

**Faculté de santé publique**

**Les douze heures dans les services  
d'urgence à Bruxelles  
A la rencontre des infirmiers**

Mémoire réalisé par

**Erik Vanhalle**

Promoteur·rice(s)

**Nataly Fillion**

Année académique 2022-2023



Les douze heures dans les services d'urgence de Bruxelles  
A la rencontre des infirmiers

## Remerciements

Je tiens à remercier en tout premier lieu ma promotrice, Madame Nataly Filion, pour son implication et les judicieux conseils formulés tout au long de ce travail. Je la remercie également pour sa capacité à me cadrer, tant je trouvais le sujet passionnant.

Je remercie chacun des intervenants ayant participé à cette étude et qui ont pris sur leur temps de vie privée et envers qui je me suis engagé à respecter les conditions d'anonymat. J'ai eu la chance, en tant qu'acteur travaillant dans le même domaine d'expertise, de découvrir toutes les possibilités que cette nouvelle dynamique de travail offrait.

Je suis reconnaissant envers ma famille : parents et belle famille pour votre relecture et vos conseils. Plus particulièrement encore envers ma femme, Zoé, sans qui, même le master n'aurait pu être envisagé.

Enfin je remercie les personnes qui n'ont pas été citées et qui pourtant m'ont aidé par leur expérience, parfois à des postes plus élevés. Leurs suggestions et leurs idées furent de beaux présents.

## Le plagiat

*« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. »*

## Conflit d'intérêt

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt pouvant porter atteinte à l'objectivité de la recherche.

*Vanhalle Erik*

## Table des matières

Introduction.....	1
1. Cadre théorique.....	2
1.1 Les urgences de Bruxelles et leurs conditions de travail.....	2
1.2. Motif d'acceptation des shifts de douze heures.....	4
2.Cadre légal.....	5
3.Limites et impact des douze heures.....	7
3.1. Sur le personnel.....	7
3.1.1Santé mentale.....	7
3.1.2. Santé physique.....	8
3.1.3. Santé sociale.....	9
3.2. Sur le patient.....	9
3.3. Sur l'équipe.....	10
4.Méthodologie.....	12
4.1. Echantillon.....	12
4.1.2. Critères d'inclusion.....	13
4.1.3 Le recrutement.....	13
4.2. Considérations éthiques.....	14
4.3. Recueil des données.....	14
4.4. Guide d'entretien.....	15
4.5. Déroulement des entretiens.....	15
4.6. Traitement des données.....	17
5. Résultats.....	18
5.1. Présentation de l'échantillon.....	18
5.2. Analyse des données.....	20
5.2.1. Le travail.....	20
5.2.1.1. Organisation du travail aux urgences.....	20
5.2.1.2. Description du travail aux urgences.....	21
5.2.1.3. L'introduction et la transition aux 12 heures.....	24
5.2.2. Enjeux.....	26
5.2.2.1. Description des raisons de l'adhésion aux 12 heures.....	26
5.2.2.2. Evolution des raisons du choix avec l'expérience du travail en 12 heures.....	28
5.2.3. La santé.....	31
5.2.3.1. Santé sociale.....	31
5.2.3.2. Santé mentale.....	32
5.2.3.3. Santé physique.....	32

5.3.3. Les nuits .....	33
5.3.4. Habitudes alimentaires .....	34
5.2.4. Les patients.....	35
5.2.5. Nouvelle dynamique d'équipe.....	37
5.2.5.1. Micro-équipes.....	38
5.2.5.2. Absentéisme .....	39
5.2.5.3. Réseaux sociaux .....	40
6. Discussion.....	40
6.1. Echantillon.....	40
6.2. Analyse interprétative.....	41
6.2.1. Organisation du travail .....	41
6.2.2. L'introduction aux 12 heures.....	42
6.2.3. Enjeux.....	42
6.2.4. Evolution des raisons du choix.....	43
6.2.5. La santé.....	44
6.2.6. Les nuits .....	44
6.2.7. Les patients.....	45
6.2.8. Dynamique d'équipe .....	45
7. Limites et biais.....	47
7.1. Biais de méthodologie .....	47
7.2. Biais d'échantillon.....	48
7.3. Autre Biais.....	49
8. Perspectives.....	49
9. Conclusion .....	51
10. Liste des références.....	53
11. Annexes .....	56
11.1. Annexe 1 : guide d'entretien.....	56
11.2. Annexe 2 : Arbre à thème .....	59

Abréviations :

-ECG : électro cardiogramme

-Hp : hospitalisation provisoire

-Kce : centre fédéral d'expertise de soin de santé

-Réa : réanimation

-Siamu : Soins intensif et aide médicale urgente (Titre particulier en soins infirmiers)

-Smur : Service mobile d'urgence et de réanimation

-SPF : service public fédéral

-TPP : Titre professionnel particulier

-TMS : Troubles musculosquelettiques

-Usi : Unité de soins intensif

## **Introduction**

En 2022, la Belgique et la majorité des pays développés présentent des problèmes démographiques au niveau de leur personnel infirmier (Vivet et al, 2021). Ces derniers ont vu leurs effectifs fondre de manière structurelle au fur et à mesure des années (Statbel,2020), la pandémie de covid 19 agissant comme un catalyseur sur le reliquat encore présent. A tel point que certains hôpitaux doivent fermer une partie de leurs unités de soins après la pandémie de SARS-cov-2 (Spencer, 2023). Dans un système de soins en forte concurrence, certaines institutions cherchent à maximiser la rétention de leur personnel pour maintenir leurs activités (Gobert, 2010). Parmi les adaptations, les services d'urgences de Bruxelles voient apparaître depuis la dernière décennie un nouveau modèle, celui des gardes de douze heures. Cette dynamique de travail, encore peu connue, est socialement encore peu admise et fait l'objet de débats. (Vincent, 2014).

Si cette adaptation présentée comme flexible fait ses preuves, elle pourrait profondément réformer notre modèle de société. Actuellement, le service public fédéral belge (SPF) de l'emploi décrit les semaines de travail autour d'un modèle à cinq jours clairsemés dans l'effort par le week-end. La construction de notre société englobe notre vie professionnelle poussant son paradigme jusque dans nos lois, légitimant les frontières entre employeurs et employés (loi sur le travail, 1973). Au niveau du personnel et plus particulièrement en milieu hospitalier, les douze heures permettraient de considérer le partage des semaines sous une autre optique : des semaines raccourcies mais intenses au profit de longs week-ends moins nombreux (Vincent, 2017). Un schéma d'heures définies en fonction du contrat de travail et répartie sur un nombre de jour moins important qu'auparavant. Une diminution du nombre de quart de travail et la possibilité d'une plus grande prévisibilité dans le temps sont perçues comme facteur de bien-être (Vincent, 2017). Ces arguments inciteraient les infirmiers à recourir aux gardes de douze heures et même à en être les principaux défenseurs, impliquant des modifications dans plusieurs domaines de leur vie.

Sur le plan professionnel, des études mettent en avant une fatigue plus élevée ainsi qu'une baisse de productivité, de vigilance et une augmentation de risques pour la santé chez les agents concernés (Banakhar, 2017).

Selon le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), lorsque l'on parle d'hôpitaux et de services d'urgences, nous devons nous rappeler que nous parlons de services travaillant sept jours sur sept et de manière continue, c'est-à-dire également de nuit, en week-ends et jours fériés (KCE, 2016). Si la satisfaction au travail n'est pas sensiblement diminuée dans le cadre des shifts de douze heures par rapport aux huit heures (Banakhar,2017), étant moi-même infirmier aux urgences en shift de douze heures, je m'interroge sur les effets et le bien-fondé des shifts de douze heures en milieu hospitalier et plus particulièrement dans les services d'urgences. Habitant la capitale, je limite mes observations à la région Bruxelles capitale et ses quinze services d'urgences (KCE, 2016), car elle nous offre un large panel d'hôpitaux aux caractéristiques variées. En interrogeant les infirmiers des services d'urgences, je mets en lumière leur manière de concilier leur vie privée et vie professionnelle dans le cadre des gardes de douze heures et analyse ce que leur discours révèle par rapport à ce que la théorie nous offre.

Mon objectif étant d'éclaircir la perception et le vécu qu'ont les infirmiers de Bruxelles de cette nouvelle dynamique de travail en regard des enjeux qui les entourent dans des sujets variés tels que leur vie privée, leur santé, la qualité dans les soins, la dynamique d'équipe et le management.

## **1. Cadre théorique**

### **1.1 Les urgences de Bruxelles et leurs conditions de travail**

La loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008, définit clairement ce qu'hôpital signifie. Ces institutions comportent un grand nombre d'unités de soins. Ces unités disposent de différences basées sur leurs spécialités, chirurgicales ou médicales et sur leurs mécanismes de financement par consultations ou hospitalisations. Ainsi que dans leurs trajets de soins, planifiés ou non et enfin sur le caractère médical du patient, aigu ou chronique. Dans ces hôpitaux, les urgences assument un rôle de plus en plus central. Du fait de la croissance de leur activité et la raréfaction de la médecine générale (OCDE, 2020), le volume de patients n'a cessé d'augmenter durant les 10 dernières années et particulièrement à Bruxelles (23% entre 2010 à 2019), selon le SPF santé publique. La Belgique se différencie d'ailleurs sur ce point par le nombre élevé de services d'urgences (1.24 service par 100 000 habitants) (KCE, 2016).

Nous ne ferons pas le détail de toutes les différences internationales dans ce travail, mais nous mettons en avant la particularité qu'offre le service d'urgence et le différentiel qui pourrait être fait, en Belgique, en comparaison à d'autres unités de soins.

Par exemple, le recours par les patients aux services d'urgences ne fait l'objet d'aucune obligation et n'est pas mise en palier. Ce qui signifie que l'admission aux urgences peut se faire en première intention, sans la recommandation d'un médecin généraliste. Le vocable utilisé, de manière indigène est « service porte » (SPF santé publique, 2019).

L'activité des services d'urgences est définie dans un cadre légal et il est important de différencier les « services de soins urgents spécialisés » des « services de premières prises en charge des urgences ». En effet, dans notre étude nous faisons référence au premier cas.

Elles ont comme prérequis : « doivent être en mesure de préserver, de stabiliser et de restaurer les fonctions vitales et sont chargées de la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou y est transportée et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats. Elles doivent être ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept et disposent de caractéristiques techniques spécifiques. Ces unités doivent disposer en permanence de deux infirmiers dont au moins un doit être porteur d'un titre particulier soins intensifs et soins d'urgences ou équivalent et d'un médecin spécifique aux services d'urgences ». (KCE, 2016, p.11)

Cette proportion infirmière est dépendante de la densité de populations des régions étudiées et des profils de consommations de soins. Si nous parlons du flux des patients, c'est que le nombre d'infirmiers constituant une équipe d'urgence est étroitement liée à ce flux, mais ne fait l'objet d'aucune norme minimale quant à sa charge de travail (Gobert & al, 2010). Pour la Belgique, Bruxelles serait d'ailleurs premier au podium du nombre de contacts par la population et un service d'urgences avec 594 contacts pour 1000 habitants (SPF santé publique, 2019). Nous ne cherchons pas à définir les raisons d'un tel état de chose, mais nous supposons que les infirmiers interrogés font partie d'équipes plutôt grandes par rapport à la moyenne et que la charge de travail n'y est pas obligatoirement corrélée.

Enfin, les suggestions faites par le KCE, organe d'expertise délivrant certaines recommandations, orientent ses messages vers une diminution du nombre d'hôpitaux en Belgique via un système complexe de financement. L'important à retenir étant que la politique semble rejoindre cette philosophie (Vandenbroucke,2022) et que le flux de patient risque de se densifier pour les hôpitaux qui seront les plus résilients. Notre étude prend place

dans un milieu où les infirmiers travaillent dans des services soumis à de hautes fréquentations en termes de patients.

## **1.2. Motif d'acceptation des shifts de douze heures**

En France, les raisons du recours aux douze heures sont évoquées dans la littérature comme un moyen, pour les soignants, de se détacher de leur lieu de travail (Vincent, 2017). Cette manière de penser provient de la dynamique de planification des horaires. L'imprévisibilité et le nombre élevé d'horaires différents seraient vecteur d'un nombre de jours de repos vécus comme moindre qu'il y en a théoriquement (Vincent, 2017). En Belgique, le contrat de travail à temps plein s'établit autour d'un modèle de trente-huit heures par semaine (Loi sur le travail, 1971), s'articulant le plus souvent selon un modèle de trois shifts se chevauchant à certains moments de la journée. Ce modèle, appelé « huit heures », découpe les shifts en huit heures de matinée, huit heures d'après-midi et dix heures de nuit en moyenne. Comme nous parlons de services continus englobant les week-ends et les jours fériés, le salarié prestera ses heures de manière irrégulière. Il ne sera pas rare de devoir prêter des séries de six à sept jours d'affilée ou plus (Vincent, 2017). Ce système rendant complexe toute capacité à se projeter dans le futur (Knauth, 2006).

Dans le cas des douze heures, la présence au travail diminue fortement. Ramenant le nombre entre douze et quatorze jours en moyenne par mois (dans le cas d'un temps plein) avec une prévisibilité augmentée puisqu'il n'existe plus que deux shifts de douze heures. Par ailleurs, le nombre de week-ends de prestation est réduit, passant d'un week-end sur deux à un modèle d'un week-end sur trois.

Au travail, l'unique chevauchement de shift lors du croisement des équipes se faisant soit le matin, soit le soir et de manière brève (Vincent, 2017 ; Banakhar, 2017). Le modèle est également plébiscité pour la continuité des soins. L'infirmier ayant moins de temps à mobiliser pour ranger le service avant le shift suivant, il accorderait plus de temps aux patients. (Vincent, 2017).

D'un point de vue managérial, la planification des horaires serait plus aisée en douze heures. Le passage d'un modèle « classique » à un modèle en douze heures permettant de diminuer le nombre d'intervenants à l'horaire et de gommer les effets de roulements de shifts, comme les rapports ou les rangements et les temps de flottements (Vincent, 2017, p.4).

Pour le gestionnaire, le succès des douze heures s'explique par la diminution de 3.5% des effectifs en moyenne par rapport aux 8heures, pour une même activité (Cheyrouze & Barthe, 2018, p.2). De plus, le découpage d'une journée en douze heures implique que les rapports de transmissions, ayant lieu entre les deux shifts soient comptabilisés sur le temps de vie privée du personnel. Les journées de travail durant en réalité douze heures et vingt minutes, voir plus (Vincent, 2017). Mais en contrepartie cette mécanique entraînerait une diminution de la vigilance chez les infirmiers et des effets délétères comme sur les maladies professionnelles (Cheyrouze & Barthe, 2018 ; Knauth, 2006).

## **2.Cadre légal**

Comme une bonne partie des études quantitatives nous proviennent de pays anglo-saxons (Ejebu, Dall'Ora & Griffith, 2021), il convient de nuancer leurs résultats en les soumettant à la réalité du pays étudié.

En Belgique, la loi encadre les salariés dans leur rythme de travail, la fréquence des shifts, les pauses octroyées, les congés annuels et les heures supplémentaires. Cela se reflète également dans la philosophie des arrêts maladies ou enfin les écartements. (Loi sur le travail, 1971).

Les urgences de Belgique s'inscrivent dans un système de dérogations à la loi organique sur le travail de 1971, à condition de respecter les critères d'un travail en continu mobilisant des équipes différentes à des temps différents au sein d'une commission collective de travail spécifique (Loi sur le travail, 1971). Il est important de signaler que cette dérogation ne s'active pas uniquement sur des critères de travail continu et de shifts alternés, mais également sur le statut de soins « critiques ». Par exemple, les soins intensifs et les urgences. Cet aspect pourrait empêcher le recours aux douze heures dans les services ne disposant pas de cet attribut.

