

RYTHME ATYPIQUES ET SANTE DU PERSONNEL SOIGNANT

Robert Coulon, Sandrine Schoenenberger, laboratoire LEG de l'université de Bourgogne

Daniel Gilibert, laboratoire INTERPSY de l'Université de Lorraine

Ingrid Banovic, Laboratoire de Psychologie Clinique de l'Université Paris X

Nabil El Haddad, Chargé d'enseignement à l'université Paris I

Correspondance : Robert Coulon

2, boulevard Gabriel- BP 26611

21066- Dijon Cedex

Mail : Robert.Coulon@u-bourgogne.fr

Résumé :

Si elle a un caractère dérogatoire, l'organisation du travail en 12h, concerne une part croissante du personnel soignant. Du fait d'une forte demande émanant des personnels, de nombreuses directions d'établissements se trouvent confrontés à la montée en charge de ce type d'horaires. Il découle de ces changements de rythme de travail des enjeux de santé et de satisfaction au travail importants et mal appréciés.

Cette communication rapporte les principaux résultats d'une enquête portant sur l'incidence du travail en 12h sur la santé et la satisfaction au travail des soignants. Elle repose sur une enquête, réalisée pour répondre à la demande d'un centre hospitalier de taille moyenne (1600 salariés dont 700 soignants).

Les résultats obtenus sont essentiellement fondés sur l'exploitation de 334 questionnaires et 12 entretiens semi-directifs. Ils confirment notre hypothèse à savoir que le facteur qui impacte le plus la perception qu'ont les soignants de leur santé et de la qualité de leur travail n'est pas l'amplitude de la durée quotidienne du travail, mais la variabilité des horaires de travail. Le travail en 12h (jour et nuit) est préféré au travail alternant matin-soir-nuit, et au travail à horaires variables (alternant et acyclique)

Mots clés : management, hôpital, santé, rythme, travail

RYTHMES ATYPIQUES ET SANTE DU PERSONNEL SOIGNANT

Les directions d'établissements de santé doivent mettre en place une organisation des temps de travail permettant de mobiliser, dans tous les services, chaque catégorie de soignants pour assurer une continuité de soins de qualité au fil des 24 h, des sept jours de la semaine et ce en relation avec la variation de l'activité. Dans la définition des rythmes de travail des personnels, ces directions doivent diminuer autant que possible la pénibilité du travail des soignants [Laborie, Moisdon & Tonneau, 2008].

Cette communication rapporte les premiers résultats d'une enquête portant sur l'incidence des rythmes de travail - et plus particulièrement du travail en 12h, qui a un caractère dérogatoire - sur la santé des soignants. Cette enquête a été réalisée par une équipe composée de chercheurs issus de la psychologie, des sciences de gestion et de l'économie, pour répondre à la demande d'un centre hospitalier de taille moyenne (1600 salariés dont 700 soignants). L'enquête a été menée sur la base de questionnaires et d'entretiens semi-directifs.

Dans une première partie, nous exposons d'abord notre problématique. Après une revue des principales recherches disponibles sur l'impact du travail en 12h sur la santé du personnel soignant hospitalier, nous présentons notre hypothèse et la méthodologie que nous avons utilisée. Dans une seconde partie, sur la base des entretiens réalisés et des questionnaires administrés, nous comparons les impacts de différents rythmes de travail (7h45, 12h, 7h45-10h, variable) sur la santé des soignants. Nous synthétisons et discutons ces résultats en conclusion.

1- Passage en 12h et santé du personnel soignant

1.1- Revue de la littérature et hypothèse de recherche

1.1.1- Horaires atypiques

Compte tenu des pratiques sociales les plus courantes, les horaires de travail rapportés à une semaine de travail « standard » peuvent être appréhendés comme suit (Chenu, 2002) :

- 5 jours travaillés du lundi au vendredi,
- Horaires compris entre 7h et 20h,
- Régularité des jours travaillés,
- Absence de travail les jours fériés.

Ces « horaires normaux » de travail sont les plus adaptés aux rythmes sociaux. Selon Bué et Coutrot (2009), ils concernent cependant aujourd'hui moins de la moitié de la population au travail. En effet, près de 6 salariés sur 10 vivent des « horaires atypiques » et travaillent pendant des périodes habituellement dévolues au repos (sommeil, repas) ou aux activités familiales et sociales. Et parmi ceux-ci 2 salariés sur 10, occupant pour la plupart d'entre eux des métiers en contact avec le public, vivent des horaires qui ne sont pas occasionnellement, mais habituellement décalés. Ils travaillent presque tous habituellement le samedi, souvent le dimanche et/ou la nuit et cumulent plusieurs contraintes d'horaire : semaines irrégulières, absence de repos hebdomadaire de 48 heures, journées de plus de 8 heures, horaires fixés par l'entreprise sans possibilité de modification. Ces salariés vivent des contraintes organisationnelles susceptibles de se cumuler : contraintes de rythme, manque d'autonomie, manque de moyens pour réaliser leur

travail, défaut d'aide de la part de la hiérarchie en cas de difficultés, etc. Les 2/3 du personnel soignant vivent ces horaires habituellement décalés [Brun et al., 2011, p 1].

1.1.2- Le temps de travail quotidien du personnel soignant

La règle concernant le temps de travail quotidien dans les établissements de santé est celle du rythme en 8h pour les équipes de jour ou 10h pour les équipes de nuit, le travail en 12h ayant un statut dérogatoire.

Dans les établissements privés, le travail en 12h constitue un horaire de travail dérogatoire à la législation qui prévoit un horaire de travail de 10h maximum (art. L. 3121-34 du Code du Travail). Un accord collectif d'entreprise permet toutefois à l'employeur de porter le temps quotidien de travail à 12h (art D. 3121-19 du Code du Travail).

Dans la fonction publique hospitalière, le décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail définit l'essentiel des règles légales s'appliquant aux personnels des hôpitaux. Selon l'article 6, la durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours. Concernant la durée quotidienne de travail, l'article 7, modifié par décret du 11 mai 2007, définit les règles qui suivent :

- Elle ne peut excéder 9h pour les équipes de jour, 10h pour les équipes de nuit.
- Toutefois lorsque les contraintes de continuité de service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée ne puisse dépasser 12h.

L'organisation du travail en 12h, si elle a un caractère dérogatoire, concerne une part croissante du personnel soignant.

