-M. (1972). L'analyse du travail. Dans *Traité de psychologie appliquée*, ed M. Reuchlin, 3, 5-60, PUF, Paris.
- Foret, J., Benoit, O. (1974). Structure du sommeil chez les travailleurs à horaires alternants. *Electro-encéphalogramme neurophysiologie clinique*, 37, 337-344.
- Gadbois, C. (1981). *Aides-soignantes et infirmières de nuit, Conditions de travail et vie quotidienne*. ANACT, Paris.
- Gadbois, C. (1990). L'exacte mesure des situations de travail posté : au-delà des similitudes formelles, des réalités différentes. *Le Travail Humain*, 53, 4, 329-345.
- Gadbois, C. (à paraître). *Different job demands of nightshifts in hospitals*.
- Gaudart, C., Weill-Fassina A. (1999). L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle : une approche ergonomique. *Formation et emploi*, 67, 47-62.
- Gonon, O. (2001). *Les régulations organisationnelles, collectives et individuelles en lien avec l'âge, la santé de salariés et les caractéristiques du travail : le cas d'un Centre Hospitalier Universitaire*. Thèse de Doctorat nouveau régime en Ergonomie, Université Toulouse II.
- Guélaud, F., Roustang, G. (1986). *Les conséquences des horaires atypiques de travail sur la vie quotidienne des salariés*. Etude pour le commissariat Général du Plan, LEST, CNRS, Aix en Provence.
- Haider, M., Kundi, M., Koller, M. (1981). Methodological issues and problems in shift work research. In *Biological rhythms, sleep and shiftwork*, eds L-C. Johnson, D. Tepas, W-P. Colquhoun, M-J. Colligan, 145-163. Spectrum, New York.
- Laville, A. (1989). Vieillesse et travail. *Le Travail Humain*, 52, 1, 3-20.
- Lille, F. (1967). Le sommeil de jour d'un groupe de travailleurs de nuit. *Le Travail Humain*, 30, 85-97.
- Marquié, J-C. (1993). *Vieillesse cognitive, expérience, contraintes de l'environnement*. Thèse de Doctorat d'Etat en Sciences du comportement, soutenue à l'université Paul Sabatier, Toulouse.
- Montmollin de, M. (1997). *Vocabulaire de l'Ergonomie*. Toulouse, Octarès Editions, 265p.
- Ombredane, A., Faverge, J.-M. (1955). *L'analyse du travail*. Paris, PUF.
- Piaget, J. (1977). Introduction : l'épistémologie des régulations. In *L'idée de régulation dans les sciences*, eds A. Lichnerowicz, F. Perroux, G. Gadoffre, pp. 1-13. Editions Maloine-Doin, Paris.
- Pueyo, V. (1998). *Construction et évolution des compétences : l'exemple des autocontrôleurs dans la sidérurgie*. Actes du 32^{ème} congrès de la SELF. Paris, septembre, pp. 583-590.
- Quéinnec, Y., Maury, P., Miquel, M.-T. (1992). Apports de la chronobiologie et de la chronoergonomie à l'aménagement du travail en horaires atypiques. *Cahiers d'Ergonomie*, 6, 7-24.
- Reinberg, A. (1989). *Les rythmes biologiques*. Paris, PUF.
- Teiger, C., Laville, A., Lortie, M. (1981). Travailleurs de nuit permanents, rythmes circadiens et mortalité. *Le Travail Humain*, 44, 1, 71-92.
- Terressac de, G., Quéinnec Y. (1987). The evolution of process control: consequences for the activities of human operators. In *New Techniques and Ergonomics*, ed Wisner, 251-261. Hermes, Paris.

Tirilly, G. (2002). *Ajustement du rythme veille / sommeil et de la vigilance aux horaires fractionnés en mer : influence des facteurs circadiens et sociaux*. Thèse de Doctorat nouveau régime en Ergonomie, Université Toulouse II.

Toupin C. (2003). *L'expérience des « veilleuses » : l'élaboration des stratégies de travail des infirmières de nuit dans un service de pneumologie*. Mémoire de DEA d'Ergonomie, Universités Paris V et VIII, CNAM, Paris.

