

Le travail en douze heures : impact organisationnel

**Véronique Bégaud-Nossit, Brigitte Bonpunt,
Nicolas Dumontier, Frédéric Guérin**

*Service de Réanimation Médicale
Groupe Hospitalier Pellegrin (Bordeaux)*

1. Abstract

Le travail en douze heures a pour particularité de réduire les contraintes organisationnelles imposées par le chevauchement de deux équipes dans un roulement en 7h30.

L'objectif majeur de ce redéploiement de professionnels de santé est d'améliorer la qualité des soins particulièrement dans des services spécifiques tels que les réanimations, les urgences et les surveillances continues. Ce projet va bien au-delà des clichés véhiculés sur les ressources humaines tels que l'économie de personnels, l'amélioration du confort de vie personnelle des agents, la gestion plus aisée de l'encadrement.

Le service de réanimation médicale de Pellegrin à Bordeaux est passé en 12 heures depuis plus de dix-huit mois. Une enquête est menée auprès des soignants pour évaluer les bénéfices de ce changement d'organisation des soins. L'évaluation de ce travail est de mesurer l'impact sur quatre axes : la demande en soin du patient ; l'accueil des familles ; la collaboration du binôme IDE/AS ; la collaboration médicale. Les aspects aussi bien négatifs que positifs ont été retenus dans cette investigation.

2. Background (contexte)

Le travail en douze heures connaît depuis plusieurs années un véritable engouement [1] en France et s'est particulièrement développé dans les services de réanimation et de surveillance continue. Cette organisation de travail a pour conséquence, outre le fait de supprimer le chevauchement de deux équipes de jour, de répondre à deux formes de challenge : d'une part de rationaliser la gestion économique hospitalière en diminuant la charge salariale ; d'autre part, d'accentuer l'attractivité des établissements de soin public par un recrutement plus facile, et par la fidélisation du personnel infirmier [2].

Dans les pays anglo-saxon, ce type de roulement en 12 heures prévaut dans de nombreux établissements de santé et a déjà fait l'objet de beaucoup d'études comme celle "mesurant l'impact sur les soignants [3]" ou encore celle évaluant "les

soins infirmiers qui ont provoqué des erreurs ou des risques d'erreurs [4]". Cependant la législation de ces nations autorise des heures supplémentaires au-delà des 12 heures déjà établies, et la durée hebdomadaire de travail est supérieure à celle de notre pays (> 40h aux Etats-Unis), ce qui limite la portée de ces analyses dans nos frontières.

En outre, si ces études montrent que la durée de travail peut être corrélée avec des erreurs de médicaments [5], elles invitent les institutions sanitaires françaises à une grande prudence sur le sujet. L'application de cette organisation de travail survient par l'obtention d'une dérogation de la loi [6] après consultation du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire.

L'enjeu pour les équipes d'encadrement est de rendre toujours optimale la qualité des soins en s'assurant que leurs collaborateurs s'épanouissent dans leur lieu d'exercice. L'objectif ne serait-il pas alors d'allier un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle comme le préconise Yves Clot [7] ? C'est pourquoi la responsabilité managériale des cadres de santé est d'évaluer à distance les conséquences d'un projet de passage en 12 heures et d'en tirer des ajustements si nécessaire.

L'enquête qui suit a été effectuée dans un service de réanimation médicale Bordelais disposant de 25 lits de réanimation, subdivisée en deux unités de 12 et 13 lits. De plus, une salle dite "d'urgence" avec trois lits est intégrée dans une unité et sert à accueillir le patient, à le techniciser et le stabiliser avant son entrée en chambre.

La mise en place des douze heures a été effective au 1er Novembre 2012 après une période de test de 6 mois et de deux scrutins qui ont donné un suffrage favorable à cette organisation à plus de 80 % du personnel.

L'évaluation à dix-huit mois de la réalisation de ce projet a été une nécessité pour l'équipe soignante, l'encadrement de proximité et l'institution.

3. Objectif

Cette étude a pour but de mesurer l'impact organisationnel sur les soins du roulement en douze heures depuis 18 mois, en prenant en compte l'efficience

collaborative et l'amélioration de la qualité des soins dans un service de réanimation médicale.

4. Méthode

Cette étude a été réalisée sur la base d'un questionnaire comprenant 36 questions. Il est décomposé en quatre thèmes :

- La demande en soin.
- L'accueil des familles.
- La collaboration IDE/AS.
- La collaboration soignant/médecin.