En Belgique, les dispositions qui sont prises en matière de règlements hospitaliers sont régulées sur un modèle de concertation entre les employeurs et les employés via des entités défendant leurs intérêts, les syndicats. Ces derniers doivent défendre et assister les travailleurs dans leurs choix tout en les tenant informés des conséquences éventuelles. Le passage d'un horaire à un autre ne fait pas exception (Vincent & Volovitch, 2003).

Enfin, les barèmes déterminant le salaire des infirmiers hospitaliers sont fixés en fonction de l'activité réelle et non pas du diplôme obtenu. Cet aspect le différencie des autres pays, premièrement parce que le métier d'indépendant hospitalier n'est pas la norme selon l'office

belge des statistiques (StatBel, 2020) et deuxièmement parce qu'il n'y a pas de différence de revenus en fonction d'un titre particulier types soins intensifs et aide médicale urgente (Siamu) (Institut de classification de fonction, 2022). En France, une étude longitudinale d'un an révèle, d'ailleurs que « l'intention de démissionner » en raison du revenu est motivée à 37.6%. Derrière le manque de soutien psychologique (41.9%), le nombre insuffisant de personnel (41.4%) les attentes professionnelles insatisfaites (41.2%), la pression du temps associée à l'incapacité de finir ses tâches (40%) et enfin devant l'équilibre entre vie privée et professionnelle (32.7%) (Jasseron & al, 2006).

Quelque soit le type d'horaire que l'employé doit prêter. La loi belge relative au travail (1971) rend légitime la relation employeur/employé en jours ouvrés du lundi au vendredi selon un contrat de trente-huit heure (pour les temps plein). Travailler dans le secteur non-marchand ne fait pas exception, les employées reçoivent une compensation financière pour les heures dites « inconfortable ». Cette particularité prend effet à partir de vingt heure et entre dans les conditions du travail de nuit. A ces variables s'ajoutent le travail du dimanche, considéré comme « illégal » en Belgique sauf dans le système de dérogation des services continus, le revenu perçu est par conséquent encore majoré par rapport aux nuits avec un salaire horaire maximum les dimanches nuits.

Toujours selon la Loi sur le travail, les heures supplémentaires dans le système des dérogations sont permissives avec des limites spécifiques. Le temps absolu que doit prêter un employé par semaine est défini, la nécessité de devoir couvrir des plages horaires comprenant les week-ends, les nuits et les jours feriés impliquent nécessairement une correction dans le temps afin de respecter les modalités horaires des employés. Cette dérogation entre dans les conditions de la commission paritaire 330.04 et dispose des limites comme tel : *« il est, non seulement, autorisé de prêter trente-huit heures en moyenne sur treize semaines (un trimestre), mais en outre, les travailleurs peuvent être soumis à des horaires qui prévoient onze heures de travail par jour. Néanmoins, ils ne peuvent pas prêter plus de cinquante heures par semaine. Cette limite de cinquante heures par semaines peut être dépassée pour autant que la moyenne de trente-huit heure hebdomadaire soit respectée sur une période de quatre semaines. Toutefois le dépassement du seuil maximal hebdomadaire est limité par le fait que le nombres d'heure supplémentaires par trimestre est fixé à cent quarante-trois heures. En cas de dépassement des heures de repos compensatoires doivent immédiatement être octroyées. Si un travailleur doit prêter plus de cent quarante-trois heures, alors ces heures sont rémunérées à 150%, les suppléments pour prestations irrégulières et pour heures supplémentaire sont cumulables. »* (CGSLB, 2022).

Ce paragraphe souligne les difficultés que pourraient avoir les infirmiers à la compréhension de leurs horaires. Les heures supplémentaires pouvant produire des effets de frustrations chez les infirmiers (Griffiths et al, 2014). Dans le système de douze heures, le planificateur horaire aurait le droit de faire travailler un infirmier à temps plein sur une série de sept jours/nuit. Pour autant que le responsable l'étale sur deux semaines et qu'il rétablit la balance de trente-huit heures par semaine, cela donne une série de quatre-vingt-quatre heures.

De plus, le paragraphe rejoint la loi du 16 mars 1971 dans son article 22, alinéa 2, le maximum qu'un employé en service continu puisse prêter est de onze heures par jour. Ce qui nous amène aux limitations en rapport avec notre sujet d'étude.

### **3.Limites et impact des douze heures**

#### 3.1. Sur le personnel

Comme indicateur d'impact sur le personnel, nous interrogeons les répercussions sur leur état de santé. L'organisation mondiale de la santé (OMS) inscrit dans sa constitution cet état de santé comme étant : « *un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » (Oms, 1946, p.1)

Nous rappelons que nous explorons le différentiel entre les gardes de longues durées appliquées à un service d'urgence. Nous nous intéressons aux conséquences spécifiques à cette situation et pas à la santé infirmière en général, il ne s'agit pas d'un état des lieux, le sujet n'est donc pas exhaustif. En revanche, même si la définition de la santé faite par l'OMS n'est pas réduite à un état de maladie, il semble important de souligner qu'en Belgique la responsabilité financière en cas d'absentéisme pour raison de maladie est définie selon des règles précises. Premièrement, le revenu est garanti lorsqu'on est employé. Deuxièmement lorsque l'employé présente un certificat d'incapacité de travail pour longue durée (supérieur à un mois), l'employeur doit pourvoir au revenu le premier mois. Ensuite les mutuelles sont tenues de prendre le relais. Ce sont donc ces derniers qui assument la charge des incapacités de longues durée issues des maladies du travail et non l'employeur (SPF emploi, 2018).

##### 3.1.1 Santé mentale

Un défaut de vigilance est démontré quantitativement après la neuvième heure de shift posté et une difficulté à récupérer physiquement au bout troisième jour de prestation pour tous les

métiers confondus et surtout dans les domaines à haut processus, comme l'industrie pétrochimique (Smith & al, 1998). Associé à des pathologies qualifiées de stress dépendantes comme l'hypertension, les reflux gastriques et les maladies professionnelles liées à la quête du sens. (Vincent, 2017)

L'influence des douze heures sur le bonheur et la satisfaction des infirmiers est nuancée. La satisfaction serait plus sensible en fonction du service hospitalier. Il y aurait de meilleurs résultats avec les shifts longs dans les services rencontrant des pathologies graves, des décès et impliquant une grande autonomie décisionnelle. A l'inverse les services à maladie chroniques, comme la gériatrie et la médecine interne auraient des effets négatifs sur les critères de satisfaction (Ejebu, Dall'ora & Griffiths, 2021)

Pour ce qui est de la santé mentale, elle serait étroitement liée à la santé physique, se dégradant parallèlement. La perméabilité entre vie privée et vie professionnelle s'en trouvant altérée, les infirmiers « ramèneraient » à la maison les situations mal vécues. (Vincent, 2017, p. 7)

Les nuits de douze heures provoqueraient une aggravation au niveau de la vigilance liée à l'activité circadienne de notre corps (De Paepe, 2019). Ce surcroît pousse certaines études à recommander les siestes de vingt minutes en guise de contremesures aux environs du dernier tours des paramètres. Cette disposition leur permettrait de « tenir » jusqu'à la fin du shift. (Cheyrouze, Barthe, 2018, p.8)

### 3.1.2. Santé physique

Au Vietnam, une étude quantitative se consacrant aux troubles musculosquelettiques (TMS) en lien avec les gardes longues, constate que : « les variables significativement associées à au moins une des trois locations cou, épaules et dos, sont le fait d'être une femme (Or = 4.2 ; IC 95% = [2.4 ; 7.2]), être stressé (OR=4.2 ; IC 95% = [2.4 ;7.2]) et travailler plus de quarante-huit heures par semaine » (OR= 1.9 ; IC95% = [1.1 ;3.2]). Enfin le risque de développé un TMS double avec les mêmes variables, une fois passé trente-deux ans. (Pham Minh & al. 2019, p.638)

En Belgique, la part des femmes dans le métier d'infirmier, en général, est de 78.6% (Statbel, 2020) et nous ignorons le pourcentage lié aux services d'urgences.

### 3.1.3. Santé sociale

Dans les modèles qualitatifs transversaux, la santé sociale est sans doute l'aspect le plus souvent repris. La diminution du nombre de jours de travail par semaine serait promoteur d'amélioration de construction sociale. Cela s'expliquerait par le passage d'un travail à un week-end sur deux avec les huit heures vers un travail à un week-end sur trois avec les douze heures. Les infirmiers pouvant passer plus de temps à se sociabiliser en famille ou avec des amis (Vincent, 2017). Le travail et la famille sont perçus par la société comme hautement chronophages. A cette perception s'ajoute l'attribution du rôle d'aidant naturel à la femme. Lorsque les horaires sont atypiques, la conciliation entre la vie familiale et professionnelle se complique (De Paepe, 2019, p.16)

Au niveau de la rythmicité des douze heures, La fréquence pour se rendre au travail diminuant, la part de temps alloué au trajet serait perçue positivement, laissant indirectement, encore plus de place à d'autres dimensions de valeur perçue comme plus importantes. (Smith & al, 1998, p.218)

### 3.2. Sur le patient

Les conséquences des douze heures, sur les patients aux urgences sont peu documentées quantitativement parlant (Smith & al, 1998). Lorsque les mots clés « Nurse », « long shift » et « impact patient » sont introduits dans les bases de données, elles renvoient couramment à des modèles rétrospectifs reprenant le suivi des paramètres dans des unités de soins intensifs. Il semblerait que dans ces unités, les shifts longs provoquent une réaction plus tardive de la part de l'infirmier vers la fin du shift. (Smith & Al, 1998) Cependant des modèles qualitatifs plus récents avancent l'idée selon laquelle, la pratique des gardes de douze heures permettrait aux infirmiers de se sentir moins énervés à la fin de leur shift. On l'explique par un processus de travail moins découpé par de multiples rangements ou rapports de transmission. La diminution des interactions des infirmiers permettant de se concentrer plus efficacement sur les patients en charge. Ce qui permettrait de diminuer la frustration de ne pas pouvoir finir ses tâches (Vincent, 2017). Nous ne pouvons expliquer la rareté de documentation en lien avec les urgences.

En revanche, lorsque l'on élargit le prisme à tous les services, la qualité des soins semble décriée. On constate dans un des modèles multicentrique faisant un état des lieux sur les douze heures, des effets sensiblement positifs sur des paramètres comme : « *une sécurité pour le patient médiocre ou défaillante* » (or=1.41 ; IC95%, 1.13-1.73), « *des qualité de soins passables* » (op=1.30 ; IC95%,1.10-1.53), et *d'avantage d' « activités de soins non réalisées »* (rr=1.13 ; IC95%,1.09-1.16) (Griffiths & al, 2014, p.975).

### 3.3. Sur l'équipe

Puisque la loi coordonnée sur les hôpitaux exige des actions multidisciplinaires dans les soins et que le patient soit le bénéficiaire de l'effort collectif, nous supposons des effets attendus sur la dynamique de travail avec les douze heures. Parmi ceux-ci, l'autonomisation des procédures de planifications d'horaire auraient tendance à s'accroître dans le modèle en douze heures. Laissant un choix encore plus grand au niveau des desideratas infirmiers. C'est du moins un constat posé en France. Cette autonomisation pousserait cette particularité jusqu'à s'auto-gérer lorsque des changements doivent avoir lieu. Les équipes s'auto-gérant lorsque des absences sont déclarées au sein de l'équipe, passant inévitablement par le partage des numéros de téléphone privés (Vincent, 2017).

Dans la première étude multicentrique recensant, via un questionnaire, le nombre d'infirmiers pratiquant les douze heures, on constate qu'en Europe, seulement 14% des répondants le pratique. Contre 50% aux Etats-Unis (Griffiths et al, 2014, p.978). De plus, le modèle questionnait aussi la qualité des soins vis-à-vis des heures supplémentaires et la sensibilité n'avait pas été démontrée. Ce résultat pouvait peut-être indiquer, comme les auteurs le mentionnent dans leurs discussions, qu'il existe potentiellement une différence au niveau de la perception qui est faite autour des heures de travail (p.980). Un shift de douze heures et un shift de huit heures complétées par trois heures supplémentaires n'auraient donc pas le même effet sur la qualité des soins. Dans le premier cas, les heures seraient perçues comme légitimes. Dans le second, l'effet psychologique pourrait potentiellement conduire à une qualité moindre dans les soins. Cette hypothétique nuance pourrait jouer en faveur des douze heures, puisque le nouveau roulement lime les temps de transmissions et de chevauchements, rendant peu admissible les heures prestée au-delà des rapports de shifts (Vincent, 2017). Les

heures supplémentaires étant considérées comme un paramètre associé à un fort turn-over et à une mauvaise santé d'équipe (Griffiths et al, 2014).

Du cadre théorique, nous retenons que les douze heures sont récentes en Belgique. Que les publications quantitatives sont pauvres, voire inexistantes (Griffith et al, 2014). Nous observons de grandes zones d'ombres quant aux dispositions qui sont prises quant à leurs mises en place. Nous observons également que si la théorie met en avant un gain en santé sociale et une difficulté à tenir sur de longs shifts (Vincent, 2017), elle ne met pas en lumière les modifications de comportements issus de cette nouvelle manière de travailler. Le cadre théorique parle peu de ce que les infirmiers font du temps de vie privée qu'ils récupèrent. Les thèmes abordés sont plus liés aux conséquences sur le lieu de travail.

Si l'on cherche à définir uniquement quel est le degré de satisfaction sur le lieu de travail, alors que précisément les douze heures sont motivées par le fait d'y être moins, alors on passe à côté de l'essentiel. Notre hypothèse est qu'il faut aller interroger les infirmiers, aller à leur rencontre au-delà du lieu de travail et vérifier si du côté de leur vie privée, ils n'ont pas fait évoluer les représentations de leurs valeurs.

## 4.Méthodologie

Etant donné que nous nous intéressons au vécu des infirmiers d'urgences, c'est-à-dire la conciliation entre vie privée et vie professionnelle dans le cadre des gardes de longues durées, la méthode la plus adaptée pour capter les éléments subjectifs est la méthode qualitative. Cette méthode permettra de faire émerger les thèmes que les infirmiers estiment importants. La notion de vie privée pouvant varier d'un individu à l'autre, un modèle exploratoire et descriptif semble le plus adapté. De plus, si les douze heures ont été étudiées dans d'autres pays et d'autres secteurs, le sujet dispose de peu d'études en Belgique (Banakhar, 2017 ; Vincent, 2017).

### 4.1. Echantillon

Comme nous cherchons à documenter le vécu des infirmiers, nous devons nous intéresser à un éventail varié de population concernée. La question de recherche portant sur l'introduction d'une nouvelle dynamique de travail, il importe que le public interrogé dispose d'une expérience antérieure à cette situation. Il s'agit d'un échantillon dont le critère d'inclusion prend en compte l'expérience acquise dans les deux types de shifts. Les gardes longues de douze heures et les shifts de huit heures qualifiées de plus classiques (Vincent, 2017). Lors de notre recherche des services pouvant répondre aux critères d'inclusion, nous avons pu observer que quatre institutions francophones correspondaient à ces critères d'études et deux autres allaient partiellement l'implémenter. Par crainte de voir peu de répondants, nous réduisons les années d'expérience requises à un minima faible. De plus, nous profitons que le système ait été mis en place récemment pour pouvoir comparer les deux types de shifts. Un choix arbitraire est fixé à deux ans d'expérience minimum dans les différents types d'horaire, nous autorisons que l'expérience faites dans les shifts de courtes durées ait été exercée ailleurs qu'aux urgences. Mais pour ne pas biaiser notre travail, celui-ci se situant encore trop près de la pandémie, nous excluons les périodes de stages ou de job. Les individus auront donc au minimum quatre ans d'ancienneté. Les critères d'inclusion autorisent également les personnes effectuant leur travail de manière alternée, c'est-à-dire partageant à la fois des types de shifts différents ou/et des services différents. Afin de pouvoir répondre à la question de recherche, il semblait intéressant d'interroger des personnes ne travaillant plus dans les douze heures, les critères d'inclusions permettent aux personnes ayant quitté cette dynamique de travail de s'exprimer.

