

Exercice professionnel  
**Le travail de nuit**

**Chantal Rivaleau, 12 juin 2003**

## **La législation du travail de nuit**

Le travail de nuit, en particulier concernant les femmes, fait l'objet de textes de Loi depuis longtemps puisque dès 1892, il était interdit, sauf dérogations particulières dans les domaines de l'hygiène et de l'alimentaire. En 1979, le travail de nuit est autorisé pour les femmes occupant un poste de direction ou à caractère technique, impliquant une responsabilité. Dès 1982, la prise en compte de la pénibilité du travail de nuit se traduit par une réduction du temps de travail hebdomadaire à 35 heures. Cette mesure ne concernera le personnel hospitalier qu'à partir de 1991. Différents protocoles sont signés entre 1988 et 1991. Ils concernent les conditions de travail du personnel hospitalier. Il s'agit des protocoles "Evin" du 20 octobre 1988, "Durafour" du 09 février 1990 et enfin du protocole "Durieux" du 15 novembre 1991. Ils donnent lieu à la circulaire 91.68 du 23 décembre 1991 qui évoque les difficultés occasionnées par la charge psychique, la pénibilité de certaines situations de travail et l'isolement professionnel des équipes de nuit. Cette circulaire évoque également l'intérêt de faire évoluer les relations humaines entre les différents secteurs du milieu hospitalier. Enfin, elle dit :

"Aucune mesure nationale ne peut résoudre la difficulté de ces situations, car elles nécessitent une participation de l'ensemble des personnels hospitaliers (administratifs, soignants, médecins) à la définition de nouveaux modes de communication et d'organisation du travail".

Ces différents textes reconnaissent l'importance du travail de nuit et les difficultés qu'un tel rythme engendre.

## **Les besoins spécifiques du patient la nuit**

Les attentes des patients vis à vis du personnel ont été étudiées dans une enquête faite entre 1988 et 1992 à l'instigation du Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire. Les priorités des malades vis à vis des soignants de nuit sont ainsi définies :

- la compétence
- la présence
- les relations amicales
- les relations d'aide
- la sécurité

Ces attentes du patient existent aussi la journée mais prennent une ampleur différente la nuit. La surveillance clinique doit être accrue pour plusieurs raisons :

- la difficulté d'observer un malade dans la pénombre
- la crainte des patients de déranger le personnel pour "rien"

la baisse de vigilance des malades du fait de leur fatigue ou tout simplement de leur endormissement.

Une des plaintes de patients interrogés à la sortie de l'hôpital est souvent le manque de sommeil. Cela est dû à la fois aussi bien à des causes extérieures (bruit, soins...) qu'à l'état du malade lui-même : angoisse, peur, inconfort dû à la maladie et souvent douleur amplifiée la nuit ou en tout cas ressentie différemment.

Enfin, ce sont sûrement les attentes relationnelles des malades qui sont les plus influencées par la venue de la nuit. Il est important de revenir sur les représentations et symboles véhiculés par la nuit. Dans toutes les mythologies, le soleil et le jour représentent la vie. La nuit est symbolisée par la puissance des ténèbres. C'est une forme de notre culture qui imprègne chacun d'entre nous et par conséquent qui influence consciemment ou non les patients hospitalisés. Tous les soignants sont conscients que la nuit, en particulier la fin de nuit, est un moment difficile pour les patients instables. Pour tous, l'inquiétude et l'angoisse sont présents. Ces éléments ne font que s'ajouter à l'atmosphère qui règne la nuit : silence parfois pesant mais aussi amplification de tous les bruits. Pour toutes ces raisons, les besoins psychologiques du patient sont particulièrement importants. Il a besoin d'établir des relations avec le personnel afin de parler pour évacuer l'objet de son anxiété, d'être informé et de connaître ceux qui le soignent. Connaître la personne qui va répondre à son appel et lui faire confiance diminue l'anxiété éprouvée par le patient. Parmi les patients que j'avais interrogés lors de ma pré-enquête, certains insistaient sur le fait qu'ils appréciaient d'avoir affaire à moins de personnes différentes. Une enquête du Ministère de 1992, concluait ainsi le chapitre étudiant les besoins exprimés par les malades la nuit : "Les attentes des personnes hospitalisées sont fortement axées sur le confort, la sécurité, la relation et la compétence du personnel, quel que soit le type de service ou d'établissement... Les malades manifestent le désir de lutter contre l'ennui, le droit d'obtenir des informations claires et rapides, de participer en tant qu'individu responsable à sa propre prise en charge. La manifestation de ces besoins n'est-elle pas révélatrice de l'anxiété des malades pendant la nuit ? ils ont besoin d'être écoutés, d'être informés, de ne pas être seuls" [ 1 ]