Une catégorie nommée "Généralités" a été ajoutée et termine le formulaire, dont l'intérêt est de mesurer en globalité les douze heures et d'ouvrir le champ des questions sur la perception des agents de leur propre santé.

Les propositions de réponses aux questions sont sous la forme d'une échelle de Likert [8] afin de laisser aux répondants l'expression de leur degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation. Les critères au nombre de quatre, sont de "pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord" et il n'existe pas de réponse neutre.

Les résultats ont été ramenés en pourcentage afin d'obtenir une analyse plus synthétique des situations proposées. Comme l'étude ne concernait pas de comparaison avec un autre modèle horaire ou une autre hypothèse de recherche, le choix des outils statistiques a été limité et ressemble à ceux employés pour les sondages.

Avant de lancer la distribution au sein même du service, le document a été au préalable testé auprès d'une autre réanimation et a permis de rectifier certaines questions qui étaient soit incompréhensibles car mal formulées, soit pouvaient donner lieu à l'interprétation. Dans ces cas précis, les réponses étaient alors multiples ou non remplies.

5. Echantillon

Le groupe interrogé comporte des IDE et des AS qui n'ont pas été volontairement classés afin de préserver au mieux l'anonymat. Ces deux catégories socio-professionnelles sont majoritaires dans le service et représentent en totalité 133 agents.

- Les questionnaires ont été distribués pendant la période estivale du 20 Juillet au 20 août 2013 à 70 agents. 63 ont été récupérés et analysés, exprimant 47 % de la population totale.
- La population concernée à une moyenne d'âge de 32-44 ans et une ancienneté de diplôme de 2007 selon le calcul de la médiane.
- L'ancienneté dans le service correspond à trois années d'exercice minimum (56 %) dont 27 % à plus de 5 ans.
- Une grande majorité des personnes interrogées (59 %) représente l'équipe de Jour et seulement 14 % pour les équipes de nuit. Il a été différencié une troisième équipe "mixte" qui alterne le roulement de jour et de nuit.

6. Analyse de données

6.1. La demande en soin

La demande en soin est l'action par lequel l'IDE planifie et individualise les soins à prodiguer au patient. Pour rappel, la personnalisation de soin s'appuie sur la pertinence d'une démarche de soin précédée par une démarche clinique, ce qui met la personne soignée comme acteur essentiel du processus de soin ([tableau I](#)) [9].

Concernant la performance et la cohérence sur le plan de soins, 86 % et 95 % des agents ont consentis leur accord et tendent à rejoindre les évaluations déjà effectuées dans les services de réanimation [10].

En revanche sur la collaboration avec d'autres professionnels et sur le respect des règles d'asepsie, plus de 30 % des agents nuancent leurs propos affirmant que

les douze heures ne permettent pas d'amélioration dans ces secteurs. Nous pouvons donc penser que ce n'est pas la durée de travail en douze heures qui impose les bonnes pratiques mais il existe plusieurs leviers pour améliorer celles-ci, comme par exemple le rappel au professionnalisme de chaque agent.

S'agissant du suivi du patient, de la disponibilité avec ce dernier et la connaissance synthétique du séjour, la grande majorité (environ 80 % avec un pic à 100 % pour le suivi journalier) a répondu favorablement motivant ainsi l'idée que l'appropriation plus exhaustive du dossier de soin est lié à l'élargissement des horaires.

Les points qui apparaissent les plus négatifs dans le travail en douze heures sont l'insuffisance de qualité des transmissions, l'irascibilité du soignant et le risque d'erreur qui se majore dès la huitième heure [11], 43 % pensent être irritables en fin de journée. Ces objecteurs démontrent l'attention qu'il faut porter aux risques environnementaux et aux conditions de travail [12].

6.2. L'accueil des familles

Cette thématique a été choisie délibérément car elle s'intègre dans un projet de service depuis cette année. Les horaires de visite sont de 15h à 21h et une équipe d'aide-soignant (n=3) est chargée de l'accueil et de l'accompagnement des familles auprès de leurs proches hospitalisés ([tableau II](#)).

