



HAL
open science

Les interruptions la nuit : mise en lumière du travail réel des soignants

Marlène Cheyrouze, Béatrice Barthe, Jérôme Sartori, Anne-Philippine
Dargent

► To cite this version:

Marlène Cheyrouze, Béatrice Barthe, Jérôme Sartori, Anne-Philippine Dargent. Les interruptions la nuit : mise en lumière du travail réel des soignants. Soins Cadres, 2020, 29 (119), pp.55-58. 10.1016/j.scad.2020.06.012 . hal-02939426

HAL Id: hal-02939426

<https://hal.science/hal-02939426v1>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dochead dossier

Sous-dochead L'écologie managériale

Surtitre étude

Les interruptions la nuit : mise en lumière du travail réel des soignants

Marlène Cheyrouze^a

Doctorante en ergonomie

Béatrice Barthe^{a,*}

Maître de conférences HDR en ergonomie

Jérôme Sartori^b

Directeur des ressources humaines

Anne-Philippine Dargent^c

Étudiante en master d'ergonomie

^a Université Toulouse Jean-Jaurès, Laboratoire CLLE-LTC, UMR 5263 CNRS, Maison de la recherche, 5 allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse Cedex 9, France

^b Clinique Pasteur, 45 avenue de Lombez, BP 27617, 31076 Toulouse Cedex 3, France

^c Université Toulouse Jean-Jaurès, 5 allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse Cedex 9, France

* *Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : beatrice.barthe@univ-tlse2.fr (B. Barthe).

Résumé

Le travail hospitalier de nuit est soumis aux interruptions, liées notamment aux sollicitations des patients. L'analyse du travail réel montre que celles-ci sont deux fois plus nombreuses en début de nuit, et que l'infirmière les traite différemment selon le moment du poste et la disponibilité de l'aide-soignante. Le binôme infirmier-aide-soignant permet de répondre plus rapidement aux sollicitations, de réduire les interruptions et de réajuster l'organisation du travail en début de nuit. L'écologie managériale envisage l'équilibre entre bien-être au travail, objectifs et qualité.

© 2020

Mots clés – ergonomie ; interruptions ; organisation ; qualité des soins ; travail de nuit

Summary *à venir*

© 2020

Keywords *à venir*

L'impératif de continuité des soins dans la plupart des services d'hospitalisation implique la pratique du travail de nuit pour les équipes soignantes. La littérature scientifique a largement identifié et documenté les exigences spécifiques de la réalité du travail de nuit des soignants [1-3]. Citons les exigences cognitives, inhérentes au traitement de l'information qui est nécessaire pour la surveillance et la prise en charge des patients : ces exigences sont renforcées la nuit par les variations circadiennes des fonctions physiologiques et plus

particulièrement la baisse nocturne de la vigilance. Les exigences physiques, liées aux déplacements et aux efforts de manutention, sont également augmentées lors des postes de nuit du fait d'effectifs moindres.