En conclusion, il est donc important que la nuit, le personnel soignant soit à l'écoute du patient et réponde autant que possible à ses attentes de quelque nature qu'elles soient. En effet, la crainte, l'angoisse persistent tout au long de l'hospitalisation quand vient la nuit. Les soignants peuvent apporter une réponse relationnelle mais ce n'est pas la seule. Il est important pour le patient d'avoir une information identique de la part des personnels de jour comme de nuit. La confiance inspirée par les soignants, l'écoute, l'attitude les rapports qui se nouent sont essentiels. Il ne faut pas pour autant oublier qu'un malade sera moins sujet à l'angoisse s'il se sent en sécurité. Celle-ci doit être ressentie par le patient dans tous les domaines. La confiance doit être effective dans les relations mais aussi dans la qualité des soins effectués.

## **Les spécificités du travail de nuit pour le personnel soignant**

Le travail de nuit a de nombreuses répercussions sur la santé des travailleurs. Celles-ci ont été étudiées par les médecins du travail et en particulier, le Docteur Estryn Brehar, médecin du travail de l'Assistance Publique. Elle rend compte de ses études dans l'un de ses livres "Stress et souffrance des soignants". Les aspects psychiques ou affectifs du travail sont prépondérants dans toutes les professions. Mais les métiers en relation avec le public ou plus encore en relation avec la maladie grave et la mort sont soumis à des

interpellations fortes sur le sens de leur activité. La manière dont l'organisation des prestations hospitalières rend possible ou non, pour chaque soignant, des marges de manœuvre, est déterminante en matière de plaisir ou de souffrance dans le travail. Ces marges de manœuvre concernent notamment la possibilité de réaliser un réel travail d'équipe et des soins de qualité personnalisés. Les mécanismes de défense permettent souvent aux salariés de conserver leur comportement et attitude habituels malgré leurs difficultés. De façon parfois masquée, l'évolution de cet état peut aggraver à son tour des situations et donner lieu à des oublis voire à des erreurs dommageables. L'approche clinique dans la psychopathologie du travail étudie les situations génératrices de souffrance et de plaisir dans le travail. Si pour privilégier le relationnel, un soignant retardait un traitement médical ou ne réalisait pas un soin d'hygiène, il serait en faute. Mais s'il termine sa journée sans avoir joué son rôle propre d'écoute et d'accompagnement, il est aussi en faute. L'analyse de présentation des informations peut aider à comprendre la fréquence des incertitudes concernant leur perception ou leur signification. Les horaires, la durée et la répartition du travail sont importants. Le rôle de la dette de sommeil sur les troubles du caractère et le risque dépressif gagne à être compris aussi bien par ceux qui peuvent en souffrir que par ceux qui les côtoient. En comprenant les effets du manque de sommeil, bien des jugements hâtifs souvent dévalorisants sur la compétence d'une infirmière de nuit ou sur son caractère difficile pourraient être évités. La souffrance psychique causée par le travail ne conduit pas inéluctablement à l'apparition d'une pathologie de type psychiatrique. Si l'équilibre est sauvé, c'est parfois au prix d'une lutte qui exige parfois le renoncement à un véritable projet de vie et à l'essentiel du désir et de la joie de vivre. Libouan en 1985 a déduit de son étude que 2 manifestations comportementales acquièrent valeur de stratégie défensive : la formation d'une équipe solidaire - la solidarité fonctionne alors comme système de défense -, et l'absence d'absentéisme, tenir à tout prix constitue une priorité. [2] Kasl en 1973 pense qu'un bas niveau de satisfaction professionnelle est lié à la non-participation à la prise de décision, à l'impossibilité de donner un avis retour -feed back- aux superviseurs et au manque de reconnaissance des bonnes performances. Les facteurs qui génèrent classiquement la satisfaction des employés sont la clarté sur les rôles, la communication et le feed back, la possibilité de participer à la prise de décision et les possibilités d'innovation. Lors d'une étude, un quart des infirmières (26%) pensent que leur connaissance du malade n'est jamais prise en compte lors des prises de décision. Cette fréquence est largement plus élevée chez les infirmiers de nuit.