Dès lors la méthode de recrutement doit être portée plus largement que par la recherche des employés encore présents dans les unités de soins. Pour cette raison, nous invitons les personnes via un réseau social. Toujours pour ne pas diminuer le nombre de répondants, les critères ne rejettent pas le degré de formation en lien avec le métier, nous exigeons qu'ils soient infirmiers et pas forcément porteur d'un titre particulier tel que repris dans les normes hospitalières. Cette méthodologie de recrutement, nous permettra de capter les avis du personnel travaillant dans plusieurs hôpitaux.

#### 4.1.2. Critères d'inclusion

Les personnes remplissant les conditions de notre étude doivent disposer des caractéristiques suivantes.

- Être infirmier spécialisé ou non
- Avoir travaillé comme infirmier dans une unité de soin hospitalière sous un régime de quarts de travail classique depuis au moins deux ans.
- Avoir travaillé dans une unité d'urgences de la Région de Bruxelles-Capitale disposant du statut « services de soins urgents spécialisés » sous un régime de quarts de travail de douze heures depuis au moins deux ans.
- Les périodes de stages et de job ne sont pas admises dans l'expérience acquise.
- L'alternance entre plusieurs services et/ou plusieurs types de quarts de travail est considérée comme valable.
- Remplir les prérequis précédents mais ne plus travailler n'exclut pas l'infirmier intéressé.

#### 4.1.3 Le recrutement

L'invitation à la participation a été faite au moyen d'une publication en français reprenant les critères d'inclusion. Il est à noter que la publication a été postée de telle sorte que tout le monde puisse la voir et pas uniquement les contacts proches. De plus, il fut recommandé de répondre par un message privé à l'invitation, toujours via cette plateforme. Vingt-sept personnes se sont manifestées. Mais onze personnes parmi les participants n'ont plus répondu après une première conversation. Les raisons n'ont pas toutes été identifiées clairement.

Comme les entretiens touchent à la vie privée des participants, il leur est proposé de choisir le lieu neutre et le moment, c'est-à-dire en dehors du travail tout en présentant en seconde

possibilité l'entretien en distanciel. Une fois ces contraintes spatio-temporelles révélées ainsi que les modalités d'anonymisations données lors des conversations dans les canaux privés, nous avons obtenu un échantillon de seize infirmiers.

Onze entretiens ont été réalisés entre le 22 février 2023 et le 04 avril 2023. L'arrêt de ces entretiens correspond à la saturation obtenue au niveau des réponses données dans les thèmes abordés. La durée moyenne des entretiens était de de 56 minutes 36' [46-65minutes] et ils se sont déroulés dans des endroits divers. Cinq personnes s'excuseront pour des problèmes d'agenda ou annuleront en dernière minute.

#### 4.2. Considérations éthiques

La planification des rendez-vous ayant été laissée au libre choix des participants, le rappel expliquant qu'il s'agissait d'entretiens enregistrés et la répétition à chaque début d'entretien des modalités d'anonymisation consiste en un accord oral et tacite quant à l'utilisation des données générées. De plus, il leur était laissé le choix de se rétracter à tout moment.

Enfin pour remplir les conditions de confidentialité, il était exigé de la part des infirmiers de ne communiquer que par messages privés, sans passer par l'intermédiaire d'une tierce personne ou d'un canal de groupe.

#### 4.3. Recueil des données

Un message commun fut envoyé à chacun d'eux en guise de rappel, message systématiquement répété en début d'interview reprenant le devoir d'anonymisation et de confidentialité. Dans celui-ci, nous avons exprimé l'importance qu'aucune réponse n'était bonne ou mauvaise, voire qu'une question pouvait n'avoir aucune réponse.

Les entretiens ont été enregistrés au moyen du téléphone portable Motorola® G31(W) disposant de l'application « Enregistreur vocal® » version 29.0. et se sont déroulés à huis clos, en présence de l'étudiant et des participants uniquement.

L'auteur travaillant comme infirmier d'urgences dans un des hôpitaux éligibles, n'exclut pas les participants provenant du même établissement, mais nous les interrogeons en dernier pour limiter les influences sur l'analyse de thèmes.

#### 4.4. Guide d'entretien

Les questions posées lors des entretiens sont élaborées sur base du cadre théorique, une revue systématique regroupant cent et cinq études traitant des horaires postés dans différents domaines, hospitalier, industrie minière et pétrochimie, mais aussi douane, police etc. Cette revue systématique souligne les avantages, les inconvénients, les limites et regroupe seize études quantitatives portant sur des thématiques reprises dans le cadre théorique. (Abanakhar, 2017). La revue systématique s'intéressant aux domaines comme la satisfaction au travail, le bien-être et le burn-out. Les études regroupées parlent souvent de questionnaires validés comme le Maslach Burnout Inventory (MBI), nos questions ne proviennent pas de ces outils. Nous retenons les sujets évoqués dans les discussions et générons des thèmes qui questionnent les résultats obtenus tant du côté professionnel que du privé.

De plus, une autre étude qualitative englobant plusieurs services aigus tel les soins intensifs et la néonatalogie fut également utilisée (Vincent, 2017). Elle porte sur le métier des soignants, quel que soit leur poste et pratiquant les 12 heures au sein d'un hôpital français. Les thématiques relevées sont orientées principalement autour du travail. Notre guide d'entretien cherche à balayer les zones d'ombres prenant place du côté de la vie privée. Nous pouvons ainsi vérifier le caractère commun ou non à ces deux environnements.

Le mémoire portant sur la santé publique ainsi que le management et la gestion des unités de soins, une attention particulière est portée sur ces disciplines au sein des thématiques citées. Notamment en interrogeant les adaptations individuelles et de groupes faites par les infirmiers après avoir expérimenté les douze heures.

Un test du guide d'entretien, d'une durée de 53 minutes, a été fait sur une personne tierce. La personne correspondait aux critères d'inclusion de l'étude. Le test a permis de mettre en évidence le caractère transversal de certains thèmes, ce qui conduisit à une répétition des réponses et au développement d'un comportement irrité. La réaction fut la suppression de ces questions afin de raccourcir de la durée de l'entretien, jugé trop long.

#### 4.5. Déroulement des entretiens

Le lieu des entretiens avait été laissé à l'appréciation des participants. Les interviews ont eu lieu dans des endroits différents, majoritairement lors des jours de repos des infirmiers. Le

lieu est intimement lié à leurs habitudes de vies, dans un bar, au domicile du participant, en distanciel, au sport, etc.

Une fois sur place, l'entretien s'est fait en deux temps, mais en un seul enregistrement. Dans un premier temps, nous posons des questions brèves afin d'obtenir des données socio-démographiques pouvant répondre aux modèles théoriques et définir le profil de nos participants. Dans un deuxième temps, nous revenons à un modèle semi-directif.

Nous demandions à la personne de se présenter et de définir systématiquement ce que « vie privée » signifiait pour eux. Ensuite nous annonçons d'emblée les grandes rubriques ainsi que le nombre restant de rubrique afin de conserver un intérêt sur la durée de notre interlocuteur.

Les rubriques en question étaient :

- L'introduction aux douze heures, dans laquelle nous posons des questions en lien avec la période de transition, leurs origines, les enjeux, les frictions observées ou vécues.

- Le comment des douze heures, dans laquelle nous refaisons ensemble, par écrit, les différents patterns horaires qui existaient avant et après l'introduction des nouvelles gardes. Ce topique avait comme objectif de révéler de potentielles problématiques rencontrées. Notamment en mettant en évidence, les pauses, les entrées et départs de services, les rapports, mais également leur autonomie décisionnelle quant aux planifications à l'horaire. De plus, nous redessinions dans le contour la structure du service ainsi que sa compartimentation.

- Conséquences sur le travail, dans laquelle nous interrogeons l'impact sur le travail au quotidien après transition.

- Les conséquences sur la santé, où nous interrogeons les modifications de comportement de santé vécues par l'infirmier sur base de ce que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme étant la santé. Le rappel du triptyque « santé physique, mental et social » était systématiquement répété aux participants de telle sorte qu'on ne favorise pas un thème par rapport à un autre.

- Conséquences sur la santé de l'équipe, qui met en avant les modifications structurelles liées à la transition vers les douze heures. Nous parlons des rapports de transmission, des communications internes, des réunions d'équipe et de l'utilisation de réseaux sociaux dans l'activité quotidienne en lien avec leur profession.

- Conséquences pour le patient.

- Considérations personnelles. Rubrique qui permet aux participants de questionner les améliorations à apporter. Cette partie permet de considérer cette nouvelle dynamique de

travail dans d'autres domaines. Nous leur demandons, par exemple, dans quels services les infirmiers perçoivent les douze heures comme pertinentes.

Enfin une question volontairement placée à la fin de l'entretien et répétée mot pour mot à chaque intervenant permettait de sonder leur connaissance sur le cadre légal, mais également pour limiter certains biais. (Guide d'entretien, annexe 1)

#### 4.6. Traitement des données

Les onze enregistrements sont retranscrits et mis en parallèle avec les notes prises durant les entretiens. Les notes produites correspondent à la reconstruction des quarts de travail existant avant et après l'introduction des douze heures, sous la forme de ligne du temps. De plus, nous nous intéressons aux choix de l'endroit, l'heure, le jour par rapport au dernier shift exercé et le prochain ainsi qu'à l'attitude non verbale de manière plus importante en péri-entretien. Cette méthode permet de contextualiser l'entretien dans le rythme de vie du participant.

Le processus d'anonymisation est construit selon une logique d'apparition et de localisation. Des lettres sont attribuées en fonction de l'hôpital dans lequel la personne exerce ou a exercé. Les chiffres correspondent à l'ordre chronologique dans lequel les entretiens ont eu lieu.

Le volume des données est assez important, mais l'étape d'anonymisation est respectée. Afin de rendre les données plus digestes et faire émerger les thèmes principaux, nous organisons le travail sous la forme d'un tableau (arbre à thème, annexe 2). Chacun des thèmes est alors analysé et ordonné de manière chiffrée et croissante.

Cette méthode a permis de mettre en avant les thèmes vécus comme commun et les sujets amenant des conclusions divergentes. L'analyse des thèmes abordés est placée dans la rubrique des résultats et est soumise à la critique dans le volet discussion du travail.

## 5. Résultats

### 5.1. Présentation de l'échantillon

Nous obtenons un groupe de onze participants provenant de trois groupes hospitaliers sur les quinze que comportent Bruxelles (SPF santé publique, 2022) et la moyenne d'âge des interviewés est de trente-deux ans et dix mois.

La variable de genre penche en faveur des hommes (54.55%) et lorsqu'on la compare aux effectifs repris sur les horaires des institutions concernées nous observons que :

Le pourcentage d'homme dans les services atteint respectivement :

-pour l'établissement A : 42.22%

-pour l'établissement B : 37.31%

-pour l'établissement C : 36.1%

L'expérience moyenne de service dans notre échantillon est de sept ans et est assez proche de l'ancienneté générale, ce qui pourrait nous indiquer que le groupe étudié est plutôt fidèle à son employeur (8.9 ans ancienneté générale). Les infirmiers semblent être avec le même employeur depuis leur sortie des bancs de l'école.

Notons que parmi les cinq salariés cités comme conjoints, nous avons cinq infirmiers en guise de partenaires et deux d'entre eux avaient leur conjoint dans le même service qu'eux au moment de la transition du changement de quarts de travail. De plus, les quatre indépendants disposent d'horaires dit « malléables » (B2)

Parmi les employés à temps plein, trois disposent d'un contrat les employant à mi-temps aux urgences et à mi-temps aux soins intensifs.

Dans les infirmiers interrogés, quatre disposent d'un contrat multisite. C'est-à-dire que l'entité hospitalière se situe sur plusieurs sites, mais toutes se situent dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Dans l'effectif, deux sont également indépendants complémentaires.

Deux des répondants ont été cadre en partie durant les shifts de longues durées.

Parmi les temps partiels à 80%, deux sont en formation continue.

Nous comptons deux expatriés dans notre échantillon.

Parmi les personnes interrogées, deux ne font plus partie du service des urgences et une personne est en arrêt de longue durée.

Caractéristiques socio-démographiques	
Caractéristiques	N= 11
Genre	
Homme	6
Femme	5
Tranche d'âge	
25-30	2
31-35	9
Année d'expérience	
Générale moyenne (an)	8.90
De service moyenne (an)	7
Statut marital	
Célibataire	2
Cohabitant légaux	6
Marié	3
Métier du conjoint	
Indépendant	4
Salarié	5
Ouvrier	0
Nombre d'enfant en fonction du genre (n=6)	
Homme	4
Femme	2
Durée de travail	
Indépendant	1
80%	5
100%	5
Estimation du nombre de patient en moyenne dans leurs service/24h (n)	
Etablissement A	170-189 (6)
Etablissement B	95-122 (3)
Etablissement C	100 (1)

Tableau 1

Le tableau 1 nous montre les caractéristiques socio-démographiques des participants.

## 5.2. Analyse des données

Des entretiens semi-directifs, nous regroupons les réponses communes et les divergences en fonction des thématiques abordées, l'ensemble est ordonné selon un arbre à thème (Annexe 2) reprenant les grandes catégories du guide d'entretien (Annexe 1) ainsi que les nouveaux thèmes émergents.

### 5.2.1. Le travail

#### 5.2.1.1. Organisation du travail aux urgences

Le travail exercé au sein des urgences est défini comme « *incertain, imprévisible, chaotique* » (C1 ; B2) dans la nature de ses actions ponctuelles mais prend une certaine forme de prévisibilité lorsqu'on parle en termes de durée de quart de travail ou de saisons. Il semblerait que l'activité de jour croît de onze heures à vingt-deux heures pour ensuite décroître. Le volume le plus faible de patients se situant entre trois heures et huit heures. Les saisons ayant un fort impact sur le volume de patients traités.

*« Les moments les plus difficiles c'est entre 19h00 et 01h00] ... [mais comme avant 21h30 c'est difficile de joindre l'étage, on est ralenti dans notre travail du coup on a moins de temps pour accueillir les patients... » (B3).*

*« La période basse c'est maintenant, l'été et les périodes scolaires. La période haute c'est l'hiver, décembre et janvier. » (B3)*

*« Bah là quand ce sont des phases de travail difficile mais ponctuelle, cela se passe plutôt bien, mais lorsque on a des phases intensives comme on a eu durant les quatre mois d'hiver, c'est intenable] ... [il fallait tenir dans la longueur et on n'a jamais de leur d'espoir, on ne sait jamais quand cela va se calmer. Cela a des répercussions sur notre vie privée ». (B4)*

Lorsque les participants étaient amenés à faire le découpage horaire de leurs journées de travail, ceux-ci évoquent une sectorisation de l'activité. Pour faire face à ces flux élevés, les patients sont triés et envoyés vers différents secteurs en fonction de la gravité, de la capacité à

se mouvoir seul ou encore du type de pathologie supposée. La réanimation s'occupant des cas considérés comme graves, la traumatologie aussi appelée fast-Track, selon les unités, encadre les blessures physiques légères. Les boxes s'occupent des patients devant faire l'objet d'un bilan conduisant parfois à des hospitalisations et enfin l'HP (hospitalisation provisoire) qui accueille les patients allant être hospitalisés ou devant être sous surveillance pour une durée plus longue. Les infirmiers ajoutent que la charge de travail est perçue comme plus aisée en fonction des secteurs et que les tranches horaires peuvent varier de manière à coller le plus pertinemment possible avec l'activité réelle.