En réanimation, l'anxiété est très prégnante chez les familles et il arrive souvent que celles-ci appellent le matin le service pour savoir comment s'est déroulée la nuit avant la visite autorisée de l'après-midi. Pour plus de 90 % des agents interrogés, les douze heures assurent une divulgation d'information en continue et garantissent aux familles d'avoir un seul interlocuteur soignant. Cette donnée est importante car elle soumet l'idée que la répétition de transmissions à de nouveaux collègues cause une dilution voire une disparition de l'information.

Accompagner l'équipe médicale dans l'annonce des mauvaises nouvelles nécessite une disponibilité de l'IDE dans son organisation des soins. Une forte majorité (aux alentours de 60 %) met en avant la faculté de se libérer pour informer, reformuler et écouter les parents des personnes soignées.

Quand la durée de séjour augmente, une relation d'attachement affectif peut s'instaurer avec les proches et réduire la distance entre le professionnel et les membres de la famille d'une personne malade. Le taux de réponse à cette situation est équivalent (48 % versus 44 %), ce qui rend difficile l'interprétation. Chaque soignant peut être confronté à un contexte particulier, qui lui renvoie à cette notion de relation soignant/soigné. Ce concept qui "cache un grand nombre d'interactions et de relations très diverses que nous avons tendance à amalgamer plutôt qu'à identifier et à analyser", comme le décrit Monique Formarier [13].

Près de 65 % du personnel soignant considère qu'une présence élargie et la suppression d'une équipe de soins dans une journée de 24 heures rendent les professionnels plus accessibles aux besoins des familles et diminue le risque de donner des informations contradictoires, qui ajouteraient une angoisse supplémentaire à leurs états déjà anxieux.

La participation au soin par les familles est une tendance qui se développe dans les services de réanimation. Elle est appuyée par des études qui confortent le bien-fondé de cette pratique (diminution des douleurs objectivées par l'EVA) et qui est limitée à certains soins éligibles par les soignants [14]. La réponse à cette question démontre qu'il existe une ouverture possible à l'implication des familles à contribuer au bien-être du patient de réanimation.

6.3. La collaboration IDE/AS

Dans les services dits techniques tels que les réanimations et les surveillances continues, le travail en binôme est une condition sine qua non à une prise en charge d'excellence et holistique de la personne soignée. Même si cette collaboration peut paraître illusoire et idéaliste, quand elle s'obtient elle est reconnue "comme un gage de qualité" (tableau III) [15].

Le partenariat doit s'exercer dès la prise de poste et après les transmissions afin de planifier les soins pour la journée. Selon les IDE et les AS qui ont répondu, une grande majorité à 65 % suggère que les douze heures rendent optimal le diagramme quotidien et l'organisation des actes qui en découlent.

Selon environ 85 % des personnes sollicitées, le travail en binôme se trouve être valorisé par cette organisation. Ce sentiment de reconnaissance semble être un

bon indicateur dans la dynamique d'équipe et peut renforcer la cohésion autour de valeurs professionnelles.

Les deux items suivant, "l'IDE est assisté par l'AS dans les soins techniques" et "la charge de travail AS n'est pas plus importante que celle de l'IDE", peuvent être corrélés ensemble grâce à la légitimation de ce duo et ainsi corroborer l'hypothèse que la bonne entente, l'échange sont des facteurs de réussite dans un cycle de travail nyctémérale diurne.

D'autres éléments sont indissociables à la dynamique de groupe restreint sont la communication et la gestion de conflit. D'après les soignants, à plus de 80 %, les douze heures n'influencent pas les comportements ce qui laisse supposer que les dissensions ou autres antagonismes sont plutôt dépendants des traits de personnalité ou des situations critiques qu'imputables à ces extensions d'horaires.

Le dernier point évoqué dans cette partie concerne le dépassement de tâche qui est une source de risque et de danger dans ces secteurs de soins. L'aide-soignant est amené à effectuer des actes qui sont réputés comme "le sale boulot"[16] et dans un service hautement technique, celui-ci croit qu'accomplir des gestes spécifiques tels que le passage de médicaments par sonde naso-gastrique ou des glycémies capillaires, le distingue de ses confrères des secteurs plus traditionnels. Les douze heures paraissent influencer le dépassement de tâche, selon 86 % de personnes interviewées, voir même le favoriser selon l'interprétation que l'on peut en faire. Il serait alors intéressant d'en rechercher les causes et d'en faire un objet d'étude principal.