Enfin, citons les exigences relationnelles, liées à l'état des patients plus vulnérables la nuit du fait de l'absence des médecins, du départ de l'entourage et du silence qui s'installe dans le service [3]. Le niveau d'angoisse d'un patient peut déterminer le déroulement de la nuit : pour lui, pour les soignants et pour les autres patients, susceptibles d'être réveillés et de manifester à leur tour leurs angoisses et/ou douleurs [4]. Selon les usagers, la prise en charge « *sociale, psychologique et relationnelle* » est un déterminant de la qualité des soins [5]. Ainsi, la nuit suppose une relation particulière entre le malade et le soignant [6]. En effectif réduit mais aussi sans les médecins et l'encadrement, les soignants de nuit se retrouvent seuls pour à la fois répondre aux besoins physiologiques et psychologiques des patients et pour gérer les situations difficiles (évolution de l'état de santé d'un malade, agressions, etc.) et les incidents (pannes, manque de matériel, etc.) pouvant survenir au cours de la nuit [7,8]. Ce contexte de travail est donc soumis aux interruptions de tâches induites par des sollicitations des collègues, des autres services, des patients et des familles [9,10]. Les sollicitations inattendues entraînent de nouvelles tâches, qui interfèrent et perturbent l'activité mentale sous-jacente au travail de l'infirmière. Soit la nouvelle tâche à traiter – suite à la sollicitation – peut être exécutée en même temps que celle en cours, soit elle devient prioritaire et entraîne un report de cette dernière, ou sa délégation à une autre personne. Après avoir traité une sollicitation, l'infirmière revient sur sa tâche qui était en cours, ce qui nécessite de faire le point sur ce qu'elle était en train de faire et sur ce qu'il lui restait à effectuer. Ce travail de rappel est mentalement coûteux [10]. Soulignons également que les interruptions de tâches entraînent des déplacements supplémentaires [9], ce qui renforce les exigences physiques du travail de nuit. L'écologie managériale peut ici être interrogée, en tant qu'équilibre entre bien-être au travail, objectifs et qualité.

T1 Anticiper et organiser

Pour répondre à ces sollicitations et compte tenu des exigences particulières du travail de nuit, les soignants ne se contentent pas de réagir aux variations de la charge de travail : ils l'anticipent. Cette charge de travail est généralement abordée dans ses composantes physique, mentale ou psychique [11]. Son analyse permet de l'envisager sur trois dimensions : la charge prescrite (les exigences de travail), la charge réelle (le travail réel du soignant) et la charge subjective (le sentiment de charge du soignant) [12]. Ces trois dimensions s'équilibrent selon la possibilité pour les soignants d'agir et de faire des compromis (individuels et collectifs) entre leurs propres caractéristiques, les exigences de travail et la variabilité de la situation de travail [13]. Les ergonomes parlent d'"activité" et de "travail réel" pour désigner l'ensemble des objectifs effectivement poursuivis par les travailleurs et les modes opératoires qu'ils déploient dans le quotidien du travail pour les atteindre [14]. Les connaissances en ergonomie montrent que dans leur travail réel, les soignants anticipent, organisent et réorganisent "leur" nuit de travail, seul et/ou en équipe, pour atteindre leurs objectifs [15]. Cette étude sur les interruptions dans un service de chirurgie cardiaque a été menée dans le cadre d'une recherche-action en ergonomie sur le travail en douze heures des soignants.

T1 Méthodologie

L'équipe de nuit est composée d'une infirmière et ponctuellement d'une aide-soignante qui partage son poste de nuit avec l'infirmière d'un autre service à l'étage supérieur. Le recueil de données a porté sur huit nuits et concerne :

- l'observation du contexte de travail : relevé systématique du profil de chaque patient, des soins techniques, des blocs du lendemain et des événements problématiques ;
- l'observation des sollicitations (qui sollicite ? Comment et pourquoi ?) et de leurs traitements (quel soignant les traite ? À quel moment ?) ;
- des entretiens postactivité menés en milieu et fin de poste, lors desquels les soignants ont décrit le déroulement de leur nuit de travail.

T1 Résultats et discussion

T2 L'activité de travail des soignantes de nuit

Quels que soient le profil des patients, les événements problématiques, le nombre de sollicitations ou le service par lequel commence l'aide-soignante, l'infirmière et l'aide-soignante parviennent à terminer le tour de soins avant minuit. Terminer au plus tôt le tour est un objectif essentiel pour préserver le rythme de sommeil des patients, maintenir la dimension humaine du soin et se rendre disponible pour gérer les aléas quotidiens qui surviennent au cours du poste. Le travail hospitalier s'inscrit dans un environnement dynamique : il est en permanence soumis à l'imprévisibilité. Chaque prise de poste est différente car chaque journée est différente et chaque patient est différent. Face à la variabilité de la situation de travail (profil des patients, urgences, sollicitations), l'équipe soignante s'adapte et priorise. Le temps de transmissions permet déjà au soignant de schématiser l'ordonnancement de son travail de prise de poste. Par la suite, l'infirmière commence son tour par les patients les plus vulnérables physiquement et psychologiquement : ceux qui se font opérer le lendemain et ceux dont l'état est instable et susceptible de se dégrader. Elle dialogue avec tous les malades du service pour garantir une relation de qualité, les apaiser et établir un diagnostic sur leur état de santé global. Enfin, elle désamorce les réactions potentiellement négatives des patients qu'elle voit en dernier dans son tour, en restant plus longtemps dans la chambre, en plaisantant, et en donnant les raisons de son arrivée tardive. Durant cette première partie de nuit où l'activité est soutenue, l'aide-soignante accompagne l'infirmière et répond aux différentes sollicitations des patients.