*« Alors, ils sont onze la journée et cinq la nuit plus le Smur. Donc les semaines Smur on est six. Donc il y a le tri, la coordination, l'urgent care où ils sont deux, le minor care, le critique care, l'Hp et l'Hospital care cela reste un et il y a le Smur et un aide zone chargée et donc cela fait... Ha on est plutôt à dix. .... En fait cela varie, il faut que tous les secteurs soient complets plus deux » (A4)*

*« Eux (les gestionnaires) ; ils pensent que cela va être des gens qui vont être fainéant et qu'ils ne vont rien faire. Donc c'est pour cela qu'ils ne veulent pas mettre les gens dans le fast-track parce que les gens ne foutent rien. Mais c'est ma perspective. » (C1)*

*« Au cours de la garde, souvent c'est le changement de secteur durant la journée. [...] Si on va changer de secteur durant la journée. Cela est parfois compliqué parce que parfois on a une courbe avec un plateau où on gèrait nos patients et puis on doit reprendre à zéro. C'est-à-dire redécouvrir les patients.] ...[ Moi cela ne me dérange pas de faire du tri douze heures, mais il y en a voilà faire du tri douze heures c'est compliqué, mais passer six heures de tri ou six heures d'hybride ou de couché où c'est le feu » (A1)*

Afin d'assumer la continuité des soins des transmissions marquent la transition entre deux shifts. Ces « rapports » se font soit accompagnés des médecins, soit seulement entre infirmiers et peuvent se faire en « one to one » ou en groupe, selon les configurations de l'hôpital. Il semble que ces temps morts renvoient à des périodes de fortes tensions, car l'appréciation de ces rapports fluctue entre les individus.

#### 5.2.1.2. Description du travail aux urgences

Les personnes interrogées décrivent le travail de l'infirmier aux urgences comme l'accueil de patient, leur installation, la création d'une anamnèse reprenant les éléments résumés et la mise en condition pour l'auscultation par les médecins urgentistes, mais également les chirurgiens et les unités spécialisées, telle que les soins intensifs, la pédiatrie, l'oncologie, le palliatif et parfois les salles d'accouchement et les salles d'examen. Leur travail, tel qu'ils le perçoivent est d'une grande polyvalence et il leur est laissé une grande part d'autonomie opérationnelle dans leur travail.

*« Oui, on a beaucoup d'autonomie, même parfois livré à nous même selon les shifts médicaux » (A6)*

*« On va dire que je suis sorti des sentiers battus souvent. Même si le garde-chasse cadre est venu de temps en temps me voir et remettre l'église au milieu du village. Je n'ai pas grand-chose à dire là-dessus. Mais quand même, il y en a d'autres qui auraient fait la même chose que j'ai fait, ils auraient peut-être pris la porte plus facilement ». (B1)*

La principale problématique dont ils font part est de devoir réinitialiser leur comportement entre chaque patient, ce qui devient compliqué au fur et à mesure que le shift avance. Mais également la perte d'information en fonction de la charge croissante de travail, conduisant parfois les infirmiers à totalement ignorer les raisons d'admission de certains patients.

*« Donc la vigilance, [...] ce qui serait intéressant ce serait de regarder les feuilles d'anamnèse d'accueil patient au fur et mesure de la journée, parce qu'il y a tout dans le triage, l'écriture, l'esprit de synthèse, le détail, beaucoup de responsabilités et d'enjeux, l'investissement parce qu'il faut décider parfois de remballer un patient en médecine générale et à la fin tu ne te bats plus. Tu ne négocies plus, tu laisses entrer tout le monde. Tu es crevé, tu notes les phrases qui vont droit au but. [...] tu vas vers ton code de tri. [...] En début de journée, tu auras tendance à respecter plus une douleur thoracique et à lui faire un ecg. Alors qu'avec une même histoire, mais une situation jugée moins critique on aurait tendance à ne pas le faire. ». (A5)*

Le binôme constitué du médecin urgentiste et de l'infirmier est essentiel puisqu'ils doivent chacun se partager une multitude de patients par jour. Le point culminant de leur pratique commune s'inscrit lors de leurs activités de SMUR. Ils doivent alors appliquer leurs connaissances acquises intramuros en extra hospitalier. Il n'est donc pas rare de voir

transpirer cet esprit dans les critères que les infirmiers estiment comme essentiels pour la bonne conduite de leur travail. Allant jusqu'à placer l'importance d'une bonne équipe médico-infirmier comme acteur positif sur la fatigue par rapport à la charge de travail.

*« Là, c'était collègue dépendant. Tant infirmier que médecins, il suffit qu'on se regarde chacun pour savoir ce qu'on fait. On sait tous ce qu'on a à faire on a tous nos petites manies. J'ai travaillé des années avec les mêmes collègues, je les connaissais parfaitement. Je savais qu'à telle heure il faisait cela. Je n'allais jamais faire son truc, parce que c'était à lui. ... on se connaissait parfaitement. » (B1)*

Cette cohésion peut faire l'objet de frustration lors de charges inattendues de travail. Nous observons, par exemple, qu'en fin de période covid 19, simultanément à notre travail, l'absentéisme infirmier aurait eu tendance à gonfler dans tous les services. Entraînant par effet de cascade un rallongement des durées de séjour des patients aux urgences, une partie des lits d'étage étant fermée par manque de personnel. Les urgences devenant l'antichambre à l'hospitalisation d'étage pour des période rallongées. Ce grossissement de la charge de travail aurait provoqué des modifications dans la perception de fatigue de la part des infirmiers. Premièrement parce que le personnel se retrouvait confronté à un gonflement de sa charge de travail et secondairement parce que l'équipe se déforçait au profit d'acteurs externes à l'équipe.

*« Maintenant, je trouve que sur la charge de travail sur la semaine, plus on avançait dans la semaine, plus le danger augmentait de faire des erreurs, je vais prendre comme exemple, je me trouvais à faire des séries de nuit SAMU (comprenez Smur) où il n'y avait que des intérimaires ou des gens qui ne pouvaient pas sortir, bah je priais pour ne pas me retrouver en réa pédiatrique en sixième ou septième nuit. Parce que question calcul de dose, il y aurait eu des erreurs » (B1)*

Il arrivait même selon leurs dire que l'hôpital ne parvenait plus à trouver d'intérimaires, laissant parfois des secteurs sans infirmiers durant tout un shift de douze heures. Rendant certaines dispositions légales impossibles, notamment la prise des repas et des pauses. Selon le dire des infirmiers cet ensemble agirait comme vecteur indirect d'augmentation d'absentéisme et de turn-over dans les équipes de soins. Il n'était donc pas rare, lorsque nous

leur demandions quelles améliorations ils apporteraient aux urgences d'entendre que les pauses devraient être documentées.

*« On a qu'une heure de pause à midi et moi je trouve que c'est aussi important d'avoir une pause l'après-midi qu'on ne fait pas. Genre 30 minutes obligé à avoir parce que l'après-midi tu as déjà complété un horaire de 8 heures. » (C1)*

### 5.2.1.3. L'introduction et la transition aux 12 heures

Lors des entretiens, il s'avéra que presque tous les intervenants (dix participants sur onze) avaient été présents lors de la transition d'un type d'horaire à un autre. Ce qui nous a donné l'opportunité de pouvoir interroger la façon dont la mise en place fut pratiquée. Nous avons donc pu observer que l'ensemble des participants utilise des tournures de phrases les distançant de leurs hiérarchies. La troisième personne du pluriel est le plus souvent utilisée et exprime le « ils » en l'associant à une entité unique perçue comme étrangère et parfois teintée de persécution. Le « on » ne servant pas à définir le pool des urgences selon un esprit corporatiste, mais bien l'équipe infirmière à elle seule et le « eux » définissant les subordonnés.

*« Les heures supp, comment dire. J'ai vu un paquet d'heure supp disparaître et on n'a jamais pu m'expliquer pourquoi » (B1)*

*« Alors la demande venait de nous, au départ, ensuite leur motivation était purement financière, parce que pour eux c'est un gain financier pour les mettre en douze heures, cela remplissait plus facilement les shifts. » (B3)*

Par ailleurs, nous relevons des détails menant à un même modus operandi de la part des hôpitaux autour de l'introduction des douze heures et spécifiquement durant la phase de test.

La mise en place semble suivre une même logique. Premièrement, la demande émanerait d'un acteur placé plutôt bas dans l'organigramme de l'institution. Deuxièmement l'institution se présente comme « contre les douze heures ». L'équipe doit alors défendre sa position et alimenter un sondage. L'institution validerait une période de test, mais durant les périodes de faibles affluences, pour augmenter les chances de validation par l'équipe. Et finalement,

considérer le test comme terminé sans réelle confrontation ou communication de validation par une note interne.

*« Initialement c'est le projet de notre ancienne chef de service, elle a mis en place ce système parce qu'elle pensait que cela permettrait de trouver un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle » (A2)*

Plus loin, lorsqu'on demande quel est l'enjeu pour l'institution, l'infirmier répond :

*« A l'origine, à priori l'institution n'était quand même pas ultra motivée pour les douze heures ».*

Mais conclut, lorsqu'on l'interroge sur la période de test. *« Après c'est pendant le moment du covid aussi donc est ce qu'il y a eu vraiment un truc formel comme d'habitude cela je ne sais pas. D'ailleurs cela a été un biais que j'ai pointé, c'est qu'il y avait pas beaucoup de patient et que donc c'était un essai en trompe l'œil et que quand tu allais te retrouver un flux aux alentours de cent soixante, cent quatre-vingt patients voir deux cent comme cela peut arriver, on ne sera pas prêt et du coup tout le monde s'est un peu habitué aux entre guillemets, aux congés des douze heures[...] Fin de première vague, cela commençait à aller mieux et les patients classiques n'étaient pas encore revenus » (A2).*

*« Du jour au lendemain, on a décrété, je crois que c'était, voilà l'horaire de tel mois commencerait en douze heures, donc il y a une fois eu un chevauchement sur un shift puis cela a commencé directement. Il n'y a pas eu de phase de test, un week-end sur trois c'était lancé direct » (B1)*

*« Je n'ai pas eu le choix, je suis arrivé à ce moment-là, il y avait un gros manque de personnel aux urgences. Ils m'ont proposé de participer à la phase entre guillemet de test. Mais je n'ai pas eu mon mot à dire donc j'ai dû continuer en douze heures, on n'a jamais eu le résultat ». (B2)*

#### 5.2.1.4. Les syndicats

Lorsque nous interrogeons les infirmiers sur l'attitude des syndicats lors du processus de transition, la dynamique ne changea pas, voire s'amplifia chez certains intervenants, considérant cette entité comme associée à la hiérarchie.

*« Il y en a toute une partie qui était très contente parce que cela ne faisait plus qu'un week-end sur trois et nous avions un autre syndicat qui était plus contre parce qu'ils ne voulaient que des huit heures et j'ai trouvé, personnellement, qu'il y avait un petit acharnement hiérarchique sur les personnes qui n'avaient pas adhéré aux douze heures et vous aviez le syndicat qui les défendait tout en étant pour les douze heures, c'était un peu ambigu » (B1)*

*« Ils ont peu interpellé sur la charge de travail en tant que tel mais surtout interpellé sur la sécurité de faire des heures de travail sur ces tranches-là, la sécurité du personnel de faire un douze heures de suites et donc avec le cadre légal de faire trois jours de douze heures. Le temps de repos entre les gardes et ils ont insisté sur le fait de la pause. [...] Les syndicats se sont juste assurés de la continuité de la procédure en cas de vice et que les personnels soient écoutés dans leur desiderata. » (B3).*

Interroger les infirmiers sur les différents groupes composant les aspects décisionnaires de leur travail aura permis de mettre en évidence des enjeux aux intérêts variables.

## 5.2.2. Enjeux

### 5.2.2.1. Description des raisons de l'adhésion aux 12 heures

Même si les intervenants décrivent une phase de test rapide et sans réelle remise en cause, le point commun que partagent les interviewers est que l'initiative émanait, la majorité du temps, des équipes elles-mêmes et non pas de leurs organisations.

*« A (hôpital A) je dirais que 60% de l'équipe qui l'avait demandé activement, 10 à 15% étaient plutôt passifs de le faire et qui vont suivre le mouvement et le reste qui est répulsif par rapport aux douze heures du coup à la dernière réunion d'équipe qu'on a eu le service à (Anonymisation) c'était mi-janvier oui mi-janvier et c'était un des gros sujets apportés par l'équipe. C'était la mise en place des douze heures sur la semaine, parce que pour le moment ce sont uniquement les week-ends. » (B3)*

*« Absolument pas, c'est nous qui avons proposé les douze heures, on a dû faire un sondage et on a dû avoir une réponse à 100% de l'équipe et si je me souviens bien 75% au minimum de l'équipe était pour les douze heures. » (B4)*

Mais ils ne cachent pas que même s'ils ont dû porter leur projet, les institutions y trouvaient également leur compte, l'un d'eux occupant alors un poste de cadre évoquait notamment les bienfaits des douze heures pour des raisons de ressources humaines, financières et de confort organisationnel.

*« Il y a un avantage dans le recrutement de personnel, les gardes de douze heures amènent à un agencement plus confortable pour les infirmiers car on amène à une réduction du nombre de jour par an à travailler et d'une diminution du nombre de week-end. Pour l'institution cela peut être un avantage. Pour le NI, c'est moins de personnel pour couvrir une journée. [...] vous avez les quatorze infirmiers alors que sur une journée de douze heures on peut se limiter à sept personnes.[...] il y a moins d'absentéisme constaté dans les gardes de douze heures que dans les gardes de sept heure trente-six et cet absentéisme est plus facilement remplaçable par quelqu'un interne à l'équipe puisque les gens ont plus de disponibilités en 12 heures pour pouvoir remplacer et donc sont moins étriqués par la fatigue que va générer la fatigue d'un 7h36.[... ] moins de coûts extrahospitaliers en termes d'engagement d'intérimaires, en termes de transfert de personnel en interne.[... ] L'avantage également au niveau du calcul des primes, puisque les activités RH [...]. La création de l'horaire, c'est quand même plus facile en shift de 12 heures puisqu'on peut répondre plus facilement aux demandes de congés ou aux demandes du personnel » (A1)*

*« La jeune génération est demandeuse de faire plus de douze heures, c'est d'ailleurs ce que je constate ici à (hôpital X), ici ils sont dans une phase où ils veulent tester les douze heures pour voir un peu si c'est un avantage ou pas et un des éléments apportés par le N+2 c'est que beaucoup de gens au fait brûlent un peu (hôpital x) de leurs cartes parce qu'ils n'ont que des gardes de douze heures en week-end » (A1)*

Les raisons des infirmiers à recourir aux douze heures sont multiples, mais nous retenons l'argument agissant presque comme une massue tant il était répété lors des entretiens : Diminution de présence sur site de travail et passage d'un mode à un week-end sur deux au profit du modèle à « un sur trois ».

*« Alors justement, pour récupérer du temps en dehors du travail. Parce que cela veut dire plus d'heures de travail une fois sur place, mais moins souvent sur place. C'est un peu ce qui est recommandé, quand j'entends qu'on essaye de faire passer les autres métiers aux semaines des quatre jours. C'est un peu plus cela. On vient travailler plus longtemps, mais on sacrifie moins de jours à l'employeur. » (A4)*

*« Hé bien parce que je trouve cela plus pratique, mentalement, je suis moins entraînée par mon travail. Je trouve que l'on est moins souvent sollicité. Si on travaille le matin, on sait que l'on ne va pas être entier l'après-midi » (B4).*

Comme l'échantillon permet d'interroger la manière dont les douze heures ont été agencées, nous pouvons aussi questionner le résultat par rapport à leurs attentes.