6.4. Le soignant/médecin

Le troisième acteur autour du malade et non des moindres est le corps médical. Cette insertion dans le binôme soignant est un vrai privilège pour l'ensemble des parties. Le temps de présence médical en réanimation est d'après les textes de vingt-quatre heures sur vingt-quatre [17]. Dans le cadre de la mise en place de ce projet, il est à noter que l'équipe médicale s'est positionnée clairement en faveur des douze heures, d'où la volonté de notre part de ne pas les intégrer dans l'enquête.

Près de 70 % des soignants ont répondu que les douze heures permettaient une collaboration efficiente. Ce chiffre semble témoigner l'importance de cette

triangulaire qui donne une plus-value à la prise en charge du patient de réanimation. D'ailleurs, le partage de ces moments fréquemment dramatiques pourrait limiter le risque d'épuisement professionnel [18] (tableau IV).

La planification des soins est respectée selon les soignants, à plus de 75 %, ce qui induit fortement une opportunité d'être en douze heures pour l'équipe médicale et pour l'équipe soignante. Ce plan de soin est établi en concertation lors de la visite des médecins et peut donc s'appliquer sur un volume horaire plus étendu. La conséquence est qu'elle diminue les interactions avec d'autres intervenants comme une troisième équipe de soignant d'après-midi. Le plan de soin est donc compris par tous et manifeste pour chacun des acteurs.

Si les deux premiers items sont favorables aux douze heures, cela ne règle pas tout. En effet, l'écoute et la disponibilité semblent insuffisantes pour 40 % des soignants. La réceptivité des médecins aux demandes des soignants est probablement plutôt liée à l'environnement (situations d'urgence) ou à la personnalité propre de chaque réanimateur.

Les douze heures pourraient encourager les médecins à majorer la charge de travail soignante selon 48 % des personnes interrogées. Ce chiffre paraît indiquer davantage une inquiétude de la part des soignants car il est approuvé et éprouvé que si la présence journalière est plus étendue, la charge de travail est plus conséquente. Or, la réanimation tout comme d'autres spécialités, la maternité par exemple, ont des activités et des intensités inconstantes avec des périodes de "rush" et d'autres plus calmes.

L'équipe médicale s'inscrit dans une relation de confiance grâce aux douze heures à en croire 75 % des soignants. Cette donnée semble consolider l'idée que le temps de présence commun aux acteurs désacralise les fonctions des uns et des autres et permet de partager de façon directe les problématiques rencontrées.

Les douze heures n'influencent pas l'autonomie des soignants selon 80 % d'entre eux. Les menaces qui peuvent peser sur l'autonomie sont de trois types d'après Sainsaulieu [19] : l'hyper technicisation provoquée par des machines de plus en plus performantes ; l'intensification du rythme du travail par la diminution de la durée de séjour et le manque de personnel ; la lourdeur des procédures par le contrôle de qualité, l'encadrement des soins dans des normes, les soucis de traçabilité...

6.5. Généralités

La perception des douze heures est satisfaisante même très satisfaisante d'après 90 % des soignants si on regroupe les deux variables. Cet enthousiasme pour ce roulement est toutefois à relativiser en fonction de l'échantillon non représentatif des équipes de nuit. Or, le personnel de nuit est souvent réfractaire aux douze heures [20] (tableau V).

Il n'en demeure pas moins que cette satisfaction est en lien avec l'historique du projet et la volonté des agents (dans sa majorité) à adopter le travail en douze heures.

Une des composantes à cette représentation positive est la possibilité de mêler sa vie privée avec sa vie professionnelle.

Le tableau VI ci-dessus retranscrit le consensus approuvé majoritairement par 90 % des soignants, sur l'équilibre supposé vie privée/vie professionnelle de ces roulements en douze heures. Cette question fait écho à l'actualité sociale où le rapport au travail s'est modifié avec par exemple l'intégration par les professionnels et futur professionnels de l'allongement du temps de loisirs au moyen des RTT. Mais l'évolution du rapport au travail concerne surtout la population féminine qui souhaite concilier leur fonction maritale et maternelle sans faire l'impasse sur leur construction identitaire sociale, grâce à leur implication dans le travail [21].

Les douze heures peuvent-ils influencer l'état de santé ? A priori oui, si l'on se fie aux études qui démontrent que travailler plus de onze heures par jour accroît le risque de dépression [22]. Or, selon notre sondage, 65 % pensent qu'il n'existerait pas d'impact négatif du roulement en douze heures sur leur santé. Cela peut s'expliquer par le fait que c'est la dénomination "roulement" qui prédomine sur les douze heures et non pas la fatigabilité engendrée par une journée de travail (figure 1).