Ce personnel travaillant au niveau des unités de soins peut être estimé à plus de 700 000 personnes [TEF Insee, 2013, p 95, Fizzala, 2007]. Selon le répertoire de la fonction publique hospitalière [<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>], ce personnel se compose de salariés affectés directement aux soins infirmiers (infirmières) ou médicaux techniques (techniciens d'analyses, manipulateurs radio, etc.), et de salariés qui portent directement assistance aux soins (aides-soignantes, brancardiers, etc.) ou bien qui en assurent le management (cadres d'unités de soins). Le personnel affecté au nettoyage biomédical (ASH) n'est pas considéré, statutairement, comme personnel soignant. Cependant, ce personnel travaille dans les unités de soins sous l'autorité fonctionnelle des cadres de santé, et selon des rythmes qui obéissent à l'organisation des soins dans les services. Ce qui explique qu'il est traditionnellement compté, dans les études sur les rythmes que nous avons recensées, dans le personnel de soins. Pour Bué et Coutrot (2009), un quart des salariés qui travaillent habituellement selon des horaires décalés connaissent des journées de travail de plus de 11h. Pour les personnels soignants hospitaliers, ce pourcentage est aujourd'hui plus faible [CFDT, 2011], mais il connaît une nette croissance.

De nombreux établissements se trouvent en effet confrontés à la montée en charge des horaires en 12h dans de nombreuses unités de soins. Nous l'avons vu plus haut, les horaires en 12h ont un caractère dérogatoire à la règle et les directions, même si elles le souhaitent, ne peuvent pas les imposer aux soignants. Il est difficile d'évaluer précisément dans quelle mesure ce passage en

12h procède d'une demande des personnels soignants (équilibre vie au travail/vie hors travail) ou d'une volonté des directions d'établissements (recherche d'économies). Dans de nombreux cas observés pour des besoins d'enquêtes [Coulon, 2011, 2012] le passage en 12h obéit à une demande venant des soignants eux mêmes. L'équipe soignante et le cadre d'unité de soin, de manière peu formalisée, envisagent un passage en 12h en cherchant à combiner au mieux logique sociale (élaboration équilibrée des plannings, conditions de travail) et logique organisationnelle (adapter le rythme des 12h pour assurer la continuité du service en préservant la sécurité et la qualité des soins). La demande est présentée aux directions si une majorité de soignants souhaite ce passage en 12h. Cette manière d'opérer le passage aux 12h semble fréquente, mais elle peut connaître des exceptions.

Il découle de ces changements de rythme de travail des enjeux en matière de santé du personnel, d'organisation de l'activité, et, probablement, de qualité des soins :

- durée quotidienne de travail plus fatigante ;
- temps de coordination des équipes réduit;
- pratiques professionnelles tacitement transformées sans concertations entre soignants ou entre soignants et médecins;
- modification des temps consacrés à la prise en charge des patients

Ces enjeux sont assez importants et relativement mal appréciés à ce jour. C'est pourquoi la médecine du travail, les représentants du personnel, ou les CHSCT faisant jouer leur demande d'expertise, s'interrogent sur les conséquences à long terme du travail en 12h sur la santé des personnels. Les directions se demandent aussi si elles doivent accompagner ce mouvement de passage en 12h qui concerne de plus en plus de soignants et peut avoir une incidence sur la qualité de prise en charge des patients. La littérature disponible sur ces questions ne permet pas d'apporter des réponses précises à ces interrogations.

1.1.3- Rythmes de travail, équilibre de vie, santé des soignants

Il n'est pas possible pour le management de faire abstraction du « temps hors travail » des salariés. Il doit l'intégrer comme une variable du fonctionnement de l'organisation, ne serait-ce que parce que l'encadrement de proximité doit prendre en compte cet élément pour gérer les plannings et s'assurer ainsi de la disponibilité et de la fiabilité de son personnel [Kilic, 2011].

Sur ce point, il semble que les employés sont plus engagés envers leurs entreprises lorsque celles-ci favorisent une bonne adéquation vie au travail – vie hors travail [Aryee, Srinivas et Hwee, 2005]. Et, selon Van Rijswijk, Bekker, Rutte et Croon (2004), des interférences entre la vie au travail et la vie hors travail réduisent le bien-être perçu des salariés. Ces interférences sont plus marquées dans le cas d'horaires atypiques. Ceux-ci ont des conséquences directes sur la vie hors travail des salariés. Les vies familiales et sociales sont désynchronisées [Gadbois, 1990], avec, en conséquence, une plus grande difficulté pour organiser un repos nécessaire.

A l'hôpital, les rythmes de travail pour les soignants sont généralement de quatre types, un rythme normal et trois rythmes atypiques :

- Rythme normal en journée continue sur une durée de travail de 7h45 ;

- Rythmes alternant 7h45-10h. Dans ce cas trois équipes soignantes se succèdent dans la journée : une équipe travaille le matin durant 7h45, une équipe l'après-midi durant 7h45 et une équipe réduite travaille 10h la nuit (avec temps de transmission d'informations entre les équipes) ;
- Rythme alternant en 12h. Dans ce cas, deux équipes se succèdent: une travaille le jour pendant 12h, l'autre la nuit pendant 12h,
- Rythme variable. Ce rythme concerne les soignants qui appartiennent à des pools de suppléance et qui effectuent des remplacements dans les différentes unités de soins de l'hôpital, unités qui obéissent à des rythmes différents. Il concerne aussi les soignants de blocs opératoires dont les horaires varient selon les impératifs de l'activité (opération durant plus longtemps que prévu).

Les horaires alternants 7h45-10h (matin-après midi, nuit) génèrent des troubles du sommeil chez 60 à 70 % des soignants infirmiers soumis à ce type d'horaire : sommeil insuffisant, insatisfaisant et peu réparateur, sommeil de moins bonne qualité avec moins d'heures, le sommeil en journée est en moyenne plus court, plus morcelé et moins réparateur [Rohmer, Bonnefond, Muzet & Tassi, 2004; Rutenfranz, Haider & Koller, 1985].

Les infirmières de nuit estiment leur sommeil de moins bonne qualité et de durée plus courte, ont plus de « coup de barre » et grignotent plus par rapport aux infirmières de jour. En outre, celles qui ont peu d'activités motrices au travail ont également des difficultés à se réveiller et ont tendance à grignoter dans la journée [Rohmer, Bonnefond, Muzet & Tassi, 2004]. Le travail de nuit, par son opposition aux rythmes circadiens, entraîne certaines conséquences sur la santé des infirmiers : troubles cardiovasculaires [Boggild & Knutsson, 1999], troubles nerveux, dépressifs ou névrotiques, souvent observés avec une consommation d'alcool ou de tranquillisants [Bohle & Tilley, 1989 ; Gordon, Clearly, Parker & Czeisler, 1986], troubles digestifs [Rutenfranz, Colquhoun, Knauth & Ghata, 1977] notamment liés à l'irrégularité des prises alimentaires en fonction des horaires de travail.

1.1.4- L'impact du travail en 12h sur la santé

Si, au-delà de l'hôpital, on considère l'ensemble des domaines professionnels, il n'y a pas de consensus entre les chercheurs sur les impacts du travail en 12h en matière de santé.