## 1- La motivation

Elles sont variables en fonction du profil de chaque soignant et les motivations du choix de travailler de nuit au départ diffèrent des motivations pour rester. Les arguments avancés le plus souvent sont :

- des obligations familiales pour les motivations de départ
- une ambiance de travail plus conviviale, plus solidaire du fait du moins grand nombre de soignants présents la nuit
- une plus grande autonomie dans l'organisation du travail en dehors des soins relevant d'une prescription médicale et d'une planification répartie sur la journée
- une responsabilité plus importante quant aux décisions concernant un patient du fait de l'accessibilité plus difficile du médecin, du cadre et du personnel moins nombreux.
- une plus grande disponibilité pour la relation avec le patient

## 2- La spécificité physique du travail de nuit

La connaissance des effets sur la santé, la vigilance et les troubles du caractère dus au travail de nuit et de la "dette" de sommeil est indispensable aussi bien pour ceux qui vivent cette situation que pour leurs collègues des autres équipes. Cette connaissance permet à un soignant de nuit d'éviter de se dévaloriser quand il se trouve confronté, en raison des horaires notamment, à ce qu'il considère comme un manque de dynamisme. Une telle information permet aux collègues des autres horaires d'éviter des critiques

hâtives. Elle les incite à organiser la transmission des informations et les rangements de manière à ne pas pénaliser leurs collègues de nuit. La réponse aux angoisses des patients, la nuit, nécessite des soignants qui s'en occupent, de rencontrer l'encadrement et les médecins régulièrement sans amputer leur repos.

Le sommeil :

C'est l'un des problèmes majeurs des équipes de nuit. En effet, le travail nocturne s'oppose au rythme biologique circadien. Les effets de ce décalage sont divers suivant les individus : difficultés d'endormissement, insomnies, réveils précoces... Il a été calculé que les travailleurs de nuit ont une dette de sommeil d'environ deux heures par rapport à leurs collègues de jour. Cela a des conséquences telles que : nervosité, fatigue, troubles de l'humeur, problèmes de vigilance, d'attention, de performance et d'adaptation à une situation nouvelle. ... De plus, ces problèmes s'aggravent avec le temps.

Le stress :

Il est à relier aux problèmes de sommeil et à la pénibilité du travail de nuit. Il est parfois aussi à relier à l'accroissement des responsabilités qui est pourtant cité comme une des motivations au travail de nuit. Les personnels de nuit se plaignent souvent de leur anxiété et de leur irritabilité en relation bien sûr avec le stress.

Les effets sur la production et la sécurité :

De manière générale, il y a dégradation des performances en particulier des temps de réaction durant le poste de nuit, spécialement entre 3h et 6h. La somnolence peut entraîner des endormissements au travail. Il s'agit de la perte de conscience au cours d'un combat pour rester éveillé. La somnolence est donc un avertissement qu'un endormissement peut suivre. Certaines catastrophes sont liées au travail de nuit : Tchernobyl à 1h35, Tree Mile Island entre 4h et 6h et l'accident de la navette Challenger dû à une erreur de jugement tôt le matin.

Les troubles gastro-intestinaux : gastralgies, constipation ...

Des études ont été faites concernant l'alimentation des travailleurs de nuit. Le fait de s'alimenter à un rythme inverse du rythme circadien provoque ces diverses pathologies. [3]

Le comportement alimentaire avec modification des besoins qualitatifs et quantitatifs, troubles de l'assimilation et de la digestion.

Une étude menée à l'Assistance Publique révèle une prise de poids d'au moins dix kilos pour 22% des femmes travaillant depuis moins de trois ans de nuit et pour 50% des femmes travaillant depuis plus de trois ans de nuit.

Les autres pathologies

Ce sont les risques coronariens accrus, la tendance à l'hypertension, la réduction probable du système immunitaire, les dérèglements endocriniens divers découlant directement de ceux évoqués précédemment : dette de sommeil, surpoids, stress...