#### 5.2.2.2. Evolution des raisons du choix avec l'expérience du travail en 12 heures

Nous relevons alors différents thèmes qui n'étaient pas avancés dans les motivations du personnel à recourir aux douze heures. Il en ressort des conséquences indirectes inattendues, des adaptations profitables ou handicapantes.

##### 5.2.2.2.1. Les trajets

La notion de distance de travail est mise en avant pour plusieurs raisons, la première est purement économique. Les infirmiers expliquent que venir neuf jours par mois (dans le cas d'un temps partiel à 80%) permet de réduire le temps perdu dans les trajets. Mais également les ressources liées à ces déplacements. Ce qui n'est pas rien dans le paysage hospitalier, puisque la majorité des participants évoquent de longues distances de trajets. Le revers de la médaille étant que les heures de changements de shifts correspondent, principalement le matin, aux heures de grandes affluences routière. Transformant des durées de trajets du simple au triple, surtout pour les habitués des nuits. Nous noterons d'ailleurs que seul un des intervenants sur les onze se déplace à vélo.

*« Bah le fait de venir moins souvent, moins de trajets. Surtout au prix du fuel à notre époque. Cela c'est vraiment nécessaire. C'est comme les intérim, si je me déplace pour huit ou douze, je viens pour les douze, le prix du fuel ne change pas. » (B1).*

*« Oui en plus je mets une heure pour venir là-dedans. Je mets vingt-cinq minutes lorsque je vais travailler aux soins ... et c'est la même chose quand j'habitais (anonymisation) donc le même combat, les mêmes heures, mais le trajet plus court, vingt-cinq minutes normalement mais lorsque je rentre dans la série des urgences cela me prend cinquante minutes. » (B2)*

#### 5.2.2.2.2. Les nouveaux profils dégagés

Des sources vives expliquent que lorsque le contrat implique un nombre de déplacement réduit, l'hôpital devient intéressant pour des gens qui habitent plus loin. Rendant cet hôpital plus pertinent à un plus grand nombre de personne par agrandissement de la sphère d'influence.

Il semblerait qu'à ce phénomène se couplent des raisons générationnelles. Un plus grand nombre de jeunes, sortant des écoles privilégieraient le système de douze heures, leur permettant de cumuler soit deux travaux, soit une plus grande part de temps libre ayant plus facilement accès aux festivals, aux voyages sans trop ponctionner leurs congés annuels légaux. Le nombre de lettres de candidatures pour des postes d'infirmier aux urgences augmentant.

*« Alors, je pense que l'institution a mis en place les douze heures, surtout côté flamand, parce que beaucoup de garde en Belgique sont portées sur les douze heures, surtout côté flamand. L'hôpital a essayé d'attirer du personnel de cette manière-là. Pour moi aussi, je trouvais cela bien parce que les jeunes de la génération « Z », tout ça, aiment bien avoir plus de journées libres dans leur mois ce qui leur permet de faire toute sorte d'activités autres, voir e indépendant, voire tout ce qu'ils ont envie de faire. Ce qui n'est pas possible en huit heures parce qu'on sait qu'on est là cinq jours par semaine. Même qu'elle va aller mettre les douze heures dans d'autres unités. » (B1)*

Dans un contexte de distanciation sociale, on peut faire référence également au personnel expatrié qui y trouvent un bénéfice énorme. Le métier d'infirmier étant, selon leurs dires, très varié en termes d'origines culturelles, le modèle des douze heures permet une plus grande

flexibilité pour l'organisation de voyage à l'étranger. Que cela soit à visée récréative ou familiale. (Deux des intervenants sont des primo-arrivants)

*« Ouais, là c'est clair, mais le covid a rendu tout compliqué, mais là on retourne bientôt, ouais on peut beaucoup plus facilement aller les voir (la famille à l'étranger). Par exemple là je n'ai pas travaillé quatre jours, je n'ai pas travaillé quatre jours sans poser de congés. »*  
(A2)

Enfin dans des domaines inattendus, le nouveau partage entre vie professionnelle et vie privée a redistribué les cartes. Citons par exemple celui de l'émancipation et des économies d'échelle dans certaines périodes de la vie, tel la crèche ou encore la reprise d'études. La prévisibilité des horaires permettant ce genre de nouveaux comportements.

*« ...] En fait en avril je commence en temps partiel quatre cinquième parental » et plus loin « Bah par exemple, je sais mettre mon enfant en quatre cinquième crèche et passer des journées entières avec mon fils ou avec mes amies. Journée couture par exemple ». (B3).*

*« J'avais déjà fait des douze heures avant, mais c'est beaucoup plus fréquent avec les études. Mais avant j'étais à (Hôpital A) pendant six mois. » (C1)*

Toujours dans la prévisibilité, la réduction de trois shifts d'horaire possible à deux aurait permis aux infirmiers de se projeter dans le futur en construisant des phases de repos plus longues qu'ils dédient à d'autres projets. Ce qui n'était pas le cas sous le régime des huit heures.

*« Les gens récupèrent une vie à coté, donc la vie sociale s'est améliorée, la vie familiale est de meilleure qualité, parce qu'on n'a pas travaillé du tout de la journée. Je sais que y'en a quelques-uns qui se remettent au sport. [...] on savait que l'on revenait plus souvent. Là c'est vrai que la journée ou la nuit peut être difficile bah on est là que trois jours semaines. Pour ceux qui font du jour et moi qui fais de longues séries sur ma semaine de nuit, je sais que j'ai deux semaines sans travail et c'est comme si j'étais en vacances ». (A4)*

Maintenant que les enjeux et l'évolution de leurs attentes envers les douze heures ont été sondées, il est nécessaire de se demander quels impacts cela a provoqué sur leur état de santé et s'ils perçoivent des modifications par rapport aux shifts précédents.

### 5.2.3. La santé

Pour ne pas perdre de vue les différents aspects de la santé, les participants ont dû répondre à un triptyque comprenant les volets de la santé décrites par l’OMS. Un point commun émergeant dans la dynamique étant que bien que le triptyque soit proposé dans un ordre aléatoire, la réponse était formulée systématiquement dans l’ordre présenté : santé sociale, mentale et physique.

#### 5.2.3.1. Santé sociale

Nous avons déjà évoqué les biens faits des douze heures sur la santé sociale dans la partie des enjeux attribués aux infirmiers. Pour compléter cette rubrique, la réalité des douze heures implique que la personne avec qui l’infirmier vit accepte ce rythme. Lorsque le jour (ou la nuit) est dédié à l’activité professionnelle, aucune autre option n’est possible durant toute cette période. Les intervenants décrivent leurs journées comme épuisantes, avec l’apparition de symptômes de fatigue et de nervosité. Ces symptômes transpireraient dans la vie privée. Parfois avant le shift, voire la nuit qui précède l’activité professionnelle, avec des perturbations sur la qualité du sommeil caractérisé par des angoisses. Parfois, il s’agit de fatigue de stress nécessitant une redescente une fois rentré à la maison. La perturbation du contexte social étant mis en exergue par l’absence complète de l’infirmier, durant parfois des séries de trois jours. Rendant certaines situations de vie difficile.

*« Je la concilie difficilement. On ne mange pas ensemble, ni le matin, ni le soir. Je me dépêche de partir. Je ne sais pas comment font ceux qui ont des enfants, très honnêtement. Mais il y a toujours moyen, mais je me vois vachement plus avoir des enfants aux soins et certainement si on te met des grosses séries. Tu vois si on te met que deux nuits ce n’est pas grave, mais quand on commence cinq à six nuits, c’est là que cela coince. Si tu as que deux nuits, tu survis, tu peux encore déborder sur ton repos en voyant tes enfants et en les amenant vers l’école, ça va. C’est la course, mais c’est faisable. Si l’école terminait à 16h00 tu as le temps encore de te préparer et de partir à 17h45, pour moi ce n’est pas conciliable. Et puis comment tu fais en journée ? Tu vois pas du tout les gens ?... C’est plus dur, moi j’ai plus mal aux mains et aux genoux enfin surtout quand je suis aux urgences. » (B2).*

### 5.2.3.2. Santé mentale

Lorsque cette dissociation entre vie privée et vie professionnelle devient ténue, des problèmes d'ordres psychiques sont évoqués. Parfois se traduisant par de la somatisation, selon leurs dires.

*« Cela a été hyper épuisant cette année-là, parce que je venais d'arriver et qu'il fallait faire un apprentissage constant et prouver que l'on était capable. Puis la nouvelle chefferie est arrivée et d'un coup on a eu droit à des desideratas et cela se passait mieux] ... [Puis les douze heures sont arrivées, j'étais une grande supportrice du projet. J'avais l'impression que j'allais pouvoir vraiment récupérer et qu'en sortant de shift cela allait aller mieux. Que quand je rentrais le soir après un shift je revivais les situations et le matin avant de partir pour un tard, je m'auto-entraînais dans le travail avant d'y venir donc les premiers mois c'était une déconnexion. Je rentrais j'avais envie de faire des trucs et puis avec le temps la frontière est devenue floue. Cela a été une lente descente dans l'épuisement qui était un effet boule de neige qui ne redescendait pas] ... [je travaillais pendant des heures en tapant des cent quarante de rythme et que je trouvais cela normal. » (A5)*

*« Je sentais que j'étais fatigué de manière inimaginable et que je passais mes jours de repos complet à dormir et je venais travailler avec des gastrites. Parce que tu te dis que c'est qu'un jour et que le lendemain tu ne reviens pas travailler. Du coup tu remets tes symptômes au lendemain, j'avais mal au dos, aux genoux, je faisais des infections à répétition, je crois que mon système immunitaire ne supportait pas beaucoup » (A5)*

*« Impact psychologique, clairement. Parce qu'on ne va pas se mentir, j'avais une heure quinze de route le matin quand je rentre, donc il est assez tard, je ne vais pas directement dans mon lit, donc fatalement, il est passé 10h00 pour dormir et on se relève et il est 16h00 pour voir un peu les enfants. Ma femme était écartée à ce moment parce qu'enceinte, du coup aller chercher les enfants. Je les voyais quelques heures puis je retournais au travail à 17h00, donc l'impact physique au-delà de la cinquième nuit, il y est. Dans le sens on n'a pas assez de sommeil et plus on avance en âge moins on récupère vite. » (B1).*

### 5. 2.3.3. Santé physique

Cependant, en dehors des cas d'association à du stress et des fins de shifts se finissant « en boulet de canon », la part de santé physique est décrite comme inchangée par rapport aux huit heures.

*« La même qu'avec les 7h36, pas de changements ». (A3)*

*« Ce n'est pas mieux en tout cas, c'est pareil ». (A2)*

En admettant que les phases de repos pouvaient augmenter en fonction du pattern de shift exercé juste avant. Ils évoquent d'ailleurs un nombre de deux à trois shifts d'affilé comme respectable.

Les exceptions à ce discours partagent une grille horaire hybride (trois intervenants sur les onze). Les infirmiers faisant à la fois des gardes de huit heures et de douze heures dans des services différents et alternés mettent en avant le bonheur de pouvoir retourner dans leurs services de huit heures.

*« C'est plus dur en tout cas, moi j'ai plus mal aux mains et aux genoux enfin surtout quand je suis aux urgences. » (B2)*

### 5.3.3. Les nuits

Le sujet des nuits et des fortes répétitions de shifts sont énormément évoquées comme problématique d'un point de vue équilibre de vie et de santé. Les infirmiers mettent en avant des habitudes alimentaires détériorées et l'utilisation de molécules de substitution. Il était d'ailleurs courant, durant des interviews et donc durant leurs jours « off », de voir les participants boire une boisson énergétique à haute teneur en sucre (cinq interviewés sur onze).

*« Ce que je fais la dernière nuit, je vais me coucher et me réveille comme d'habitude à 14h00. Je me réveille, je fais mes tâches quotidiennes et puis le soir quand je me couche vers 18h00, je prends un comprimé de mélatonine, sinon je n'arrive pas à dormir le soir. Je me remets en cycle de jour et quand je fais cela je dors super bien, c'est réparateur et le lendemain je me sens en pleine forme. [...] Hormone du sommeil, ce n'est pas néfaste pour mon organisme mais je ne le prends que quand mon mari est là parce qu'alors mon mari prend le relai pour la petite » (B3)*

Lors de la reconstitution du pattern horaire avec des infirmiers ayant de longues séries de nuits, nous observons qu'avant la transition vers les douze heures, les nuits couvraient une

période de dix heures trente. Cette disposition permet, lorsqu'on étale cela sur une série de deux nuits, d'avoir une période de repos théorique de quinze heures. Il faut alors soustraire les heures de trajets situées suffisamment tard le soir et tôt le matin pour qu'elle ne se situent pas durant les heures d'affluence routière et ne prennent pas trop de place sur le planning. Soustraire également le temps de conduite des enfants éventuels à l'école pour permettre au conjoint de faire l'exercice inverse le soir. L'ensemble permet d'avoir une période de sommeil de huit heures, dans le pire des scénarios. Mais une fois les douze heures en application, la période de battement entre deux nuits diminue fortement. La part de sommeil réelle pouvant descendre jusqu'à cinq heures par nuit. Provoquant des balances de travail déséquilibrées. Une personne faisant une série de six nuits peut être confrontée à dormir vingt heures sur une semaine de septante deux heures de travail. Les entretiens révèlent d'ailleurs que les planificateurs horaires ont comme habitudes de grouper les nuits.

Pour compliquer le tableau des phases nocturnes, un point commun émerge lors des entretiens, c'est le fait d'avoir avancé l'heure de début de nuit passant de 22h00-23h00 à 19h00-20h00. Ce qui augmente la charge de travail. Le flux de patient aurait tendance à grossir vers 11h00, culminant en un pic vers 18h00 avec la fermeture de la médecine générale. Il faut alors, aux gens de la nuit, augmenter la part d'effort afin d'évacuer le résidu de patients encore présents.

#### 5.3.4. Habitudes alimentaires

Si le passage en douze heures a permis aux infirmiers d'être moins souvent au travail, il semble que la condensation des heures de travail a initié de nouveaux comportements de santé. La difficulté de prendre des pauses complètes de repas au moment des pics d'affluences associée à la disparition du recouvrement par l'équipe de l'après-midi et la difficulté à trouver du temps pour cuisiner lors de shifts répétés conduiraient les infirmiers à la consommation de plats préparés.

*« Ouai et justement, dans le service il y a un pic d'affluence à peu près sur le temps de midi, enfin grosso modo entre 11h00 et 14h00. Et c'est le moment où on est sensé se relayer pour aller manger] ... [et y a des difficultés à ce moment-là.] ... [c'est souvent lié au flux, il y a d'une part l'augmentation du flux des patients et c'est le temps de la pause de midi, donc les gens sortent, il y a tout ce qui est accident dans la ville, il y a aussi plus d'ambulances aussi qui viennent d'un côté et de l'autre et il y a moins d'infirmiers à la place d'être huit on est*

*cinq à travailler entre 12H 30 et 14h30. Il y a deux heures où y a que cinq infirmiers au lieu que huit. » (A2)*

*« Je dirais que maintenant en douze heures, je parle que pour moi, parce que je vois pas mal de collègues qui n'ont pas le temps de cuisiner et qui se commandent des plats tout fait, moi c'est plutôt l'inverse, je me fais une semaine de courses avec des plats à cuisiner, je cuisine beaucoup plus depuis les douze heures] ... [ne pas plonger dans la malbouffe, mais je pense que c'est pareil pour tous les shifts en nuits. Ce n'est pas le temps. Cela a des impacts physiques. Personnellement je mange correctement et je ne pense pas que cela s'est amélioré avec les douze heures, mais plutôt avec l'âge, j'ai envie de manger meilleur. » (A4)*

#### 5.2.4. Les patients

Les conséquences liées à la fatigue, au fur et à mesure du shift, sur les patients peuvent être multiples. Les entretiens font état d'une tendance à la « décompensation » (B4) par de l'agressivité et de l'irritabilité de la part des infirmiers. Lors des entretiens, il est arrivé qu'il y ait des formes d'aveux à la limite du transfert situationnel. Notamment par l'utilisation momentanée du « Tu » et du « Je » pour décrire des situations de maltraitements envers les patients, alors que le reste du temps, les entretiens se passaient sous des formulations plus distanciées. La personne semblant, dans sa posture non verbale, revivre la situation décrite.