En ce qui concerne la santé comprise globalement : pour certains chercheurs, la santé des travailleurs en 12h est meilleure [Mitchell & Williamson, 2000 ; enquête auprès d'employés de centrales nucléaires], pour d'autres elle est moins bonne [Yamada et al., 2001 ; enquête auprès d'électriciens]. En ce qui concerne plus particulièrement le sommeil, certaines études montrent un sommeil de meilleure qualité en 12h [Peacock, Glube, Miller & Clune, 1983 ; enquête auprès de policiers ; Tucker, Macdonald, Folkard & Smith, 1998 ; enquête dans des usines] alors que d'autres indiquent un sommeil de qualité moindre [Axelsson, Kecklund, Akerstedt & Lowden, 1998 ; enquête auprès d'employés dans des centrales nucléaires ; Chan, Gan, Yeo, 1993 ; enquête auprès d'électriciens]. Ces divergences montrent que la question de l'impact du travail en 12h sur la santé doit être étudiée dans son contexte particulier, la variable 12h se combinant avec une multiplicité d'autres facteurs influençant eux aussi la santé des salariés.

Pour le personnel soignant des hôpitaux, les divergences observées plus haut demeurent.

En ce qui concerne la satisfaction au travail : celle des infirmiers en 12h est meilleure pour Richardson, Turnock, Harris, Finley et Carson (2007) et moindre pour Todd, Robinson et Reid (1993). En matière d'absentéisme et de productivité, Todd, Robinson et Reid (1993) trouvent que l'absentéisme et la productivité sont plus importants chez ceux travaillant en 12h mais Axelsson et al. (1998) constatent le contraire.

Si nous nous centrons sur le lien rythme en 12h/ fatigue du personnel, les différentes études que nous avons consulté ne vont pas dans le même sens.

Le travail en 12h peut s'accompagner d'une meilleure santé psychique et physique (Barthe, 2009) pour les salariés, notamment lorsqu'ils travaillent l'après-midi. Ce rythme en 12h est accompagné de repos compensateurs permettant une coupure plus longue avec le travail. Cette coupure plus franche et plus longue permettrait la récupération nécessaire de la fatigue accumulée [Capraro, Meyer & Sueur, 2009].

Cependant, si on s'intéresse à la qualité même du sommeil, l'effet du travail en 12h est plus dommageable. En effet, les risques de somnolence sont plus importants [Barthe, 2009] même si ce risque s'atténue lorsque les salariés disposent d'un temps pour faire une sieste, aussi bien lors des jours de repos (réduction de la dette de sommeil), mais également au travail (réduction de la somnolence) [Tirilly, Kaplan & Cabon, 2009]. Par ailleurs, au bout de trois jours de travail, les soignants sont plus sensibles émotionnellement : ils estiment être plus agressifs et moins patients envers les autres (patients et collègues) [Capraro, Meyer & Sueur, 2009]. Enfin, ce type d'horaires contribue à augmenter les risques de Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) des agents qui « manutentionnent » les patients sur une période longue [Capraro, Meyer & Sueur, 2009]. En effet, une activité physique intense ne peut être réalisée durant 12h sans que la santé physique du soignant ne soit mise en péril [Knauth, 2007].

A partir de cette revue de la littérature, nous pouvons formuler notre hypothèse de recherche.

1.1.5- Hypothèse de recherche

Que la demande du passage en 12h émane ou non d'une partie importante du personnel, la fixation des rythmes horaires relève de la responsabilité de l'employeur. Les directions des hôpitaux peuvent faire le choix d'un rythme atypique en 12h seulement si ce choix ne dégrade pas la qualité des soins pour des questions liées à la fatigue du personnel soignant.

Or, nous le constatons, la littérature ne fournit pas de conclusion consensuelle des différentes recherches sur l'impact du travail en 12h concernant les perturbations du sommeil, la santé physique et psychologique, la satisfaction au travail, l'absentéisme, la performance au travail, la sécurité, l'impact sur la vie sociale et familiale du personnel soignant. Cette absence de consensus peut s'expliquer. Les études entreprises ne visent pas nécessairement les mêmes objets et la santé des soignants, liée au rythme de travail, dépend de nombreux autres facteurs liés à l'organisation du travail de soin. Par ailleurs, ces facteurs se combinent à d'autres facteurs, liés à des caractéristiques individuelles sur lesquelles les directions n'ont pas de prise (âge, sexe, distance travail/maison, etc.)

A partir de ces prémisses, nous faisons une hypothèse qui établit un lien entre la flexibilité du temps de travail et la santé du personnel soignant : le personnel qui travaille selon des rythmes atypiques et notamment les rythmes associés aux plus grandes variations des horaires témoigne d'un moindre niveau de satisfaction au travail et d'un état de santé plus dégradé

1.2- Méthodologie

Partant de cette hypothèse, nous avons cherché à « mesurer » l'impact du travail en 12h sur la santé des soignants dans le cadre d'un contrat de recherche établi en partenariat entre l'Université de Bourgogne, l'Université de Lorraine et un centre hospitalier (CH) de moyenne importance (1600 salariés, 700 soignants).

Dans ce centre hospitalier, la direction répond depuis 1996 à une forte demande de travail en 12h de la part des soignants. Aujourd'hui, ce rythme, en théorie dérogatoire, touche près des deux tiers du personnel du CH, ce qui est relativement élevé par rapport aux autres centres hospitaliers (moins du quart du personnel en 12h). Cette situation a amené la direction, en lien avec les partenaires sociaux, la médecine du travail et les autorités de tutelles, à se rapprocher de chercheurs susceptibles de faire le point sur le lien entre ce passage en 12h et la santé des soignants.

Nous avons distingué les soignants selon les rythmes de travail qu'ils observent. Nous avons retenu quatre rythmes, un rythme « normal » et trois rythmes atypiques. Ces quatre rythmes sont désignés et définis comme suit dans l'étude :

- 7h45 : 7h45 en journée ;
- 7h45-10h : travail avec alternance hebdomadaire matin, après midi, nuit, avec 7h45 le jour et 10h la nuit ;
- 12h : travail avec alternance hebdomadaire, 12h le jour et 12h la nuit ;
- Variable : travail caractérisé par une alternance hebdomadaire et un caractère acyclique avec des modalités horaires variables ; les soignants peuvent connaître des changements sur les trois rythmes vus précédemment (pool de suppléance) ou des horaires variables en fonction des contraintes médicales (blocs opératoires).

Nous avons d'abord cherché à évaluer l'impact des rythmes sur l'état de santé des soignants. Puis nous avons voulu tester notre hypothèse liant la flexibilité des horaires et la santé sur la base des estimations des soignants. Ces estimations portaient sur les contraintes liées au rythme de travail, la satisfaction des soignants (relations professionnelles, qualité de l'organisation du travail, des transmissions entre équipe) et l'intensité du travail.