RÉSUMÉS

L'objectif de cette recherche est de rendre compte de l'élaboration, par des infirmières en poste de nuit, de « stratégies de travail » spécifiques à cette période du nyctémère, et de démontrer le rôle de l'expérience professionnelle dans cette construction. Cette réflexion s'inscrit dans le prolongement de recherches en ergonomie qui ont relié les pôles « âge et expérience », « horaires atypiques » et « activité de travail ». Les recherches reliant ces pôles deux à deux sont abondantes, mais les tentatives d'articuler ces trois dimensions sont rares à notre connaissance et elles n'indiquent guère en quoi l'expérience professionnelle favorise ou non la mise en œuvre de régulations dans la réalisation de l'activité elle-même.

L'étude - réalisée au sein d'un service de pneumologie d'un centre hospitalier français - montre que les infirmières en poste de nuit élaborent différentes « stratégies de travail », en redéfinissant leurs propres objectifs et priorités dans les buts d'action, compte tenu des spécificités de la vie à l'hôpital à cette période (notamment « l'état » particulier des malades pendant la nuit, et l'environnement « désert » des services de soins).

Diverses composantes de l'expérience professionnelle favorisent cette élaboration. Ainsi, l'expérience (antérieure) du travail d'infirmière de jour, celle propre au service de soins et celle du travail d'infirmière de nuit jouent un rôle dans ce réaménagement, par l'infirmière de nuit, des buts et priorités de l'activité en période nocturne.

The objective of this study is to evaluate the development, by night shift nurses, of « work strategies » specific to this nycthemer, and to demonstrate the role of professional experience in this construction. This reflection is consistent with the extension of ergonomic research that linked « age and experience », « atypical schedules » and « work activity » poles. The research linking these poles in pairs is abundant, but attempts to articulate these three dimensions are rare to our knowledge and hardly indicate how professional experience promotes or not the implementation of regulation in the performance of the activity itself.

The study - carried out in a pneumology department in a French hospital - shows that night shift nurses develop different « work strategies » by redefining their own objectives and priorities in the goals, considering the particular features of hospital life during this period (mainly the specific « condition » of patients during the night, and the « desert » environment of care services).

Various components of occupational experience promote this development. Thus, experience (previous) with day nurse work, with the care unit's work, and with night nurse work play a role in this reorganization by the night nurse of the activity's goals and priorities in the nocturnal period.

El objetivo de esta investigación es informar de la elaboración, para enfermeras que trabajan de noche, de « estrategias de trabajo » específicas a este periodo del nictémero, y de demostrar el papel de la experiencia profesional en esta construcción. Esta reflexión se inscribe en la prolongación de investigaciones en ergonomía que han vinculado los datos « edad y experiencia », « horarios atípicos » y « actividades de trabajo ». Las investigaciones vinculando

estos polos en pares son numerosas, pero según nuestro saber, las tentativas de articular las tres dimensiones son escasas y apenas indican en qué la experiencia profesional favoriza o no la aplicación de regulaciones en la realización de la actividad como tal.

El estudio, realizado en un servicio de neumología de un centro hospitalario francés, demuestra que las enfermeras de noche elaboran diferentes « estrategias de trabajo », al redefinir sus objetivos propios y prioridades en las fines de acción, tomando en cuenta las especificidades de la vida en el hospital en este período (especialmente el « estado » particular de las personas enfermas durante la noche, y el ambiente « desierto » de los servicios de atención médica).

Diversos componentes de la experiencia profesional favorecen esta elaboración. Así, la experiencia (anterior) del trabajo de enfermera de día, con la propia a la atención médica y la del trabajo de enfermera de noche desempeñan un papel en esta reorganización, por la enfermera de noche, de las finalidades y de las prioridades durante la noche.

INDEX

Keywords : night work, work strategies, experience, nurses, hospital

Mots-clés : travail de nuit, stratégies de travail, expérience, infirmières, hôpital

Palabras claves : trabajo de noche, estrategia de trabajo, experiencia, enfermeras, hospital

AUTEUR

CATHY TOUPIN

cathytoupin@yahoo.fr, CEE (Centre d'Études de l'Emploi), CREAPT (Centre de Recherches et d'Études sur l'Age et les Populations au Travail), Le Descartes I, 29 promenade Michel Simon, 93166 Noisy-Le-Grand, France