C'est une donnée qui peut avoir son importance dans la réflexion d'un projet de mise en place des douze heures. Tenir compte du roulement dans ses alternances périodiques récupération/travail, tout en respectant l'aspect statutaire, est un élément d'élaboration indispensable pour une bonne mise en oeuvre des douze heures.

Cette question (figure 2) a pour but d'avoir un aperçu de l'état de santé des agents selon leur estimation individuelle. Elle n'est en rien objectivée par un interrogatoire médical mais est limitée à une impression générale par l'intermédiaire d'une note de un à dix (dix étant une excellente forme).

Le résultat est de 7,68 de moyenne ce qui correspond à une très bonne note. Le roulement des douze heures instauré dans ce service bordelais (un weekend sur trois travaillé et jamais plus de deux jours de suite) semble préserver une récupération efficace avec ce rythme de travail. L'intensité journalière peut être importante, surtout fluctuante, en fonction de l'activité mais l'espace entre les séries de vacation peut augurer des temps de repos convenables et permettre ainsi à chaque employé de se ressourcer.

7. Discussion

Ce travail nous a permis d'élargir les réflexions sur le travail en 12h. Bien que préparé, débattu et conseillé avant sa mise en place dans le service, beaucoup de questions nous sont apparues par la suite.

Tout d'abord existe-t-il un planning idéal ? Le genre de planning qui allie une organisation optimale, qui améliore la qualité des soins et qui serait en adéquation avec la vie professionnelle et la vie privée. Malgré nos vœux d'atteindre et de toucher ce parangon, il y apparaît plus de complexités et d'obstacles. Il est sûr qu'il y a une réelle congruence entre planning et organisation des soins. Et c'est cette équation à laquelle il faut réfléchir sérieusement. Les problématiques de planning peuvent faire sortir des problématiques d'organisation et inversement.

Ce type de roulement fait peur aux agents qui ne le connaissent pas. Il est souvent stigmatisé. Correspondrait-il plus à une population catégorisée dans une tranche d'âge ? L'expérience dans le service ne le démontre pas. Il serait intéressant d'approfondir cette question. Nous aurions pu croiser les données "satisfait" et "ancienneté" afin de tirer des conclusions. D'autres critères semblent rentrer en ligne de compte comme le rythme biologique, la suppression de l'alternance matin/soir, repas à heures régulières...

Nous ne pouvons pas parler du roulement en douze heures sans évoquer l'alternance jour/nuit. Les problématiques de nuit sont-elles les mêmes que celles de jour ? Ce questionnement intervient en particulier dans les services de réanimation car le quota d'infirmière de jour doit être le même que celui de nuit d'après la réglementation. Depuis quelques années, les équipes fixes de nuit diminuent et deviennent moins attractives. Les équipes de jour sont amenées à compenser les manques qui deviennent de plus en plus nombreux créant ainsi une troisième équipe dont le roulement est une alternance périodique jour/nuit.

Cette augmentation du temps de travail journalier est en corrélation avec une diminution du temps de travail hebdomadaire et donc une augmentation du temps libre. La mise en place des RTT [23] a modifié la perception du travail et du temps libre. Est-ce que les 12 heures ont pour ambition de répondre à cette problématique ? A première vue oui. Les douze heures ressembleraient à cette description ad hoc si nous considérons que travailler 3 jours par semaine, un weekend sur trois est plus avantageux que cinq jours hebdomadaires et un weekend sur deux.

Enfin beaucoup de services passent en douze heures. Nous voyons fleurir des roulements tous très différents et inventifs. Ne pourrait-il pas y avoir un consensus de bons conseils sur le roulement en douze heures, à la manière de recommandations de bonnes pratiques élaborées par des sociétés savantes ?

8. Limites

L'une des premières limites à ce travail est la taille de l'échantillon interrogée qui a été inférieure à nos prévisions. La période choisie pour la distribution est un facteur pronostic indéniable pour l'échantillonnage. La modalité de cette distribution aussi est un autre facteur, car nous avons distribué "en main propre" plutôt que de réaliser un envoi par « mail » ou de les accrocher à la fiche de salaire. Ce mode de diffusion a toutefois permis de récupérer 90 % des documents.