Notre recueil des données repose essentiellement sur un questionnaire et une douzaine d'interviews semi directives de soignants (dont 8 travaillaient en 12h). Le questionnaire a été diffusé aux cadres de chaque unité de soins, en incitant ces cadres à mobiliser leurs agents pour répondre. En accord avec la direction du Centre Hospitalier, des urnes étaient à disposition des soignants pour déposer anonymement leur questionnaire.

A travers ce questionnaire nous avons d'abord cherché à recueillir un ensemble de données factuelles sur les répondants et leur travail : variables sociodémographiques courantes (comme l'âge, le sexe), unités de soin, rythme horaire de travail. Puis, en ce qui concerne le recueil de données liées à l'état de santé, nous avons mesuré plusieurs dimensions de la fatigue perçue à l'aide d'échelles validées en psychologie du travail et en psychologie de la santé : évaluation générale de l'état de santé perçue et des douleurs perçues (SF-36) ; sensation de fatigue générale et limite d'activités liées à l'état physique (Multidimensional Fatigue Inventory). Pour étudier les préférences des soignants concernant leurs rythmes de travail, nous leur avons demandé d'évaluer

le côté contraignant ou « pratique » de leurs horaires. A cette question était ajoutée deux questions ouvertes leur demandant d'indiquer les avantages puis les inconvénients associés à leurs horaires. Pour compléter la construction de notre questionnaire, nous avons sélectionné, dans les études Presst-Next (menée en 2002/03), SESMAT (menée en 2007/08) et l'enquête nationale sur les conditions de travail dans la filière soignante (menée par la CFDT en 2011) les questions pertinentes au regard de notre problématique.

En ce qui concerne l'échantillon, nous avons récolté 334 questionnaires exploitables pour une population de 700 soignants environ. L'échantillon comprend 24 hommes (7.2%) et 310 femmes (92.8 %). Nos répondants sont relativement jeunes, avec un âge moyen est de 36.88 ans. Concernant la composition de cet échantillon : 157 sont infirmiers et infirmiers spécialisé (47 %), 124 sont aides-soignants (37.1 %), 31 sont ASH (9.3 %) et 22 sont sages-femmes (6.6 %).

Concernant leurs horaires de travail : 48 répondants indiquent qu'ils travaillent en 7h45 (13.4 %), 40 en 7h45-10h (11.1 %), 215 en 12h (59.9 %) et 31 en horaires variables (8.6 %). Parmi les soignants déclarant un rythme de travail soumis à des horaires variables, 14 travaillent au pool de suppléance de l'hôpital (soignants polyvalents, volontaires pour opérer des remplacements), 10 travaillent au bloc opératoire, les autres n'ont pas indiqué leur appartenance.

2- Résultats

Nous produisons dans cette communication les principaux résultats obtenus suite à la demande, mi-janvier 2013, du comité de pilotage chargé de suivre et d'orienter le travail des chercheurs (direction du CH, partenaires sociaux, représentants de l'ARS, de la DGOS, de la médecine du travail). Ces résultats portent sur l'état de santé, la satisfaction en matière de rythme de travail, la cohésion d'équipe et le sentiment d'appartenance, la qualité de l'organisation des soins et l'intensité du travail perçue.

Nous avons utilisé le logiciel SPSS pour analyser les réponses de nos quatre groupes de soignants, chaque groupe observant un rythme de travail particulier. Pour analyser des données de type numérique, réponses aux échelles par exemple, nous avons effectué des tests de comparaisons de moyenne avec des ANOVA et des tests t de Student. Pour analyser des données de type nominales, avantages et inconvénients des horaires de travail, nous avons réalisé des Chi-deux de Pearson. Nous présentons ici uniquement les résultats sur les thèmes étudiés lorsqu'il y a une différence statistiquement significative entre les différents groupes de soignants.

2.1- Etat de santé

Nous constatons que, selon leur rythme de travail, les soignants ne ressentent pas le même niveau de fatigue générale ($F^1_{(3,327)} = 3.327, p = .020$). Les soignants travaillant en rythme alternant matin, après-midi, nuit (7h45-10h) sont plus fatigués que les soignants travaillant en 7h45 de jour ($t^2_{(327)} = -2.236, p = .026$) et surtout que les soignants en 12h jour, nuit ($t_{(327)} = 3.066, p = .002$). Cet impact du rythme est aussi significatif en ce qui concerne la limitation des activités liées aux

¹ F = ANOVA (analyse de variance)

² t (n) = test de Student ; p = significativité

états physiques ($F_{(3,330)} = 2.651, p = .049$). Les soignants travaillant en 7h45-10h sont plus limités dans leurs activités que les soignants en 12 h ($t_{(330)} = -2.328, p = .020$)³.

Donc, parmi l'ensemble des répondants de notre échantillon, les soignants qui travaillent en (7h45-10h) sont les plus affectés par le rythme de travail.

Si nous nous intéressons aux seuls soignants de notre échantillon qui travaillent en horaires atypiques⁴ (N = 286) nous constatons sur le tableau qui suit que l'état de santé de ces soignants est un peu moins bon que celui de la population française générale sur trois items importants.

	Notre échantillon			Population française générale	
	Effectif	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart-type
Limite activité liée à état physique	286	69,3182	34,73671	81.21	32.20
Intensité douleur perçue	286	85,3776	19,70210	73.39	23.73
Santé perçue	286	62,0909	12,08241	69.13	18.57

Tableau 1 : Comparaison état de santé des soignants en horaires atypiques et de la population française générale

Les soignants qui travaillent selon un rythme atypique connaissent en moyenne, du fait de leur état physique, une limite de leur activité plus importante que les sujets de la population générale (nos répondants se situent au niveau du 25^{ième} percentile). Ils ont, par ailleurs, un score moyen d'intensité perçue de la douleur assez proche de celui de la population générale. Mais, en ce qui concerne la santé perçue, le score moyen de ces soignants se situe entre la moyenne observée pour la population générale et le 25^{ième} percentile. Les répondants ont donc globalement une perception un peu moins bonne de leur santé que celle de la population générale. Ce résultat est relativement surprenant du fait de l'âge moyen (37 ans) de notre échantillon.