*« Oui, pour moi c'est hyper important, pour moi cela ne me viendrait pas à l'idée de mal parler à un patient. Cependant, j'ai assisté à des choses surtout en fin de shift. De la patience, j'en ai et je comprends que d'autres aient moins de patience. Tu gères ta patiente, tu pètes ce que tu veux chez toi, mais pas au travail, tu gères autrement. Alors je travaille peut-être moins vite, mais je valide mieux ce que je fais ». (B2)*

Cette « décompensation », comme ils la nomment, apparaît le plus souvent au niveau des deux dernières heures de shift. Se traduisant, en plus de l'agressivité, par une tendance à diminuer leur travail ou les activités jugées comme moins en lien avec leur profession comme l'ordre dans le service, le contrôle du matériel, le suivi des étudiants.

Outre le phénomène d'impatience relevé parmi les mauvais côtés de la pratique des douze heures, les entretiens ont révélé des événements indésirables à l'égard du patient.

Lors du transfert de charge de travail d'un shift à un autre, le laps de temps dans lequel la productivité est la plus basse, aux environs des fins de shifts, augmente. Les infirmiers de nuits expliquent que la fin de shift des médecins concorde avec celle des infirmiers à quelques minutes près. Mais la différence de réactions face à cette fin de shift entre les deux acteurs n'est pas la même. Le médecin finit sa journée et essaye de ne plus avoir de patient portant son nom, alors que l'infirmier ne fait que transférer une charge de travail qui est présente. Cela se traduit, opérationnellement parlant, par un creux pouvant aller jusqu'à une heure trente ou deux heures durant lequel des ordres médicaux sont donnés avec précipitations et avec une haute exigibilité. Tandis que du côté infirmier, cela se traduit par un relâchement plus précoce qu'en huit heures de leurs efforts. Par le passé ce relâchement se situait une demi-heure avant la fin du shift avec un soucis de remise en ordre du service pour l'équipe suivante. Une fois les douze heures en application, le relâchement se fait jusqu'à deux heures avant le shift avec un souci altruiste moindre. D'une part envers l'équipe et d'autre part envers le patient. Cela se résume par un recul des prises en charges de deux heures pour tous les patients présents lors des pics d'affluence.

*« Bah je pense, en tout cas, je me sens moins alerte après dix heures. Après, je somatise beaucoup. Les douze heures impliquent une qualité de soin moindre [...] les deux dernières heures sont les pires. » (B2)*

*« Oui, les oublis. Les checks par exemple. Involontaire, les checks se faisaient la nuit par exemple. Bon cela porte préjudice aux collègues de la journée. Mais on est persuadé de les avoir faits, alors que non. Et alors après on se prend des remontrances, à juste titre, parce qu'on n'a pas fait notre travail parce qu'on a oublié. Ou alors on a oublié de donner un médicament à l'HP. On pense que et en fait on oublie, des négligences aussi. La fatigue fait aussi et on l'a tous fait, c'est méchant à dire, mais une personne âgée qui est dans ses selles à 6h30, bah on se dira tant pis, personne suivante. Ce qui n'est pas logique, parce qu'on devrait avoir un nursing continu, on devrait avoir une personne saine de l'heure une à l'heure 12, ce qui n'est pas le cas. [...] je dirais après la neuvième heure, parce que vous êtes proche du finish et que vous n'en pouvez plus. C'est cela qui se passe ». (B1)*

*« Heu oui, peut-être moins de patience, on voit des collègues qui ont moins de patience au fur et à mesure. Ces collègues, ça peut être moi hein ! » (A2)*

Malgré cela, lorsqu'on demandait aux participants, si les patients vivaient l'expérience différemment avec les douze heures, ceux-ci répondaient que les patients pouvaient plus facilement situer leur parcours de soins de secteur en secteur. Parce que les infirmiers étaient les mêmes durant leur séjour. Ils pouvaient plus facilement associer des visages à des rôles ou à des demandes. Voire, pour les patients restant la nuit, revoir les mêmes infirmiers le lendemain matin.

*« Non, chaque fois que le patient dit : vous êtes là depuis combien de temps ? (Mime le patient) et qu'on lui répond, je suis là depuis 06h00 du matin, ils sont à chaque fois étonnés. Ouf c'est beaucoup. Ils le voient ». (C1)*

La différence d'attitude qu'on les travailleurs infirmiers après les douze heures ne se limite pas à une diminution de productivité individuelle. L'effet est perceptible également au niveau du groupe.

#### 5.2.5. Nouvelle dynamique d'équipe

Si on associe travail sur la durée, souci de s'économiser pour faire face aux volumes de patients et diminution des temps passés dans le service, on obtient une synergie d'équipe réduite. Les infirmiers mentionnent, par exemple, que les postes de « référence » avaient tendance à disparaître, relégués aux N+1. Mais également que les pratiques en lien avec le maintien d'une discipline de groupe étaient impactées notamment lors des rapports d'équipe, le partage d'information, les actualisations de procédures, etc.

*« Nos rapports étaient bien plus structurés, je remarque trop souvent que quand les plus anciens ne font pas le shift, il est rare que les gens de l'équipe mettent en note les actes faits. La feuille de nuit n'est pas faite, les traitements de la journée ne sont pas programmés et préparés. Tous les médicaments qui ne sont pas issus de notre service devrait faire l'objet d'une commande ou au moins d'une prescription de préparation. Au niveau des rapports, ils sont plus succins et les gens sont fatigués et pressés de rentrer à la maison. En huit heures, on prenait le temps aussi de voir comment l'équipe allait. Quelles sont les difficultés rencontrées dans le service, les choses en rupture de stock, alors moi j'ai gardé cette habitude, si j'ai le*

*deck responsable, je fais un compte rendu selon qu'il y a eu un événement] ... [Je remarque que les autres ne le font plus. » (B3)*

*« C'est vrai que les gens du soir, certains avaient des secteurs qu'ils quittaient plus tôt parce qu'ils n'étaient pas les responsables de ces secteurs alors que justement, leur rôle était d'être des aides. Inversement, le trieur qui n'a pas de reprise, certains partaient à 45 parce que pas de rapports mais les patients en salle d'attente s'accumulaient pour l'infirmier de tri. Mais y avait des chevauchements, globalement cela allait. Mais les gens ne veulent plus traîner dans le service du coup ils vont « straight to the point ». » (A6)*

*« Bah, ce que je remarque, c'est que les rapports se font plus en privé, notamment celui de la réa, où les deux infirmiers s'isolent pour le faire en One-to-One et je pense que c'est bien de faire une bonne transmission, mais je pense que tout le monde doit avoir un rapport. La dernière tendance, c'est la transmission de l'infirmier de secteur à l'autre secteur. Alors que la nuit on se partage tous les secteurs contrairement à la journée et il y a plus de patients aussi en journée ». (B3)*

Dans les items évoqués par les participants, nous relevons que la vérification du matériel est moins pointilleuse, l'ordre dans le service moins présent et les communications font état de pertes d'informations. Le rapport de shifts en shift est effectué plus rapidement car l'équipe précédente est plus pressée de s'en aller que lors du modèle en huit heures.

Cette dynamique d'échange entre les équipes est indirectement catalysée par un effet supplémentaire sur le groupe, l'habitude de travail du chef de service pour les planifications horaires.

#### 5.2.5.1. Micro-équipes

Le blocage d'un week-end sur trois et son greffon du lundi ou du vendredi développe la création de micro-équipes au sein de l'équipe des urgences. Les infirmiers se retrouvent souvent avec les mêmes personnes lors de leurs shifts et peuvent passer de nombreux mois sans voir d'autres membres de l'équipe, créant des habitudes de vies ou de travail différentes. Il n'est d'ailleurs pas rare d'entendre des pronoms possessifs en lien avec l'équipe qu'ils ont l'habitude de suivre. Comme « mon week-end » ne signifiant plus seulement une fixation temporelle dans le temps, mais également le groupe de personnes y participant.

*« Bon alors normalement il faut qu'une équipe elle roule. Et là, c'est un avis complètement personnel. J'adore le système en série parce que tu connais mieux les gens, par contre une équipe qui fonctionne et qui se connaît, alors oui je suis à mi-temps, mais je sais que je travaille mieux avec des gens avec qui je sais comment ils travaillent, pour moi c'est un gage de qualité. C'est très rassurant de travailler avec des gens qu'on connaît. » (B2)*

*« Je fais majoritairement des jours, les gardes de nuits vont être très épisodiques, je suis d'accord pour en faire, pour prendre ma part donc c'est respecté. J'ai l'impression qu'il y a un cycle qui se répète, parce qu'il y en a certains que je ne vois presque jamais plus. On va être amené à travailler avec ceux qui sont sur notre week-end. » (A2).*

Dans les rubriques pouvant faire état d'une bonne santé d'équipes, nous avons interrogé des critères référencés comme symptomatiques. Notamment l'absentéisme et le turn-over.

#### 5.2.5.2. Absentéisme

Si la majorité d'entre eux parlent d'un taux d'absentéisme ressenti comme moindre après le passage aux douze heures, certains nuancent ce propos en prenant en compte un biais politique. Ils avancent notamment l'idée que les heures « covid » ou « défiscalisées » (A2) consécutives à la pandémie ont amélioré la situation, bien plus que les douze heures. L'attitude volontaire pour venir remplacer un malade prenant fin une fois l'option levée. L'idée de revenir au travail pour une période plus longue un jour supplémentaire démotiverait la plupart des gens, bien plus qu'en huit heures.

*« Non, non puisque, que je fasse sept nuits en dix heures trente ou en douze heures, le nombre ne variait pas. Bon, mais j'avais vraiment cette coupure. L'hôpital pouvait prendre feu, je m'en fichais complètement. » (B1)*

*« J'ai l'impression que cela a fidélisé les intérimaires » (B1)*

*« bah si tu ne remplaces pas un malade, c'est la mort durant 12 heures. Objectivement y avait beaucoup de malades, mais lié au covid, je ne saurais pas dire. Y avait une belle solidarité au début du covid puis c'est devenu difficile] ... [cet apport ne suffisait plus à motiver les gens à venir. Moi perso, je ne voulais plus y aller. » (A5)*

L'absentéisme reprenant une plus grande place au fur et à mesure des mois, nous avons interrogé la manière dont les changements se faisaient. La présence des infirmiers à l'hôpital

diminuant, notre guide d'entretien questionnait l'utilisation des moyens de communications entre les infirmiers pour organiser leurs changements ou les remplacements au sein de leurs institutions. Il semble que la majorité des répondants utilisent des réseaux sociaux permettant l'utilisation de message instantané de groupe. Le côté pratique de l'application étant mis en avant.

#### 5.2.5.3. Réseaux sociaux

Les entretiens mettent en évidence un changement de comportement passant alors d'une fréquence de conversation élevée à une forme de mutisme lors, par exemple, des demandes de remplacements. La raison n'étant pas forcément objectivée, nous ne pouvons pas affirmer s'il s'agissait d'une déconnexion complète de l'équipe lors des repos ou si c'était un détachement volontaire. En revanche dans le discours, nous notons un comportement altruiste diminué.

*« Bah je dois quand même dire qu'à un certain moment, les heures supp en douze heures même avec le système défiscalisé j'en pouvais plus. Je refusais des changements] ... [pas de changement d'attitude sur les réseaux sociaux avec les douze heures. Cependant depuis les douze heures, lorsqu'on demande un changement sur le groupe social, avec les sept heures trente, il y avait encore des gens qui répondaient genre : non désolé j'ai un truc à faire. Là avec les 12 heures, c'est un désert, personne ne répond plus ». (A6)*

Maintenant que nous avons délivré notre analyse des résultats, nous allons la soumettre au prisme de notre cadre théorique.

## 6. Discussion

### 6.1. Echantillon

Au niveau de notre échantillon, la comparaison avec le cadre théorique révèle une surreprésentation du genre homme. Alors que la population de femme représentait 78.6% chez les infirmiers de Belgique en général (Statbel, 2020). La population est jeune [25-35 ans] avec une moyenne d'ancienneté de service de sept ans, le groupe a donc connu peu de manières différentes de travailler mais ils ont presque tous connus la transition d'un type d'horaire à un autre dans leur unité de travail. Lorsque l'on soustrait l'expérience moyenne

totale de l'âge moyen, on s'aperçoit également qu'il s'agit pour la plupart de leur premier emploi.

Malgré la durée d'expérience faible sur l'échelle d'une carrière (19.78% d'une carrière pleine), la proportion de personnes en temps partiel est de 50% dans notre échantillon. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'une bonne partie d'entre eux sont en reprise d'études ou en trois quarts temps parentaux. Nous regrettons l'absence de répondants plus âgés, ces derniers auraient pu introduire d'autres cycles de vies notamment avec la présence d'enfants en âge plus avancé. La structuration de la vie privée et la conciliation avec leur métier aurait pu être perçue totalement différemment.

## 6.2. Analyse interprétative

La comparaison des données existantes et l'analyse des résultats, nous permet de pousser plus loin certains points et d'en éclairer d'autres.

### 6.2.1. Organisation du travail

Dans l'organisation du travail aux urgences, le flux des patients est décrit comme volatil. Mais cet attribut change lorsqu'on le considère sur un plan annuel. L'aspect saisonnier du travail est respecté (SPF santé publique, 2020). La saison « haute » pour reprendre le vocable, correspond à l'hiver et la « basse » à la période estivale. La fréquentation des patients semble suivre une même logique au niveau journalier, avec une présence croissante de 11h00 à 19h00. L'affluence baissant tout au long de la nuit.

L'organisation du travail révèle une pratique courante aux services d'urgences, celle de la sectorisation « Réa, couché, Fast-Track, HP, Boxes, tri, coordination/responsable, SMUR » tel que décrite par les infirmiers, en fonction des profils de patients. La fatigue perçue n'étant pas la même selon les secteurs.

Le rôle de l'infirmier en services d'urgences est comparativement aux autres services, jugé comme « plus polyvalent » avec une charge de « stress élevée » et une grande autonomie opérationnelle. Les descriptifs de fonctions sur les sites internet des hôpitaux concernés utilisent d'ailleurs le même vocable. L'autonomie ayant été décrite comme plus facilement associable à un horaire de douze heures (Vincent, 2017), il nous faut la nuancer. L'autonomie en décision n'est pas forcément inhérente à la volonté de bien faire ou d'utiliser des

compétences acquises. Au dire des intervenants, il s'agit surtout de pouvoir faire face à des flux importants avec à une législation ne définissant pas précisément le nombre nécessaire d'infirmiers par rapport au nombre de patients (KCE, 2016). Le personnel étant « livré à lui-même ».

La vigilance baissant lors des deux dernières heures de shift semble corroborer les modèles quantitatifs développés dans le monde de l'industrie (Griffiths et al, 2014). Cela se traduit par une série d'actes non faits et des retards de prise en charge. Cette affirmation peut être critiquée parce qu'elle est nuancée par une relation de « personne dépendance ». Les intérimaires étant souvent associés par les infirmiers, comme une moins-value en termes de dynamique d'équipe et de proactivité. Les infirmiers motivent leurs propos en expliquant que ce personnel remplaçant n'a pas forcément d'affinités avec le travail aux urgences.