Une autre limite de l'étude est la composition du questionnaire. Si le modèle choisi de questions psychométriques a été volontairement édulcoré en ne proposant pas de réponse neutre, il aurait été peut être plus intéressant d'introduire des questions ouvertes. Mener des entretiens semi-directifs aurait pu aussi contribuer à

agrémenter l'analyse et permettre ainsi aux agents, d'offrir d'autres commentaires sur le travail en douze heures.

Après la forme, le fond. Il faut reconnaître que certaines questions pouvaient laisser penser à une comparaison d'un roulement des douze heures à celui des huit heures. D'autant plus qu'une grande partie des agents ont connu "l'ancien régime" et qui leur était facile de répondre dans ce sens. Néanmoins toutes les questions ont obtenues une réponse et une seule, par contre quelques annotations ont été rajoutées et n'ont pas été prises en compte.

Enfin, le dernier biais de cette enquête est qu'elle a été réalisée sur un seul site. Déployer une étude multicentrique aurait eu alors un double intérêt : comparer des organisations en douze heures qui n'ont pas la même ancienneté afin de faire émerger des problématiques hétérogènes et objectiver les données statistiques en s'associant par exemple avec un service de médecine du travail.

9. Conclusion

Nous pouvons constater que la perception des douze heures, par la majorité des soignants, est satisfaisante et agit indéniablement sur l'organisation des soins. L'impact mesuré dans cette étude démontre une meilleure collaboration du trinôme IDE-AS-Médecin qui passe par un rééquilibrage de la charge de travail et un renforcement de la relation de confiance. De plus, cette enquête a montré l'amélioration de la qualité des soins et l'accompagnement des familles en réanimation grâce au roulement en 12 heures.

Cependant certains écueils sont apparus comme une propension à l'accentuation de dépassement de tâches et de troubles thymiques (irascibilité) en fin de journée ainsi qu'une majoration du risque potentiel d'erreurs liées aux soins. La corrélation directe entre les douze heures et ses risques ont déjà été démontrés et il reste à l'encadrement d'adopter une grande vigilance.

Il n'existe pas de modèle horaire idéal mais plutôt des roulements cadentiels de travail qui seraient idoines à des spécialités, tels les services de réanimation ou de surveillance continue.

La proposition que nous ferions suite à ce travail est de chercher avec l'équipe soignante une trame de journées de travail au plus proche des réalités environnementales des agents (situation géographique travail/domicile) ; des réalités des situations sociales des agents (monoparentalité, activité du conjoint...) et autres particularismes afin d'établir des jours de récupération égaux voir supérieurs au jours de travail. Il serait donc intéressant par exemple de pousser la recherche sur la comparaison de plannings qui proposent trois jours de travail consécutif avec d'autres qui imposent deux jours et de mesurer le nombre d'évènements indésirables et le nombre d'accident du travail engendrés par ces cycles.

Finalement le roulement en douze heures n'a pas tout dévoilé et il reste encore des champs heuristiques à explorer. Pour un service d'hospitalisation comme la réanimation, l'application des douze heures correspond à un changement de paradigme pour beaucoup de soignants. Dès lors, l'aménagement d'une telle organisation de soin nécessite un accompagnement des équipes et une évaluation à distance car le résultat à obtenir et à ne jamais oublier est l'optimisation de la qualité des soins.

Nous ne manquerons pas d'ailleurs, de finir sur cette citation : "Il n'y a rien de négatif dans le changement, si c'est dans la bonne direction".

Winston Churchill

Bibliographie

- [1] Ouagued M., Cigan D., « le travail en douze heures à l'hôpital. Pourquoi un tel engouement ? », Revue hospitalière de France, Juillet-Août 2013, p58-63
- [2] Richardson A., Turnock C., Harris L., Finley A., Carson S., "A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff" Journal of Nursing Management 2007, 15, 838-846
- [3] Scott L., Rogers A., Hwang W-T., Zhang Y., "Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients safety", AJCC-AACN, January 2006, Volume 15, N°1
- [4] Wilkins K., Shields M., Rapport sur la santé, vol. 19, n°2, juin 2008, statistique Canada, n°82-003
- [5] Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- [6] Clot Y., "Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux", La Découverte, 2010
- [7] Mucchielli R., "Le questionnaire dans l'enquête psychosociale", Esf Ed., 1993