Nous avons cherché, à travers une ANOVA factorielle, à évaluer l'effet cumulé de l'âge et des rythmes sur les scores aux différentes échelles: fatigue générale, réduction d'activité, limites liées à l'état physique, intensité des douleurs perçues, santé perçue, demande psychologique, latitude décisionnelle, soutien social, épuisement émotionnel, dépersonnalisation, accomplissement personnel. *Nous avons constaté que l'effet combiné de ces deux variables (âge et rythmes) est non significatif pour l'ensemble des échelles testées.*

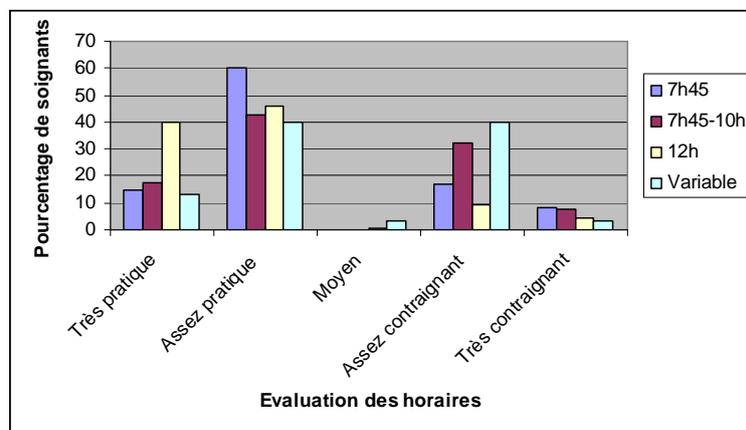
³ En ce qui concerne cette échelle, la méthode de calcul veut que plus le score est élevé, moins la personne est limitée dans ses activités quotidiennes.

⁴ Ici, nous nous intéressons à l'impact des rythmes atypiques. Pour cela, nous ne prenons pas en compte les 48 soignants travaillant au rythme de 7h45 de jour.

Pour résumer ce premier point concernant l'état de santé des soignants, les résultats observés confortent globalement notre hypothèse. Nous constatons notamment que les soignants travaillant selon un rythme posté 7h45-10h, déclarent un état de santé plus dégradé que les soignants travaillant en 12h. Les résultats concernant la satisfaction des soignants en matière de rythme de travail vont dans le même sens.

2.2- Satisfaction en matière de rythme de travail

Nous voyons dans le graphique qui suit que ce sont les répondants qui travaillent selon un rythme alternant matin, après midi, nuit (7h45-10h) et un rythme variable (7h45-10h ou bien 12h selon les remplacements à réaliser ; horaires liés aux programmes opératoires) qui sont les moins satisfaits de leur rythme de travail.



Graphique 1 : évaluation des contraintes liés aux rythmes

En étudiant plus en détail les appréciations avancées par les répondants, nous pouvons distinguer deux types d'arguments :

- ceux qui défendent un meilleur équilibre entre vie au travail et vie hors travail, et en particulier un meilleur repos ;
- ceux qui sont liés à la possibilité de réaliser un soin de meilleure qualité (en italique dans le tableau 2).

Appréciations	Arguments	7h45	7h45-10h	12h	variable	Chi-deux ⁵	p
Avantages	1/2 journée libre	29.2	45	0.5	22.6	85.168	0,000
	Plus de repos	4.2	10	63.3	41.91	80.543	0,000
	Liberté des horaires	6.3	2.5	0	0	13.910	0,003
	<i>Suivi du patient</i>	6.3	<i>12.5</i>	24.7	0	<i>18.334</i>	<i>0,000</i>
	<i>Organisation du travail</i>	4.2	0	11.6	6.5	7.585	<i>0,055</i>

⁵ Chi-deux : valeur du test Chi-deux de Pearson ; p : seuil de significativité

Inconvénients	Etre souvent à l'hôpital	12.5	27.5	0,5	9.7	46.666	0,000
	Fatigue	4.2	15	36.7	35.5	24.889	0,000
	Changements de rythme	8.3	25	9.8	9.7	8.445	0,038

Tableau 2 : pourcentage de répondants de chaque groupe ayant cité les différents arguments et résultats des tests statistiques associés

Les soignants travaillant selon un rythme normal (7h45 de jour) apprécient essentiellement le fait de disposer de demi-journées de libre et, de manière moins marquée, se plaignent d'être souvent à l'hôpital. Ces avantages et inconvénients du rythme de travail pratiqué sont encore plus clairement rapportés par les soignants suivant un rythme 7h45-10h. Les soignants qui travaillent en 12h et ceux qui travaillent selon des horaires variables mettent essentiellement en avant le temps libre hors-travail (et surtout la possibilité de repos) mais évoquent comme inconvénient la fatigue.

Sur ce même tableau, il est important de noter que les soignants travaillant en 12h évoquent plus que les autres soignants les items liés à la qualité du travail. *Le travail en 12h semble ainsi permettre un meilleur suivi du patient sur la journée et une plus grande latitude en matière d'organisation du travail.*

Pour résumer ce point, les résultats portant sur la satisfaction des soignants quant à leur rythme de travail confortent aussi notre hypothèse. Nous constatons notamment que les soignants travaillant selon un rythme alternant matin, après midi, nuit 7h45-10h, sont moins satisfaits de leur rythme de travail que les soignants travaillant en 12h jour, nuit.

2.3- Cohésion d'équipe et sentiment d'appartenance

Quand la satisfaction des répondants est rapportée à l'appartenance à l'unité de soin, nous constatons que les soignants en 12h sont significativement plus satisfaits que les soignants en 7h45-10h ($t_{(329)} = -2.988$, $p = .003$) et que les soignants en horaire variable ($t_{(329)} = 2.800$, $p = .005$).

Lorsque les soignants évaluent la qualité de leurs relations avec les autres membres de l'équipe, des différences significatives apparaissent selon les rythmes de travail ($F_{(3,327)} = 3.464$, $p = .017$). Nous remarquons notamment que les soignants en 12h sont plus satisfaits de leurs relations avec leurs collègues que les soignants en 7h45-10h ($t_{(327)} = -1.999$, $p = .046$). De même, les soignants en horaires variables considèrent ces relations plus tendues que les soignants en 7h45 ($t_{(327)} = 2.038$, $p = .042$) et que les soignants en 12h ($t_{(327)} = 2.767$, $p = .006$).