T2 Les sollicitations en début de nuit

Les sollicitations font partie du travail des soignants. Combinées aux aléas quotidiens (urgence, dossier de chirurgie incomplet, manque d'un médicament, etc.) et à des patients lourds (non autonomes, confus, angoissés, etc.), elles influent sur les délais de prise en charge. Dans cette situation, les patients sont à la fois impactants et impactés. Le début de nuit, caractérisé par le déclin de la lumière du jour, le départ des familles et la diminution des allées et venues dans le service, accentue leur angoisse. Parce qu'ils sont encore tous éveillés, ils manifestent à l'unisson leurs besoins. Ainsi, la moitié des sollicitations provient des patients qui déclenchent la sonnette depuis leur chambre. En moyenne, elles sont deux fois plus nombreuses en première partie de nuit. Les patients sollicitent surtout pour demander des soins et des traitements (34,4 %), de l'aide à la mobilisation/motricité (32,7 %) ou pour

signaler une dégradation de leur état physique (16,4 %). Le reste des sollicitations sont des interventions verbales directes (de l'aide-soignante, d'un médecin, du cadre ou d'un autre service), des alarmes du scope médical et des appels téléphoniques, issus généralement des services voisins.

T2 La gestion d'une interruption

En l'absence de l'aide-soignante, l'infirmière doit faire face à toutes les sollicitations sans délégation possible. De fait, la planification de son plan de soin et la gestion administrative des dossiers peuvent être perturbées. Quand l'aide-soignante est présente en début de nuit, l'infirmière lui délègue une grande partie des sollicitations des patients (*figure 1*) – surtout entre 22 h 30 et 23 heures (*figure 2*) – ce qui lui permet d'en traiter moins, immédiatement ou en différé, et donc d'être moins interrompue dans son travail. En début de nuit, une grande partie des sollicitations émises par les patients nécessitent des soins ou des actes qui relèvent du rôle propre de l'infirmière. Sous sa responsabilité, elles peuvent être déléguées à l'aide-soignante.

L'infirmière traite immédiatement une sollicitation parce qu'elle tient compte de la fragilité des patients en postchirurgie et qu'elle ignore ce qui se passe dans la chambre : elle interromp donc sa tâche en cours pour évaluer le degré de priorité de la nouvelle tâche. Elle traite une sollicitation en différé parce que sa tâche en cours exige de la concentration et que si elle la suspend immédiatement, elle devra refaire le point mentalement au moment de la reprendre, ce qui est coûteux et l'expose à un risque d'erreur ou d'oubli. D'ailleurs, le traitement différé est plutôt relevé en début de nuit (*figure 1*) lorsqu'elle est dans l'infirmierie pour prendre les transmissions ou préparer les soins, qui sont des tâches mentalement exigeantes. En différant le traitement de la nouvelle tâche, l'infirmière tente de maîtriser l'interruption pour réduire le coût mental du travail de rappel qui va suivre. Cela lui permet aussi de concentrer plusieurs tâches – répondre à la sollicitation du patient et le cadrer pour la nuit – en un seul passage. Ainsi, elle réduit ses allées et venues, ce qui allège ses efforts physiques et peut faciliter l'endormissement du patient.