- [8] Psiuk T., "Raisonnement clinique et personnalisation des soins", Savoirs et soins infirmiers, Elsevier Masson, 2009
- [9] Nael, Touranchet, Renoul, Tricoire, Reignier j., "Evaluation d'un planning en douze heures : résultats de l'enquête d'évaluation d'un changement d'horaires de travail dans un service de réanimation polyvalente", 34ème congrès de la SRLF, 2006
- [10] Rogers A., Hwang W-T., Scott L., Aiken L., Dinges D., "The working hours of hospital staff nurses and patient safety", Health Affairs, Volume 23, Number 4, July/August 2004
- [11] Bloodworth C., Lea A., Lane S., Ginn R., "Challenging the myth of the 12 hour shift : a pilot evaluation", Nurs Stand., 2001
- [12] Formarier M., Recherche en Soins Infirmiers, N°89, 2007/06, p 33-42, 30 réf., ISSN 0297-2964, FRA
- [13] M.Thirion et col., "Peut-on faire participer les familles aux soins en réanimation ?", Réanimation Urgences, 2010, 19, suppl 1, S135-S136
- [14] Sainsaulieu I., "Le malaise des soignants : Le travail sous pression à l'hôpital", L'Harmattan, "Logiques sociales", 2003
- [15] Arborio A.M., "Un personnel invisible : les aides-soignants à l'hôpital", Paris : Anthropos, collections "Sociologiques", 2001
- [16] Article D. 712-108 du Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique.
- [17] Chahraoui K., Bioy A., Cras E., Gilles F., Laurent A., Valache B., Quenot J.P., "Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative",
- [18] Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Volume 30, 2011
- [19] Sainsaulieu I., "L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité", perspectives sociologiques, Ed. Belin, 2007
- [20] Ledoyen J.R., Waelli M., "Le travail en douze heures : solution d'avenir ou fuite en avant ?", Les cahiers hospitaliers, Octobre 2011.
- [21] Méda D., Vendramin P., "Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ?", Sociologies, Théories et recherches, Décembre 2010
- [22] Virtanen M., Stanfield S.A., Fuhrer R., Ferrie J., Kivimäki M., "Overtime work as a predictor of major depressive episode : A 5-Year follow up of the whitehall II study", Plosone 7, January 2012
- [23] Loi Aubry du 13 Juin 1998 et du 19 Janvier 2000 instituant "la semaine de trente cinq heures"

Tableau I

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout a Fait d'accord
*Performance	-	14 %	76 %	19 %
*Cohérence plan de soin	-	5 %	54 %	41 %
*Respecte règles d'asepsie	1 %	35 %	48 %	16 %
*Collaboration	5 %	24 %	40 %	32 %
*Suivi patient journée	-	-	29 %	71 %
*Disponibilité	-	21 %	54 %	25 %
*Erreurs	10 %	54 %	33 %	3 %
*Irrascibilité	5 %	52 %	30 %	13 %
*Qualité transmissions	18 %	52 %	24 %	6 %
*Synthèse	1 %	10 %	75 %	14 %

[Retour au texte](#)

Tableau II

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
*Continuité d'information	-	8 %	70 %	22 %
*Un seul interlocuteur	-	5 %	52 %	43 %
*Accompagner pour annonce	-	16 %	62 %	22 %
*Disponibilité	1 %	19 %	59 %	21 %
*Moins accessible	16 %	67 %	14 %	3 %
*Relations affectives	1 %	48 %	44 %	6 %
*Infos contradictoires	14 %	65 %	17 %	3 %
*Participation famille	17 %	73 %	6 %	3 %

[Retour au texte](#)

Tableau III

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
*Plan de soin optimal	2 %	8 %	65 %	25 %
*Communication	1 %	13 %	56 %	30 %
*Travail en binôme valorisé	3 %	13 %	44 %	40 %
*Assistance pour les soins	6 %	29 %	54 %	11 %
*Charge de W AS	11 %	63 %	17 %	8 %
*Plus de conflits	24 %	60 %	13 %	3 %
*Dépassement de tâches	1 %	13 %	51 %	35 %

[Retour au texte](#)

Tableau IV

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
*Collaboration efficiente	-	19 %	69 %	19 %
*Planification respectée	1 %	22 %	65 %	11 %
*Médecin réceptif	2 %	38 %	52 %	8 %
*Majoration charge de W	11 %	51 %	25 %	13 %
*Relation de confiance	3 %	16 %	75 %	6 %
*Autonomie restreinte	19 %	79 %	1 %	-