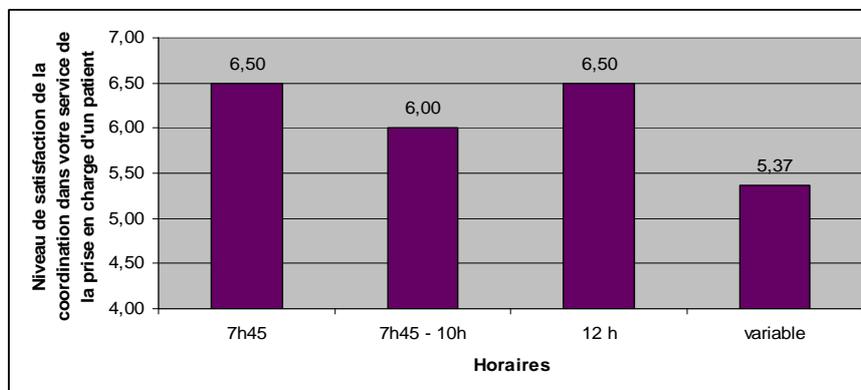
Les soignants évaluent différemment la qualité de leurs relations avec leur encadrement selon les horaires qu'ils observent ($F_{(3,323)} = 2.945$, $p = .033$). Les soignants en horaires variables considèrent que ces relations sont plus tendues que les soignants en 7h45 ($t_{(323)} = 2.391$, $p = .017$) et que les soignants en 12h ($t_{(323)} = 2.913$, $p = .004$). Concernant l'amélioration des relations hiérarchiques, les soignants travaillant en horaires variables estiment que cette amélioration est nécessaire, et ceci plus que les soignants en 7h45 ($t_{(327)} = -2.247$, $p = .025$), que les soignants en 7h45-10h ($t_{(327)} = -2.069$, $p = .039$) et les soignants en 12h ($t_{(327)} = -1.974$, $p = .049$).

Selon tous ces résultats, les répondants qui travaillent selon les rythmes de travail les plus sujets aux variations (rythme 7h45-10h et rythme variable) sont moins satisfaits que ceux qui travaillent selon des rythmes plus « réguliers » (rythme 7h45 de jour, rythme en 12h jour, nuit).

2.4- Qualité de l'organisation des soins

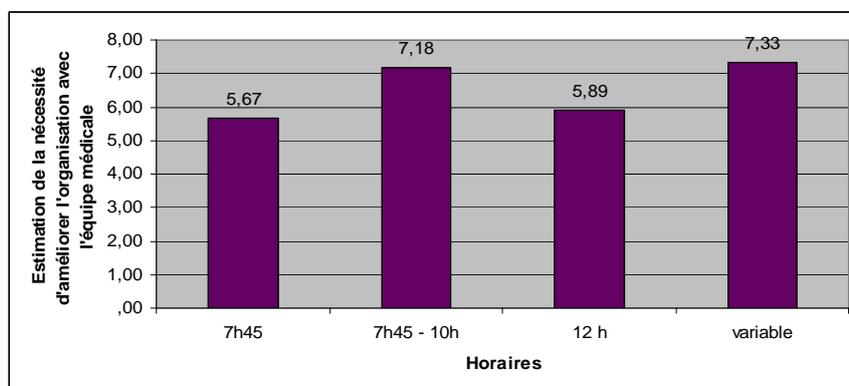
Quand la satisfaction des répondants est rapportée à des éléments plus directement liés à la qualité des soins, les résultats que nous obtenons vont dans le même sens. Ils distinguent les répondants qui travaillent en 7h45-10h et selon un rythme variable des répondants qui travaillent de jour (7h45) ou bien en 12h.

Selon leurs horaires de travail, les soignants n'ont pas la même évaluation de la coordination de l'équipe dans la prise en charge des patients ($F_{(3,322)} = 2.710$, $p = .045$). Nous voyons dans le graphique 2 que les soignants en horaires variables sont moins satisfaits que les soignants en 7h45 ($t_{(322)} = 2.178$, $p = .030$) et que les soignants en 12h ($t_{(322)} = 2.633$, $p = .009$).



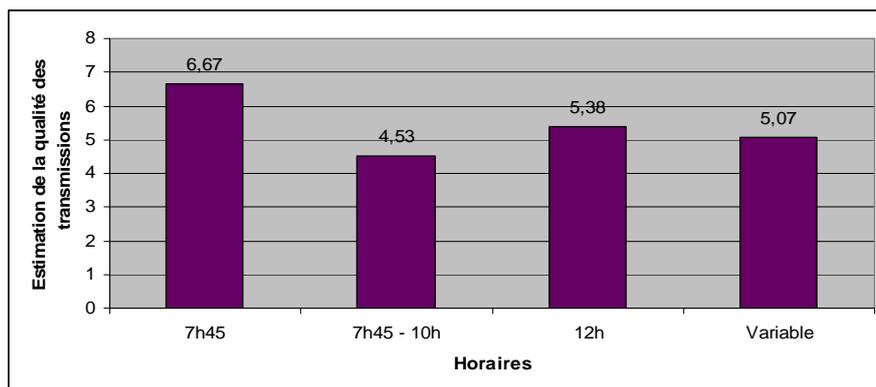
Graphique 2 : évaluation de la satisfaction liée à la coordination dans le service pour la prise en charge des patients

Selon leur rythme de travail, les soignants ont aussi des points de vue différents sur la nécessité d'améliorer l'organisation des soins en lien avec l'équipe médicale ($F_{(3,324)} = 5.015$, $p = .002$). Les soignants en 7h45-10h estiment plus que ceux en 7h45 ($t_{(324)} = -2.584$, $p = .010$) et que ceux en 12h ($t_{(324)} = 2.771$, $p = .006$) que ces améliorations sont nécessaires. De même, les soignants en horaires variables estiment également plus que ceux en 7h45 ($t_{(324)} = -2.632$, $p = .009$) et que ceux en 12h ($t_{(324)} = -2.751$, $p = .006$) que ces améliorations sont nécessaires.



Graphique 3- Estimation de la nécessité d'améliorer l'organisation en lien avec l'équipe médicale

En ce qui concerne les transmissions d'informations d'une équipe soignante à l'équipe suivante, la qualité des conditions dans lesquelles les transmissions sont réalisées diffère selon les rythmes ($F_{(3, 320)} = 7.410$, $p = .000$). Les soignants en 7h45 estiment bénéficier de meilleures conditions pour réaliser les transmissions que les soignants en horaire variable ($t_{(320)} = 3,073$, $p = .002$), que les soignants en 12h ($t_{(320)} = 3,598$, $p = .000$) et surtout que les soignants en 7h45-10h ($t_{(320)} = 4,574$, $p = .000$). Les soignants en 12h estiment bénéficier de meilleures conditions pour réaliser les transmissions que les soignants en 7h45-10h ($t_{(320)} = 2,260$, $p = .024$).