#### 6.2.2. L'introduction aux 12 heures

Le champ lexical utilisé autour de la hiérarchie et des syndicats est le même qu'en France lorsqu'on parle des enjeux et de l'introduction des douze heures. L'équipe se différencie également par des pronoms personnels renvoyant à des entités autres, comme « ils, eux » et le « nous » renvoyant aux infirmiers (Vincent, 2017). Nous pourrions d'ailleurs conclure de la même manière sur l'acceptation des douze heures, quant aux modalités. Il est souhaitable que l'équipe adhère au projet (Vincent 2014).

Dans la partie analytique des interviews, nous avons mentionné un même *modus operandi* de la part des institutions quant à leur mise en place. A l'avenir, il serait intéressant de vérifier si les dates de test correspondent également à des phases estivales. Cela permettrait de vérifier si le processus est sensiblement « intentionnel ».

Malgré cela, le cadre théorique est renforcé dans la notion de revendication des douze heures. Ce sont les infirmiers, dans deux des trois institutions étudiées qui portent le projet face aux institutions. Parfois en s'opposant au syndicat (Vincent 2017).

#### 6.2.3. Enjeux

Les motivations avancées par le personnel correspondent à la littérature. Notamment le gain en temps de vie privée par la diminution des jours de présence au travail. (Banakhar, 2017 ; Griffiths et al, 2014 ; Vincent, 2017). En revanche, le cadre théorique ne faisait pas état de la

perte d'une partie de ces jours au profit d'une plus longue phase de récupération après de multiples quarts de travail enfilé.

Même si cela n'entre pas en ligne de compte pour la conciliation de la vie privée, la perception qu'ont les infirmiers des enjeux institutionnels correspond à ce qui est établi dans le cadre théorique. A savoir un gain financier (Cheyrouze & Barthe, 2018). En revanche, la plupart ne savent pas expliquer quelle en est l'ampleur.

Ce qu'il y a de nouveau et qui est plus en lien avec la vie privée, c'est l'apparition des profils professionnels en recherche de ces horaires. La notion de « génération Z » n'est pas expliquée dans ce travail, nous ne pouvons pas rentrer dans les détails. En revanche les infirmiers livrent une description laissant penser qu'il s'agit d'une génération plus soucieuse de son bien-être, peu intéressée par les dynamiques d'équipes ou d'appartenance à une institution et se situant comme « jeune » sur l'échiquier générationnel. Notre méthodologie de recrutement et les critères d'exclusion ont sans doute limité le nombre de profil correspondant à cette génération.

#### 6.2.4. Evolution des raisons du choix

Les réponses données au sujet des trajets sont cohérentes avec ce qu'en dit la théorie et la notion de moindre coût par mois (Vincent, 2017). Le contexte géopolitique et la montée des prix des énergies fossiles ont même boosté ce raisonnement chez certains participants. Cependant, une nouvelle problématique émerge, les heures de début de shifts correspondent aux heures d'affluence sur les routes. Les durées de trajets en sortie de nuits pouvant tripler par rapport aux autres moments de la journée.

Un second phénomène en lien avec les distances et qui n'était pas mentionné dans la théorie, c'est la captation de profil de professionnels résidant plus loin autour des institutions étudiées.

Toujours hors cadre théorique, l'opportunité pour les infirmiers expatriés de voir leur famille dans leurs pays d'origine sans empiéter sur leurs jours de congés annuels est neuf. En Belgique, La proportion des infirmiers référencé « Non-Ue ou hors Be » serait de 4.56% (N=416 038) (StatBel, 2020).

### 6.2.5. La santé

Dans le domaine de la santé des infirmiers, la théorie avait mis en avant les éléments comme la privation de sommeil (Cheyrouze & Barthe, 2018), la sensation d'épuisement mental (Vincent, 2017) et la satisfaction au travail (Banakhar, 2017 ; Vincent, 2017). Cela semble bien se vérifier par les participants.

La population était jugée à risque de développer des TMS (Pham Minh, 2019) et l'absence de plainte de TMS chez les participants pratiquant exclusivement les douze heures est surprenante. Nous pensons que l'échantillon était trop jeune et que la dynamique des douze heures manquait de suffisamment de recul (trois ans d'existence en moyenne). Bien que notre travail ne soit pas quantitatif, nous avons constaté certains points communs dans les profils de notre échantillon. Les seuls participants à avoir déclaré une plainte physique sont ceux pratiquant des shifts partagés dans plusieurs unités de soins différentes. En alternant les shifts de huit heures à l'USI et les shifts de douze heures aux urgences. Mais reviennent à la théorie (Pham Minh, 2019) quand ils affirment qu'une série de deux à trois jours/nuit est le pattern idéal pour ne pas se « retrouver sur les genoux ». Mais les participants disposant de ce point commun assurent aussi se sentir mieux lorsqu'ils se rendent aux soins intensifs et nous n'avons pas poussé le questionnement quant à savoir si c'était une question d'unité ou d'heures.

### 6.2.6. Les nuits

Le modèle théorique proposé, mettait en avant l'idée que l'application de shift de douze heures diminuait la réactivité des infirmiers (Cheyrouze & Barthe, 2018). En cela, nous y adhérons partiellement. Les participants ne travaillant que de nuit évoquent l'oubli de certaines tâches, comme le rangement. Le sujet prend une autre dimension quand l'infirmier quitte le lieu du travail. Le sujet des nuits a mis en évidence un accroissement de la dégradation de sommeil et le recours à certaines molécules de remplacement. Nous pensons que le sujet des nuits en douze heures mériterait un travail à lui seul, tant la trame narrative semble importante. Certains infirmiers évoquant des séries six à sept nuits avec des phases de sommeil cumulées de vingt à trente heures. Les modèles quantitatifs étudiant les soins

intensifs ne parlaient pas de cette déprivation issue des répétitions de shift. Cela pourrait être générateur de facteur confondants (Cheyrouze & Barthe, 2018).

#### 6.2.7. Les patients

Dans la triade, institution/infirmier/patient, c'est sans doute le dernier qui subit davantage les conséquences du passage aux douze heures. Retards dans les prises en charge et actes non faits corroborent la théorie (Cheyrouze & Barthe, 2018). L'agressivité et l'irritabilité des équipes est un phénomène relevé par les participants. De même que la tranche horaire dans laquelle le défaut apparaît, poussant cette irritabilité jusqu'à deux heures avant la fin du shift. Alors que sous les huit heures, cela arrivait de manière intermittente après une grosse série de quarts de travail (six à sept shifts).

Le volet patient s'éloigne de la théorie dans le domaine de la continuité des soins. Si l'étude qualitative sur les douze heures menées en France montre une tendance au regain d'intérêt des infirmiers pour leurs patients à l'usage (Vincent, 2017). Il semble que dans le domaine des urgences, la perte d'information soit courante. Nous pensons que cet aspect prend sa source dans les différences d'organisation de travail, la sectorisation est remise en cause par les infirmiers interrogés. Notamment lorsque des changements de secteurs sont présents au cours d'un shift long. Les intervenants de l'hôpital B, ayant acté les douze heures plus précocement, signalent d'ailleurs avoir cessé partiellement cette pratique pour un modèle à secteur unique sur douze heures. L'exception étant le secteur du tri, jugé trop lourd mentalement pour être exécuté aussi longtemps. Ce secteur est temporisé soit le matin, soit l'après-midi par le secteur de la traumatologie jugé plus léger que les autres secteurs.

#### 6.2.8. Dynamique d'équipe

La revue systématique reprenant la satisfaction au travail n'avait pas montré de sensibilité moindre lorsqu'on travaille en huit ou en douze heures (Banakhar, 2017). Dans notre échantillon, les questions en lien avec la dynamique d'équipe ont fait émerger d'autres problématiques. Les rapports de transmissions sont faits rapidement et font abstraction des considérations d'équipes. Notamment dans la diminution des activités annexes, comme le rangement et les postes de « références ». Nous pensons que les modèles comparatifs sont

trop centrés sur le temps de travail et pas assez sur le partage avec la vie privée. Les entretiens révèlent un caractère distancié des infirmiers envers l'équipe et nous pensons que c'est justement la diminution de fréquence au travail qui incite au développement de cette dynamique.

Lorsque nous leur demandions les critères qui font qu'ils vont performer au travail, les infirmiers mentionnent l'importance de la qualité de l'équipe, plus souvent que la charge de travail. Ils utilisent d'ailleurs un champ lexical négatif lorsqu'ils évoquent les intérimaires ou le non-remplacement d'un malade par la hiérarchie. Mais paradoxalement, ils admettent que les douze heures sont génératrices d'un retard de prise en charge, d'une qualité moindre des soins et d'une « fidélisation » de l'intérim. L'étude qualitative française avait révélé qu'il existait une notion de sacrifice consenti avec l'introduction des douze heures. Cela pouvait passer par une détérioration de l'état de santé et de la qualité des soins (Vincent, 2017).

De manière globale, lorsque nous comparons les données théoriques aux résultats obtenus dans les différentes branches qui composent la vie privée des infirmiers par rapport à leur vie professionnelle, nous pouvons nous demander si l'enjeu des douze heures n'est pas à vocation corporatiste. Fanny Vincent (2017), dans son analyse qualitative aux usages de France, nous expliquait que le recours aux douze heures avait été perçu comme un « sacrifice » consenti par les infirmiers. Le sacrifice se situant dans le fait de devoir être plus longtemps au travail durant des shifts éprouvants au profit d'une fréquence moindre. Mais lorsque nous interrogeons les conséquences sur la qualité de soin, nous nous apercevons que les patients en subissent les conséquences. La dynamique d'équipe est également perturbée. En interrogeant l'enjeu du gestionnaire, on peut se demander si le gain financier obtenu (Cheyrouze & Barthe, 2018, p.2) en vaut réellement le prix. Les infirmiers admettent que le système des douze heures est générateur de profils spécifiques, les nouveaux engagés étant bien plus motivés par les douze heures que par tout autre chose, la notion d'appartenance à une institution semble s'effacer. Les infirmiers restent évoquant l'envie de quitter leur emploi, mais se refusant à passer à l'acte par crainte de devoir retourner dans un système de huit heures. La rétention tant souhaitée pourrait générer la création de profils professionnels inattendus et non souhaitables en termes de santé publique. Fanny Vincent ajoutait que le métier d'infirmier en général était perçu comme un « don de soi », un métier plutôt perçu comme à « vocation » orientée vers l'autre. Dans ce cas-ci, on pourrait remettre en question ce principe, puisque la dynamique des douze heures semble induire un altruisme diminué.

## 7. Limites et biais

### 7.1. Biais de méthodologie

L'utilisation d'un réseau social pourrait avoir influencé l'âge et le genre des participants. La plateforme en question ayant la réputation de rassembler les utilisateurs correspondant au genre et à la tranche d'âge obtenue (Statista, 2023), entraînant potentiellement une atteinte au principe de variabilité maximale sur l'âge et le genre. En revanche les critères d'inclusions étaient suffisamment larges que pour obtenir un échantillon disparate, le principe de triangulation des sources est respecté. Des femmes, des hommes mais également d'anciens cadres ont été interrogés.

Toujours lié à l'utilisation d'un réseau social, il est possible qu'un biais de volontariat soit apparu.

L'invitation sur réseaux sociaux via une publication peut avoir engendré un biais d'information. Les personnes ayant été averties du sujet à l'avance. Ils peuvent avoir préparé l'entretien. Nous avons d'ailleurs tenté de jauger ce biais par l'intermédiaire d'une question répétée point par point à chaque participant (Annexe 1). Celle-ci n'a jamais rencontré de réponses adéquates.

Les entretiens ont eu lieu de février à avril 2023, ce qui fait correspondre à deux éléments importants. Premièrement nous sommes en sortie de saison « haute », c'est-à-dire la plus éprouvante selon le dire des infirmiers. Deuxièmement, la fin de la crise covid est officiellement déclarée peu de temps avant le dernier entretien, ce qui correspond également à la fin d'une période jugée comme épuisante. Nous craignons que le champ lexical utilisé ne soit altéré par rapport à ce que les shifts de douze heures auraient pu offrir dans des conditions habituelles de travail.

L'auteur travaille dans le domaine étudié et remplit également les conditions d'inclusion à l'étude. Un premier biais peut prendre place dans la subjectivité de l'auteur. Une partie de ce biais est gommée dans le sens où la motivation à entreprendre l'étude résulte d'un processus de pensée en questionnement par rapport à la pratique des douze heures.

Un second biais pourrait agir indirectement et est souvent répertorié dans les démarches dites « en sous-marin ». Certaines de nos activités professionnelles nous amènent à circuler entre les hôpitaux, notre visage n'est pas inconnu parmi les différents infirmiers interviewés. Afin

de limiter un biais de désirabilité sociale, nous avons tâché de présenter un visage neutre durant les entretiens. De plus, nous avons rappelé à chaque entretien les modalités d'anonymisations et de confidentialité. Bien que le recrutement ait été fait via une publication, le message exigeait des volontaires qu'ils répondent uniquement par un canal privé de telle sorte que jamais personne, collègue, ami ou employeur ne puisse soupçonner la participation d'un intervenant. Nos entretiens ont été faits en première intention auprès des infirmiers provenant d'autres hôpitaux, pour se terminer avec ceux ayant une relation plus étroite avec l'auteur. De cette manière, l'impact sur le guide d'entretien et l'analyse interprétative est limité. Rappelons également que les entretiens ont eu lieu dans des endroits neutres laissé au choix des participants, aucune autorisation n'a donc été demandée à leurs employeurs, car non pertinente.

Enfin ni l'étude, ni le parcours étudiant n'ont fait l'objet d'un financement par l'employeur. Il n'existe aucun conflit d'intérêt.

## 7.2. Biais d'échantillon

Au niveau des hôpitaux dont provenaient les infirmiers, la mise en place des douze heures était récente (deux depuis moins de 5ans). Il pourrait être possible que certains thèmes apparaissent, changent ou disparaissent en laissant plus de temps s'écouler.

L'hôpital disposant le plus anciennement d'une garde de douze heures dans notre échantillon n'a offert qu'un participant, nous ne connaissons ni la date d'introduction des douze heures, ni la manière dont cela a été mis en place. La problématique pouvant amener à une détérioration de la qualité de nos réponses.

Toujours au niveau de la localisation, les infirmiers ayant participé travaillent dans des services où le volume journalier de patient est considéré comme élevé (120-160 patient/24 heures) par rapport à la moyenne Belge. Les entretiens auraient pu donner d'autres résultats dans des institutions moins fréquentées. Même s'il ne s'agit pas d'une démarche quantitative, on peut légitimement suggérer un biais d'admission.

Malgré la présence de quinze services d'urgences en région de Bruxelles capitale (SPF santé publique, 2022), nous ne comptabilisons que trois hôpitaux différents dans notre échantillon. Cela correspond à ce que la théorie évoquait, du point de vue de la rareté des services ayant déjà adopté les douze heures.

La mise en place des douze heures serait plus ancienne en Flandre et l'étude s'est déroulée en français dans une entité régionale bilingue. Les infirmiers néerlandophones n'ont pas été entendus.

### 7.3. Autre Biais

La Covid, de nouveau, car elle suscita de nombreuses démissions et absentéisme. Le manque de personnel étant jugé comme le critère numéro un des motivations au départ (Ejebu, Dall'Ora & Griffiths, 2021), ce qui pourrait avoir altéré les réponses au sujet du turn-over dans les équipes.

Les heures défiscalisées ont potentiellement provoqué une croyance commune incitant à penser que les remplacements étaient plus aisés qu'ils ne le seront à l'avenir. Nous observons d'ailleurs une baisse de satisfaction au fur et à mesure des entretiens. Les interviews ayant eu lieu durant le premier trimestre suivant la décision politique de ne plus recourir aux « heures covid ». Les équipes se montrant de moins en moins enclines aux remplacements.

Les shifts de longues durées sont récents en Belgique et en termes de recherches, nous ne disposons que de peu d'informations quant aux conséquences pratiques et elles sont inexistantes pour le volet quantitatif.