T2 Un rôle déterminant

Le travail prescrit et attendu d'une aide-soignante est de collaborer avec l'infirmière. Ainsi, l'aide-soignante contribue à réduire la charge de travail de l'infirmière : mentale parce qu'elle aura moins de sollicitations à traiter, et physique parce qu'elle aura moins à se déplacer. Avec moins d'interférences dans les tâches qui précèdent le premier tour des soins, celui-ci peut être commencé au plus tôt par l'infirmière. L'aide-soignante répond aux besoins des patients dans la limite de son rôle, échange avec les patients et les informe que l'infirmière viendra ensuite pour la mise en œuvre et le suivi des prescriptions médicales. Les patients sont alors rassurés de voir un soignant auquel ils peuvent adresser leurs demandes. À la 7^e nuit, l'infirmière explique que « *même s'ils n'ont pas leur traitement, ils savent que quelqu'un est venu les voir, elle leur dit que l'infirmière ne va pas tarder donc déjà ils sont rassurés. Ils savent qu'on ne les a pas oubliés* ». Ainsi, la présence de l'aide-soignante permet de répondre plus rapidement aux exigences relationnelles de la qualité des soins (*figure 2*). Le passage de l'aide-soignante dans les chambres avant celui de l'infirmière permet par ailleurs de fournir à cette dernière de nouvelles informations. Celles-ci viennent compléter celles des

transmissions, et lui permettent d'avoir une vision plus précise des tâches prioritaires et de la nuit qui s'annonce. À la 5^e nuit, l'infirmière explique : « *Parce qu'elle les a déjà tous vus avant moi, elle a pu me dire s'il y avait des trucs importants qu'il fallait gérer tout de suite.* » Enfin, l'aide-soignante est une ressource lorsque l'infirmière doit gérer – en plus de ses tâches – des événements problématiques en début de nuit qui retardent son passage dans les chambres.

Par ailleurs, plusieurs études en ergonomie soutiennent que le collectif est une ressource pour faire face aux contraintes du travail de nuit [16]. En organisant leur activité collectivement, les soignantes s'entraident pour diminuer mutuellement leur charge de travail et faire face aux événements problématiques [17,18].

T1 Conclusion

Dans la lignée de la littérature, cette étude confirme que les soignants de nuit s'adaptent aux exigences de leur poste en réorganisant individuellement et collectivement leur activité de travail [2-4]. Elle montre les apports du travail en binôme, qui permet d'une part de répondre rapidement aux sollicitations des patients et d'autre part d'assurer un réajustement dans l'organisation du travail en début de nuit. Pour réduire les sollicitations, améliorer la prise en charge des patients et préserver la santé du personnel, plusieurs axes de travail sont possibles. Le renforcement des équipes de nuit en est un. Si la création d'un poste supplémentaire n'est pas toujours possible, la réflexion peut porter sur l'adéquation entre les ressources humaines et les variations de la charge de travail des soignants. Identifier alors des facteurs de charge spécifiques au service concerné (patients confus, dépendants, etc.) est un préalable. Le travail de nuit a longtemps été sous-estimé et résumé à la surveillance de patients endormis [3]. Or, l'analyse ergonomique, qui donne accès au contenu réel de ce travail, constitue un support intéressant pour travailler de concert entre acteurs et entre équipes à la conception d'une nouvelle organisation de travail. Une réflexion sur la nature des tâches confiées aux équipes de nuit et sur leurs stratégies individuelles et collectives est requise pour diminuer les contraintes du poste et accompagner un éventuel changement organisationnel (rajout d'une spécialité médicale, d'un outil de travail, changement des horaires, etc.) Inclure l'équipe de jour et plus largement tous les corps de métiers du service (soignants, médecins, cadres, etc.) dans cette réflexion est un pari qui semble très prometteur. Il s'agit de dépasser l'expression de ce qui pose problème dans le service, de rendre visible le travail de chacun et ses spécificités, et de mesurer l'impact du travail des uns sur celui des autres. Les soignants peuvent ainsi agir sur l'organisation de leur service, ce qui les élève au rang d'acteurs dans le projet.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Barthe B. 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 en Ergonomie]. Toulouse: Université Toulouse 2; 1999.