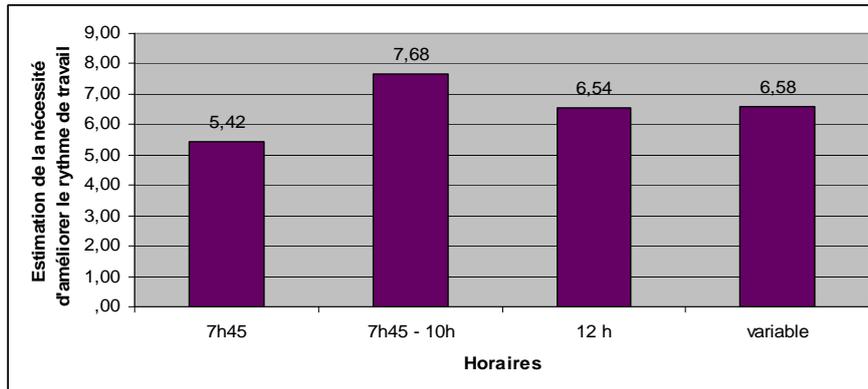


Graphique 4- Estimation de la qualité des transmissions

2.5- Sentiment de travail trop intense

En ce qui concerne la perception d'un travail trop intense, nous retrouvons l'idée selon laquelle les soignants les plus soumis aux variations de rythmes et d'horaires (variable et 7h45-10h, alternant matin, après midi, nuit) peuvent être distingués des soignants de jour, en 7h45, ou en 12h alternant jour et nuit.

Les soignants n'ont pas le même ressenti en matière d'intensité du travail en fonction des horaires qu'ils réalisent ($F_{(3,327)} = 5.201$, $p = .002$). Les soignants travaillant en 7h45 expriment moins le besoin de réduire l'intensité de leur travail que les soignants en 12h ($t_{(327)} = -2.618$, $p = .009$) et surtout que les soignants en 7h45-10h ($t_{(327)} = -3.938$, $p = .000$). Les soignants en 12h expriment moins le besoin de réduire l'intensité de leur travail que les soignants en 7h45-10h ($t_{(327)} = 2.463$, $p = .014$).



Graphique 5 : nécessité d'améliorer le rythme de travail pour réduire l'intensité du travail

Les soignants en 7h45-10h considèrent que le travail en effectif minimum dégrade leurs conditions de travail plus que ceux en 7h45 ($t_{(313)} = -3.177$, $p = .002$) et que ceux en 12h ($t_{(313)} = 3.292$, $p = .001$). Les soignants en horaires variables estiment également que le travail en effectif minimum dégrade leurs conditions de travail, et ce plus que ceux en 7h45 ($t_{(313)} = -2.502$, $p = .013$) et que ceux en 12h ($t_{(313)} = -2.388$, $p = .018$). De même, les soignants en horaires variables estiment que les rappels sur repos dégradent leurs conditions, plus que les soignants en 12h ($t_{(323)} = -2.263$, $p = .024$) et surtout que les soignants travaillant en 7h45 ($t_{(323)} = -2.883$, $p = .004$).

Par ailleurs, les soignants en 7h45-10h estiment que la gestion des patients dont la pathologie ne relève pas du service dégrade leurs conditions de travail, plus que les soignants en 7h45 ($t_{(310)} = -3.248$, $p = .001$) et que les soignants en 12h ($t_{(310)} = 2.827$, $p = .005$).

Enfin, et ce point est lié à l'intensité du travail, tous les soignants estiment que l'accroissement des tâches administratives dégrade leurs conditions de travail en matière de soins, mais cette appréciation est différente suivant les rythmes. Pour les soignants en 7h45 cette dégradation est moins importante que pour les soignants en 12h ($t_{(313)} = -2.210$, $p = .028$), ceux en horaires variables ($t_{(313)} = -2.614$, $p = .009$) et surtout ceux en 7h45-10h ($t_{(313)} = -2.876$, $p = .004$).

3- Discussion et conclusion

Pour mieux discuter nos résultats, nous en opérons une synthèse dans le tableau suivant. Ce tableau synthétise les comparaisons que nous avons réalisées entre les différents rythmes de travail sur chacun des points de notre étude (état de santé, satisfaction des soignants quant à leur rythme de travail, etc.). Il reprend et simplifie nos résultats en établissant une relation de préférence entre les différents rythmes. La première ligne de ce tableau peut être lue comme suit : les soignants travaillant selon un rythme normal (7h45 de jour) expriment globalement un meilleur état de santé que ceux qui travaillent selon un rythme atypique en 12h (alternance jour et nuit). Ces derniers expriment, eux, un meilleur état de santé que les soignants qui travaillent selon un rythme atypique alternant matin, après midi, nuit (7h45 de jour et 10h de nuit) et un rythme variable (alternant et acyclique).

	Rythme normal	Rythme alternance	Rythme alternance	Rythme Variable

	7.45 jour	hebdomadaire 2*12h nuit, jour	hebdomadaire 7.45–10h matin, après midi, nuit	(alternance hebdomadaire et acyclique)
Etat de santé	1	2	3	3
Satisfaction rythme travail	1	1	2	3
Cohésion équipe et sentiment appartenance	1	1	2	3
Qualité organisation des soins	1	2	3	4
Sentiment de travail trop intense	1	2	3	3

Tableau- Rythmes et préférences de soignants sur chaque point de l'étude

A la lecture de ce tableau, nous constatons que :

- sur tous les points de l'étude (état de santé, rythmes de travail, cohésion équipe, organisation du travail et intensité du travail), les soignants préfèrent le rythme normal aux trois autres rythmes, tous atypiques.
- sur tous les points de l'étude, le rythme variable – alternant et acyclique- est jugé « moins préférable » que les trois autres.
- entre ces deux rythmes estimés comme « le plus » ou « le moins préférable », se trouvent classées deux rythmes atypiques, le rythme en 12 heures et le rythme alternant matin, après midi, nuit avec 7.45h le jour et 10h la nuit. Les soignants jugent le premier préférable au second sur tous les points de notre étude.

Cette expression des préférences des soignants valide notre hypothèse de départ et va dans le sens d'études récentes sur le sujet (Barthe, 2009 ; Bouffartigue & Bouteiller, 2012). Les points de vue de nos répondants correspondent à une perception de sens commun en matière d'équilibre de vie au travail et hors travail. Plus le rythme de travail est atypique, moins les horaires sont cycliques, prévisibles, et plus le soignant va être en difficulté pour mettre en phase vie au travail et vie hors travail. Et ceci est d'autant plus vrai que la population étudiée a besoin de travailler régulièrement pour assurer un revenu et qu'elle a des charges familiales. La population soignante qui nous occupe est essentiellement une population féminine. Ces femmes ont dans leur grande majorité plus d'un enfant et elles vivent, ou bien elles ont vécu, en couple (Bouffartigue & Bouteiller, 2012). D'après nos résultats, ces femmes exercent un travail « anormalement » fatiguant. Et elles doivent, tout en travaillant, continuer à parer à une part prépondérante des contraintes de la vie familiale (trajets, enfants, école, courses, repas, etc.). De ce fait, elles vont, dans leur grande majorité, préférer un rythme normal à un rythme atypique, puis un rythme atypique qui présente une variabilité des horaires faible à un rythme atypique à variabilité horaire forte. Le raisonnement mis en avant peut être exprimé comme suit : « difficile pour difficile, il vaut mieux avoir trois jours de travail de 12 h puis quatre jours pour le repos et la vie de famille ». Il est normal, dans ces conditions, de constater que le personnel soignant « pousse » le management et la direction au passage en 12h.