[Retour au texte](#)

Tableau V

	Pas du tout satisfaisante	Pas satisfaisante	Satisfaisante	Tout à fait satisfaisante
Perception 12H	-	10 %	52 %	38 %

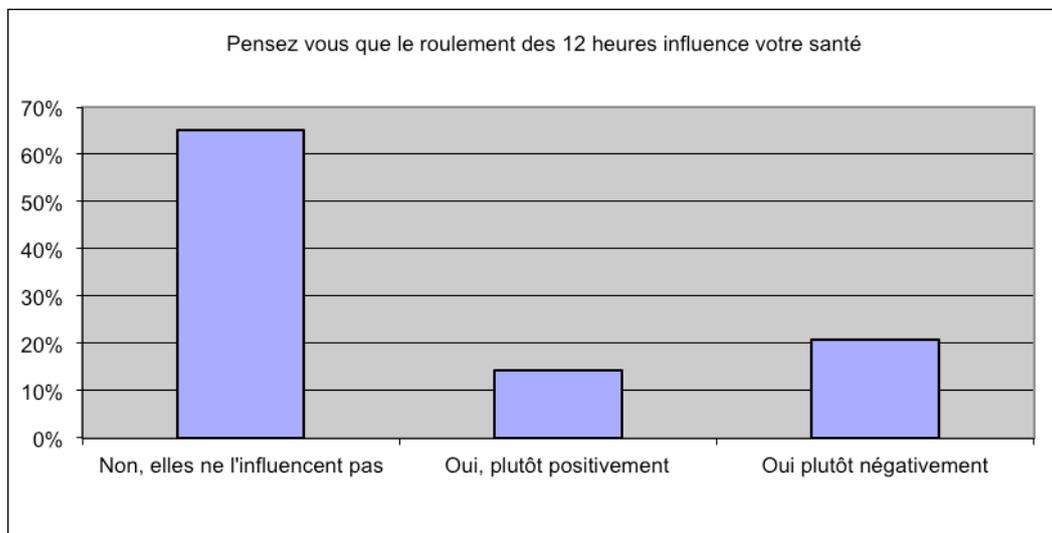
[Retour au texte](#)

Tableau VI

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Alliage vie privée/professionnelle	3 %	6 %	27 %	63 %

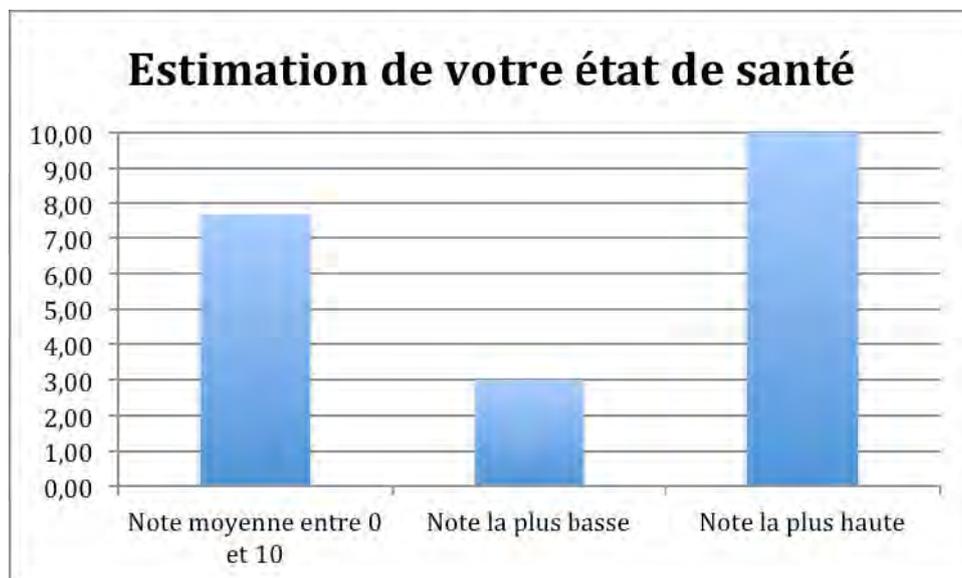
[Retour au texte](#)

Figure 1



[Retour au texte](#)

Figure 2



[Retour au texte](#)