- [2] Estryin-Béhar M. Ergonomie hospitalière. Théorie et pratique. Toulouse: Octarès Éditions; 2011.
- [3] Toupin C. Expérience et redéfinition de la tâche dans le travail des infirmières de nuit. Une recherche menée dans des unités de pneumologie [Thèse de doctorat en Ergonomie]. Paris: Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail, Centre d'études de l'emploi; 2008.
- [4] Toupin C, Barthe B, Prunier-Poulmaire S. Du temps contraint au temps construit : vers une organisation capacitante du travail en horaires alternants et de nuit. In: Falzon P. Ergonomie constructive. Paris: Presses universitaires de France; 2013. p. 75-88.
- [5] École nationale de la santé publique. La qualité des soins : une affaire de point de vue. Module interprofessionnel de santé publique. 2002.
- [6] Betout C, Cardi C, Morvant E, Panissier S. Le travail de nuit des infirmiers : effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins [Synthèse réalisée dans le cadre de la préparation au diplôme de chef de projet en ingénierie documentaire]. Paris: Institut national des techniques de la documentation, Institut de formation des cadres de santé; 2007.
- [7] Cheyrouze M, Barthe B. Travail de nuit en 12 heures : un "scénario de travail" élaboré par les infirmiers dans un service de réanimation. *Activités* 2018;15(1):XX.
- [8] Perraut Soliveres A. Infirmières, le savoir de la nuit. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
- [9] Gadbois C, Bourgeois P, Goeh-Akue-Gad MM, et al. Hospital design and the temporal and spatial organization of nursing activity. *Work & Stress* 1992;6(3):277-91.
- [10] Lhospital O, Gréard N, Verdun-Esquer C. Interruptions de tâches et conception du travail en milieu hospitalier. Actes du 53^e Congrès de la Société d'ergonomie de langue française. Bordeaux; 2018.
- [11] De Montmollin M. Vocabulaire de l'ergonomie. Toulouse: Octarès Éditions; 1997.
- [12] Poete B, Rousseau T. La charge de travail. De l'évaluation à la négociation. Rueil-Malmaison: Éditions Liaisons; 2003.
- [13] Cazabat S, Barthe B, Cascino N. Approche exploratoire du stress perçu et de la charge de travail dans le secteur hospitalier. *Pistes* 2008;10(1):1-10.
- [14] Leplat J. L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes. Toulouse: Octarès Éditions; 2000.
- [15] Barthe B. La déstabilisation des horaires de travail. In: Thébaud-Mony A, Davezies P, Vogel L, Volkoff S. Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner. Paris: La Découverte; 2015. p. 223-32.
- [16] Barthe B, Quéinnec Y, Verdier F. L'analyse de l'activité de travail en postes de nuit : bilan de 25 ans de recherches et perspectives. *Le travail humain* 2008;67(1):41-61.
- [17] Barthe B. Travailler la nuit au sein d'un collectif : quels bénéfices ? In: Benchekroun TH, Weill-Fassina A. Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie. Toulouse: Octarès Éditions; 2000. p. 235-55.
- [18] Le Bris V, Tirilly G, Toupin C. Le rôle de l'expérience et du collectif en situation de relève de poste. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* 2015;17(2):2-14.

© B. Barthe/Elsevier Masson SAS

Figure 1. Traitements des sollicitations des patients effectués par l'infirmière entre 20 heures et 1 heure selon le créneau horaire.

Figure2_Barthe.jpg

© B. Barthe/Elsevier Masson SAS

Figure 2. Traitements des sollicitations des patients effectués par l'infirmière entre 20 heures et 1 heure selon la présence ou l'absence de l'aide-soignante.