En conclusion et d'un point de vue plus spécifiquement gestionnaire. Les directions doivent en même temps prendre conscience de cette volonté de passage en 12h et l'accompagner en étudiant, unité de soins par unité de soins, si ce passage risque de se traduire par une dégradation de la cohésion d'équipe, de la qualité de l'organisation des soins, ou bien par un sentiment d'intensité du travail trop marqué.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arye, S., Srinivas, E.S., Hwee, H.T., (2005), "Rhythms of life : antecedents and outcomes of work-family balance in employed parents", *Journal of Applied Psychology*, 96, p 132-146
- Axelsson, J., Kecklund, G., Akerstedt, T., Lowden, A., (1998), "Effects of alternating 8 and 12 hour shifts on sleep, sleepiness, physical effort and performance", *Scandinavian Work Environment Health*, 24, p 62-68
- Barthe, B., (2009), « Les 2 X 12h : une solution au conflit de temporalité du travail posté ? » *Temporalités*, 10
- Boggild, H., & Knutsson, A., (1999), "Shift work, risk factors and cardiovascular disease." *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25, p 85-99.
- Bohle, P., & Tilley, A. J., (1989), "The impact of night work on psychological wellbeing", *Ergonomics*, 32, p 1089-1099.
- Bouffartigue, P, Bouteiller J, 2012, Temps de travail et temps de vie : les nouveaux visages de la disponibilité temporelle, PUF
- Brun, B, Devaux, B., Dorna, C., Fretelière, B., Garnier, I., Mangal, A., Neveu, F., Seillier, M., Soulie, R., Thomas, A.,(2011), *Le travail flexible à l'épreuve de la vie quotidienne : le cas du personnel soignant et éducatif en institution de santé*, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- Bué, J, Coutrot, T, (2009), « Horaires atypiques et contraintes dans le travail : Une typologie en six catégories », *Dares, premières informations*, synthèse- N° 22.2
- Capraro, D., Meyer, L., Sueur, J., (2009), « Horaires en 2 x 12h dans un service d'urgence hospitalier : pourquoi la greffe ne prend pas ? », *44ème congrès de la SELF*, p 191-197
- CFDT, (2011), « Enquête nationale conditions de travail des personnels soignants », <http://www.fed-cfdt-sante-sociaux.org/content/resultats-toutes-filieres-de-lenquete-nationale-conditions-de-travail>
- Chan, O.Y., Gan, S.L., Yeo, M.H., (1993), "Study on the health of female electronics workers on 12 hours shifts", *Occupational Medicine*, 43, p 143-148
- Chenu, A, (2002), « les horaires et l'organisation du temps de travail », *économie et statistique* n° 352-353, pp 151-167
- Coulon, R, (2011), « Cadres de santé, gestion des soins et contrôle de gestion », *Cahier de recherche du FARGO*, n°1110604 , <http://econpapers.repec.org>
- Coulon, R, (2012), « Le cadre de santé comme interface RH », *Cahier de recherche du FARGO*, n°1120601 , <http://econpapers.repec.org>
- Ferguson, S.A., Dawson, D., (2012), "12h or 8h shifts ? It depends ». *Sleep Medicine Reviews*

- Fizzala, A. (2007), « Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », *Drees, Etudes et Résultats*, N° 605
- Gadbois, C., (1990), « Travail posté et vie sociale. Recherches actuelles et perspectives ». *Le Travail Humain*, 53, p 97-101.
- Insee, (2013), Tableaux de l'Economie Française, [www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2013/tef2013.pdf]
- Kilic, S., (2011), « Etude théorique et méthodologique sur le thème de la conciliation vie privée – vie professionnelle des salariés », 3^{ème} Colloque International sur les méthodologies de recherche AOM/RMD, Lyon, 15-16 juin
- Knauth P., (2007), “Extended Work Periods”, *Industrial Health* 45, p 125-136.
- Laborie, H, Moisson, J.C, Tonneau, (2008), *Temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques*, Rapport final pour la MEAH
- Meah, (2009), Gestion du temps de travail des soignants, guide des bonnes pratiques, http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Temps_Soignants.pdf
- Mitchell, R.J., Williamson, A.M., (2000), ‘Evaluation of 8 hour versus 12 hour shift roster on employees at a power station’, *Applied Ergonomics*, 31, p 83-93
- Peacock, B., Gluber, R., Miller, M., Clune, P., (1983), “Police officers’ responses to 8 and 12 hour shift schedules”, *Ergonomics*, 26(5), p 479-493
- Richardson, A., Turnock, C., Harris, L., Finley, A., Carson, S., (1993), “A study examining the impact of 12 hour shifts on critical care staff”, *Journal of Nursing Management*, 15, p 838-846
- Rohmer, O., Bonnefond, A., Muzet, A., Tassi, P., (2004), « Etude du rythme veille/sommeil, de l'activité motrice générale et du comportement alimentaire de travailleurs postés obèses » : l'exemple des infirmières, *Le Travail Humain*, 67(4), p 359-376
- Rutenfranz, J., Colquhoun, W. P., Knauth, P., & Ghata, J. N., (1977), “Biomedical and psychosocial aspects of shiftwork : A review”. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 3, p 165-182.
- Rutenfranz, J., Haider, M., & Koller, M., Occupational health measures for nightworkers and shiftworkers. In S. Folkard & T. H. Monk (Eds.), (1985), *Hours of Work : Temporal Factors in Work Scheduling* (pp. 199-210). New York : John Wiley & Sons.
- Tirilly, G., Kaplan, M., Cabon, P., (2009), « Stratégies utilisées par les conducteurs de travail pour faire face aux horaires de travail pénibles », 44^{ème} congrès de la SELF, p 199-205
- Todd, C., Robinson, G., Reid, N., (1993), “12 hours shifts : job satisfaction of nurses”, *Journal of Nurses Management*, 1, p 215-220
- Tucker, P., Macdonald, I., folkard, S., Smith, L., (1998), “The impact of early and late shift changeovers on sleep, health and well-being in 8 and 12 hours shift systems”, *journal of Occupational Health Psychology*, 3(3), p 265-275
- Van Rijswijk, K., Bekker, M.H.J., Rutte, C.G., Croon, M.A., (2004), “The relationship among part-time work, work-family interference, and well-being”, *Journal of Occupationnal Health Psychology*, 9(4), p 662-680*

Yamada, Y., Kameda, M., Noborisaka, Y., Suzuki, H., Honda, M., Yamada, S., (2001), "Comparisons of psychosomatic health and unhealthy behaviours between cleanroom worker in a 12 hour shift and those in an 8 hour shift". *Journal of human Ergology*, 30(1-2), p 399-403.