## **La spécificité psychologique du travail de nuit**

## 1- L'organisation du travail

La nuit, le personnel travaille en binôme infirmière /aide soignant(e). Il est donc plus facile de s'organiser en fonction des priorités, les interruptions sont également moins nombreuses. Le personnel a donc la sensation d'une plus grande autonomie. L'esprit d'équipe, que ce soit pour répondre aux attentes du malade ou en cas d'urgence, est particulièrement important et cité par le personnel de nuit comme un des aspects positifs. Les aides soignants le ressentent tout particulièrement et nombreux sont ceux qui se sentent plus reconnus dans leur fonction de nuit que de jour.

## 2- Les relations professionnelles

Avec l'hôpital : Elles sont difficiles du fait des horaires (bureau du personnel, bureau de la formation continue...), mais des efforts sont faits et sont très appréciés du personnel de nuit.

Avec le service : Les différentes réunions (réunions de service, staff, conseil de service, pots de départ...) sont le plus souvent organisés à l'heure du déjeuner ou en tout début d'après midi. Il est donc rare que le personnel de nuit puisse y assister, quand il y est invité ! Il est probable que cela renforce l'impression de ces personnels que ces réunions leur sont inaccessibles et qu'ils ne font pas partie de l'équipe. De plus, l'horaire des réunions ne tenant jamais compte de leurs impératifs, les démotive à faire des efforts pour y assister.

Avec l'équipe médicale : Les gardes médicales, dans les services la nuit, sont confiées aux internes sous la responsabilité d'un médecin "senior", le plus souvent externe à l'établissement et se tenant aux urgences. La majorité des soignants de nuit n'ont jamais rencontré le chef de service et ses assistants.

Avec l'encadrement : Les soignants de nuit ont le plus souvent à faire au cadre de nuit qui s'occupe de tout l'établissement. Les seuls contacts avec les cadres du service se font par l'intermédiaire du téléphone ce qui ne les satisfait guère.

## 3- L'angoisse et la solitude

Dans une enquête faite en 1998, à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, plus du tiers des soignants trouve le travail de nuit angoissant, sans rapport avec l'ancienneté. Du fait des difficultés de communication dont se plaignent les soignants de nuit, ils se trouvent souvent désarmés quant à la réponse à apporter au patient. Or, celui-ci questionne le personnel, la nuit, essentiellement par rapport à ce qui motive son angoisse personnelle, la maladie, la souffrance voire la mort. Le même problème se pose avec les familles, qui les connaissant moins, demandent à parler à des personnes qu'elles connaissent mieux. Il est également plus difficile, la nuit, d'avoir des recours face à des difficultés d'origine linguistique, culturelle ou religieuse.

## 4- La dévalorisation et l'isolement [4]

"L'infirmière de nuit a besoin de communiquer la spécificité de son vécu professionnel aux autres soignants, notamment à ceux de l'équipe de jour et à la hiérarchie. Sinon, elle risque d'éprouver un sentiment de dévalorisation et d'isolement professionnel qui, à long terme, pourrait s'avérer néfaste, tant pour le soignant que pour la personne soignée" Un manque de communication peut être à l'origine d'un sentiment de dévalorisation, de non-reconnaissance pouvant aller jusqu'à l'isolement [5] [6]

En conclusion, le travail de nuit est un exercice particulier d'un point de vue physique et psychologique. Il est essentiel de limiter les effets de la charge physique et mentale des soignants pour leur qualité de vie au travail mais aussi et surtout pour celle des personnes soignées.

**REFERENCES :**

- [1] Les soins infirmiers la nuit, Guide du service infirmier, N°13, Série soins infirmiers, Paris, 1992
- [2] CHARLET Éric - Infirmières de nuit, la face cachée des hôpitaux - Revue de l'infirmière, 06/2000, N°61 supplément - Pages 5-9
- [3] Alcide E., La pathologie du travail de nuit, Sécurité et Médecine du travail, N° 62, 1982
- [4] MARASCHIN Joëlle - Nuits blanches pour blouses blanches L'infirmière magazine, 05/1996, N°105 - Pages 54-59
- [5] COMBETTE Laurent / FEUILLE Dominique dir. - Cadre de jour, cadre de nuit : une même fonction, mais tellement de différences ! - 74 pages - Mémoire de l'Institut de Formation des cadres de santé - Paris : AP-HP- 1999
- [6] COMMARE Valérie / SIGNORINI Françoise dir. - Mieux vivre la nuit à l'hôpital - 58 pages - Mémoire de l'Institut de Formation des cadres de santé - Paris : AP-HP- 1999.

---

**Chantal Rivaleau**

Cadre de santé de nuit.