Enfin, les résultats obtenus émanent d'un système spécifique qui est localisé à la Région de Bruxelles-Capitale, mais également à une dynamique de travail lié à un environnement à forte demande de soins. Les résultats ne sont donc pas généralisables à toute la Belgique. En revanche ils donnent une idée sur la perception et les représentations que font les infirmiers de leur vie dans les lieux de travail considérés, par la théorie, comme les plus utilisés par la population d'un pays.

Maintenant que nous avons considéré les limites et biais liés à notre travail, intéressons-nous aux champs des possibles et aux concepts qui pourraient améliorer la réponse à notre question de recherche.

## 8. Perspectives

Si un jour un intérêt devait se porter sur la qualité des soins sous un régime de douze heures aux urgences, il serait peut-être intéressant de questionner la pratique du tri. Ce secteur constitue un nœud important dans le processus des patients, puisqu'il agit tel un carrefour vers les autres secteurs. Il semble être le poste le plus complet en termes de rôle d'infirmier d'urgences. Le tri est décrit comme éprouvant et est soumis à des impératifs horaires.

Notamment des délais moyens de prises en charge ainsi que la prise stricte de paramètres selon les situations.

L'étude pourrait bénéficier de modèles mathématiques pour vérifier certaines observations. L'absentéisme et le turn-over sont décrits par les participants comme moindre sous les douze heures, mais les raisons de cette rétention en personnel laissent perplexes. L'absence de douze heures dans des hôpitaux a été évoquée comme frein au désir de changer d'employeur. Un modèle longitudinal pourrait le nuancer.

Beaucoup de domaines professionnels auraient à y gagner. Notamment dans le partage des activités journalières, les domaines de l'émancipation des genres. Rappelons que l'échantillon était très masculin et que les entretiens suggéraient qu'ils portent une grande attention à leurs enfants, leur dédiant des journées complètes, quitte à réduire le pourcentage de temps de crèche et leur temps de travail. De plus, en matière de santé publique, certains des interviewés soulignent le paradoxe qu'il y a de voir évoluer une dynamique de long shift dans une unité de soin considérée comme « la plus imprévisible du milieu hospitalier ». Lors de nos entretiens nous leur offrons d'ailleurs la possibilité de s'exprimer sur ce qu'ils amélioreraient pour rendre la stratégie des douze heures plus pérenne. Ceux-ci ont exprimé le souhait de garantir la présence des pauses et de rendre les rotations plus prévisibles sur le long terme avec des cycles de deux à trois shifts maximums, ce qui est jugé comme plus aisé dans les services d'étages.

Enfin, lorsque nous leur demandons les services dans lesquelles ils envisageraient les douze heures, ils répondent que tous les services pourraient le faire sauf ceux où la charge mentale de travail est considérée comme plus élevée. Ils mentionnent la gériatrie et la psychiatrie comme exclues de la catégorie, proposant le plus souvent les soins intensifs et la salle d'opération, ce qui tend à confirmer la théorie (Vincent, 2017).

Pour terminer, les participants font état d'une tendance au développement d'activités parallèles comme les formations, le sport ou d'une activité d'indépendant complémentaire. Ce qui, selon eux, existait peu auparavant. La possibilité de s'émanciper tout en exerçant un métier et la capacité à se recycler pourrait être un vecteur positif dans les domaines de la promotion sociale. Le métier d'infirmier pourrait peut-être y gagner en image.

## 9. Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière le vécu des soignants et les pratiques de travail aux urgences dans la Région Bruxelles-Capitale. Elle a remis en question les quarts de travail de douze heures ainsi que les différentes adaptations qui y ont déjà été rapportées. Nous apprenons que le passage aux douze heures ne semble pas satisfaire tout le personnel infirmier concerné et que cette pratique reste encore très récente dans le paysage belge. Les shifts longs semblent rencontrer une certaine adhésion des infirmiers quant à leur rôle auprès des patients, cela leur permet d'avoir une meilleure connaissance de ces derniers, mais au détriment de la transmission d'informations lors de leurs rapports d'équipe. Les infirmiers étant plus pressés de rentrer chez eux et plus fatigués. Nous apprenons également que la motivation à recourir aux douze heures est suffisamment élevée par les équipes pour accepter certains sacrifices, telles les journées à rallonge et l'éloignement du contexte familial. Après un laps de temps, les infirmiers découvrent que certaines contraintes découlent de cette situation. Citons notamment la disparition « involontaire » des pauses ou l'impossibilité de prendre des repas de manière sereine et organisée parce que ces moments correspondent à des pics d'activité.

Cette étude met en évidence également que malgré la flexibilité qui est décrite positivement par les intervenants, elle est nuancée par des journées exténuantes et des cycles de nuits extrêmement lourds. Cette démarche exploratoire décrit des changements possibles au niveau de la santé ressentie. Les infirmiers interrogés pointent de manière plus évidente une atteinte à leur santé mentale pouvant aller jusqu'à de la somatisation. Leur santé sociale s'est améliorée et leur santé physique semble moins atteinte que ce qui est décrit dans la théorie. Toutefois, durant les cycles de travail, les phases de repos sont souvent accompagnées de prise d'additifs énergétique et/ou de médication pour parvenir au sommeil.

Deux points de vue ont été mis en évidence lors de l'analyse des interviews. Le premier correspond aux personnes ne pratiquant que les douze heures et le second correspond aux personnes pratiquant les shifts alternés huit heures et douze heures. Le premier groupe présente des verbatims soulignant leur résilience et une adhésion aux douze heures tempérée par le volume de patient à prendre en charge. Le second groupe ne parvient pas à concilier vie privée et vie professionnelle, quel que soit le volume de charge de travail.

En revanche dans les deux groupes, les infirmiers ont presque tous évoqué (dix participants sur onze), en péri-entretien, leur intention de quitter la profession dans un avenir proche. Revenir à un système de travail de cinq jours par semaine est cependant un frein au changement.

Pour terminer, nous pensons, aux vues des informations données, qu'il serait judicieux de consulter les conjoints directement concernés par cette problématique. L'aspect positif de ce régime de travail pourrait gagner en précision au point de vue de la santé sociale et affiner la question de recherche.

## 10. Liste des références

Banakhar, M. (2017). *The impact of 12-hour shifts on nurses' health, wellbeing and job satisfaction : a systematic review* [thèse publiée, Faculty of nursing, King Abdulaziz University]., <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n11p69>

Centre fédéral d'expertises des soins de santé, (2016). Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilité de réforme (263Bs). [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE\\_263\\_Bs\\_Organisation\\_et\\_financement\\_des\\_services\\_durgence.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_263_Bs_Organisation_et_financement_des_services_durgence.pdf)

Centre fédéral d'expertises des soins de santé. (2016). Service d'urgence et permanences de médecine générale en un seul lieu : plus clair et plus pratique pour le patient. <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communique-de-presse/services-durgence-et-permanences-de-medecine-generale-en-un-seul-lieu-plus-clair-et-plus-pratique>

Cheyrouze, B & Barthe, B, (2018). Travail de nuit en 12 heures : un « scénario de travail » élaboré par les infirmiers dans un service de réanimation, *activités*, 15, pp 1-15.

CGSLB, (2022). Commission paritaire 330 Hôpitaux privés. [https://www.cgslb.be/sites/default/files/aclvb/documenten/sectoren/flash/non-profit/2022-12-01\\_-\\_recueil\\_cct\\_-\\_cp\\_330\\_hp\\_0.pdf](https://www.cgslb.be/sites/default/files/aclvb/documenten/sectoren/flash/non-profit/2022-12-01_-_recueil_cct_-_cp_330_hp_0.pdf).

De Paepe, A. (2019). *Quelles sont les répercussions du travail de nuit sur la santé du personnel infirmier ? existe-t-il un lien entre état de santé et les conditions de travail de nuit ?* [Mémoire non publié]. UCLouvain, Faculté de santé publique.

Ejebu, O-Z, Dall'Ora, C & Griffiths, P, (2021). Nurses' experiences and preferences around shift patterns, *Plos One*, 16n°8, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256300>

Gobert M & al. (2010). Belgique, *recherches en soins infirmiers*, 100, 8-13, DOI10.3917/rsi.100.0008

Griffiths, P et al. (2014). Nurse shift length and Overtime working in 12 European Countries, *Medical care*, 52/11, 975-981, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196798/>

Institut de classification des fonctions, (2021). Eventail des fonctions ific-liste des mises à jour 202, [https://www.if-ic.org/src/Frontend/Files/userfiles/files/Liste\\_modifications\\_eventail\\_2021.pdf](https://www.if-ic.org/src/Frontend/Files/userfiles/files/Liste_modifications_eventail_2021.pdf)

Jasseron, C & al. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession de soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête presst/next, *Cairn.info*, 85, 46-64

Knauth, P. (2006). Extended work period , *industrial health* , 45, 125-136.

Pham Minh, K, Kieu Ngoc, Q, Forrer, A, Nguyen Thanh, H, Reiharz, D. (2019). Prévention des troubles musculo-squelettiques chez les infirmiers d'un hôpital de province au Vietnam, *santé public*, 31N°5, 633-644, DOI 10.3917/spub.195.0633

Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins (10 juillet 2008) Moniteur Belge, Novembre 2008

Loi sur le travail (16 mars 1971) Moniteur Belge, 18 novembre 2022, pp 1-17

Office belge des statistiques (2022), *Personnel des soins de santé*, <https://statbel.fgov.be/fr/themes/datalab/personnel-des-soins-de-sante#news>

Organisation mondiale de la santé. (1948). *Constitution*, <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Organisation de coopération et de développement économique (2022). Ressources en santé, [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC#](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC#)

Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale, (2018) obligation du travailleur en cas de maladie ou d'accident. [https://emploi.belgique.be/fr/themes/contrats-de-travail/suspension-du-contrat-de-travail/causes-de-suspension-propres-au#toc\\_heading\\_2](https://emploi.belgique.be/fr/themes/contrats-de-travail/suspension-du-contrat-de-travail/causes-de-suspension-propres-au#toc_heading_2)

Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. (2022). *Caractéristiques des contacts avec les services des urgences entre 2010 et 2019*. [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/180120\\_22\\_evolutie\\_contacten\\_spoedgevallen\\_fr.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/180120_22_evolutie_contacten_spoedgevallen_fr.pdf)

Spencer, S.(2023) Face à face, comment survivre au ras-le-bol dans les hôpitaux, comment survivre sans personnel ? [Vidéo], Ln24. <https://www.ln24.be/videos/2023/01/06/face-a-face-ras-le-bol-dans-les-hopitaux-comment-survivre-sans-personnel-qlff5mf/>

Statista research departement, (2023), *Age et genre des utilisateurs de facebook dans le monde en 2023*, Statista. <https://fr.statista.com/statistiques/574791/facebook-repartition-mondiale-par-age/>

Vandenbroucke, F. (2022). Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux, [https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/ziekenhuishervorming\\_nota\\_frank\\_vandenbroucke\\_fr.pdf](https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/ziekenhuishervorming_nota_frank_vandenbroucke_fr.pdf)

Vincent, C & Volovitch, P. (2003). Les syndicats face aux restructurations hospitalières, *Revue française des affaires sociales*, Cairn.info, 3, p 121-140. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-3-page-121.htm>

Vincent, F. (2014). Travailler pour son « temps de repos » ? sens et usages du temps hors travail des soignantes en 12 heures à l'hôpital public. *Temporalités*, 20. <https://doi.org/10.4000/temporalites.2896>

Vincent, F. (2017). Penser sa santé en travaillant en 12 heures, les soignants de l'hôpital public entre acceptation et refus, *perspective interdisciplinaire sur le travail et la santé*, pp. 1-19. DOI : 10.4000/pistes.4945

Vivet, V., Durand, C., Peter, J., Miermans, P.J & Steinberg, P. (2021). *Infirmiers sur le marché du travail, 2004-2018 résultat du couplage des données PLAN CAD SPF SPSCAE-DATA WAREHOUSE MT&PS-INAMI*, [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/plancad\\_inf\\_2018\\_fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/plancad_inf_2018_fr.pdf)

## **11. Annexes**

### 11.1. Annexe 1 : guide d'entretien

#### **Guide d'entretien :**

Entretien A Mr

« Bonjour nous sommes le XX/XX/23, il est XXhXX, je suis étudiant en santé publique et rédige un travail sur l'influence des 12 heures sur la vie privée chez les infirmiers d'urgences de Bruxelles francophone. A ce titre Vous êtes interviewé en qualité d'infirmier, Je vous remercie à nouveau pour votre participation. Je rappelle que l'entretien sera retranscrit et anonymisé. »

Je vous propose de vous présenter, votre environnement votre cursus et votre expérience.

Quel est votre parcours professionnel ?

Contexte : Questions plutôt fermées pour définir la nature de notre effectif :

Participant :

Age :

Statut marital :

Ancienneté : générale et de service :

Titre particulier : bachelier/breveté/ttp :

Type de contrat (temps plein/partiel) + (jour/nuit) :

Quelle est la profession de votre partenaire :

Avez-vous des enfants ? De quel âge ?

Combien de patient /24heures ?

Début de l'entretien semi directif :

Selon vous, qu'est-ce que la vie privée ?

Pourquoi faites-vous des gardes de 12 heures ?

#### **Introduction des 12 heures**

Quelles sont les motivations de votre institution à mettre en place des gardes de 12 heures ?

Qu'en pense les syndicats ?

**Comment les gardes de 12 heures ont été mises en place dans votre service ?**

Pouvez-vous décrire une journée type d'une garde de 12 heures par rapport aux anciens shifts ?

A partir de quand considérez-vous que votre travail commence ?

Comment pouvez-vous intervenir dans la planification des horaires ?

### **Conséquences : travail**

Quel est l'impact des gardes de 12 heures sur votre manière de travailler ?

Quelles sont les difficultés rencontrées au cours de la garde ?

Quelles habitudes avez-vous mises en place au travail avec l'insertion des gardes de 12 heures ?

Comment se passent les rapports de transmissions maintenant qu'il n'existe plus de chevauchement ?

Quel est votre degré d'autonomie dans votre métier ?

### **Conséquences santé infirmier :**

Comment conciliez-vous votre vie privée avec les gardes de 12 heures ?

Quel est votre état de santé depuis l'insertion des gardes de 12 heures ? (Rappel : mental, physique, social)

Quels sont les moments les plus faciles et les plus difficiles ?

Comment se passe vos périodes de repos ?

Comment décririez-vous la qualité de votre sommeil entre maintenant et l'insertion des gardes de 12 heures ?

Que faites-vous de votre temps libre ?

Quel est votre niveau de stress ? Quid par rapport à avant ?

Comment affecte-t-il votre vie privée ?

### **Conséquences : dynamique de l'équipe**

De quelle manière considérez-vous que l'équipe respecte votre vie privée ? Quid par rapport à avant ?

Comment l'équipe s'organise lorsqu'il faut :

-remplacer un malade ?

-communiquer ?

Y a-t-il une modification, selon vous, en termes de turn-over depuis lors ?

Quand vous allez commencer une journée, quels sont les critères qui vous font dire que cela va bien se passer ou non ?

Comment se passent les réunions d'équipes avec ce type de garde ?

Comment sont gérées les heures supplémentaires dans l'institution, observez-vous des changements depuis l'insertion des gardes de 12 heures ?

### **Conséquence : qualité des soins.**

Quel est l'impact des gardes de 12 heures sur la qualité des soins ?

### **Considérations personnelles de l'interviewer**

Maintenant que vous avez vécu ces gardes, dans quels services pensez-vous qu'elles puissent trouver leurs places ?

A quels titres les recommanderiez-vous pour d'autres services d'urgences ?

Si vous aviez tout pouvoir, que feriez-vous pour rendre cette stratégie encore plus pérenne ?

Que ne feriez-vous surtout pas ?

Dans quelles mesures reviendriez-vous à l'ancien système ?

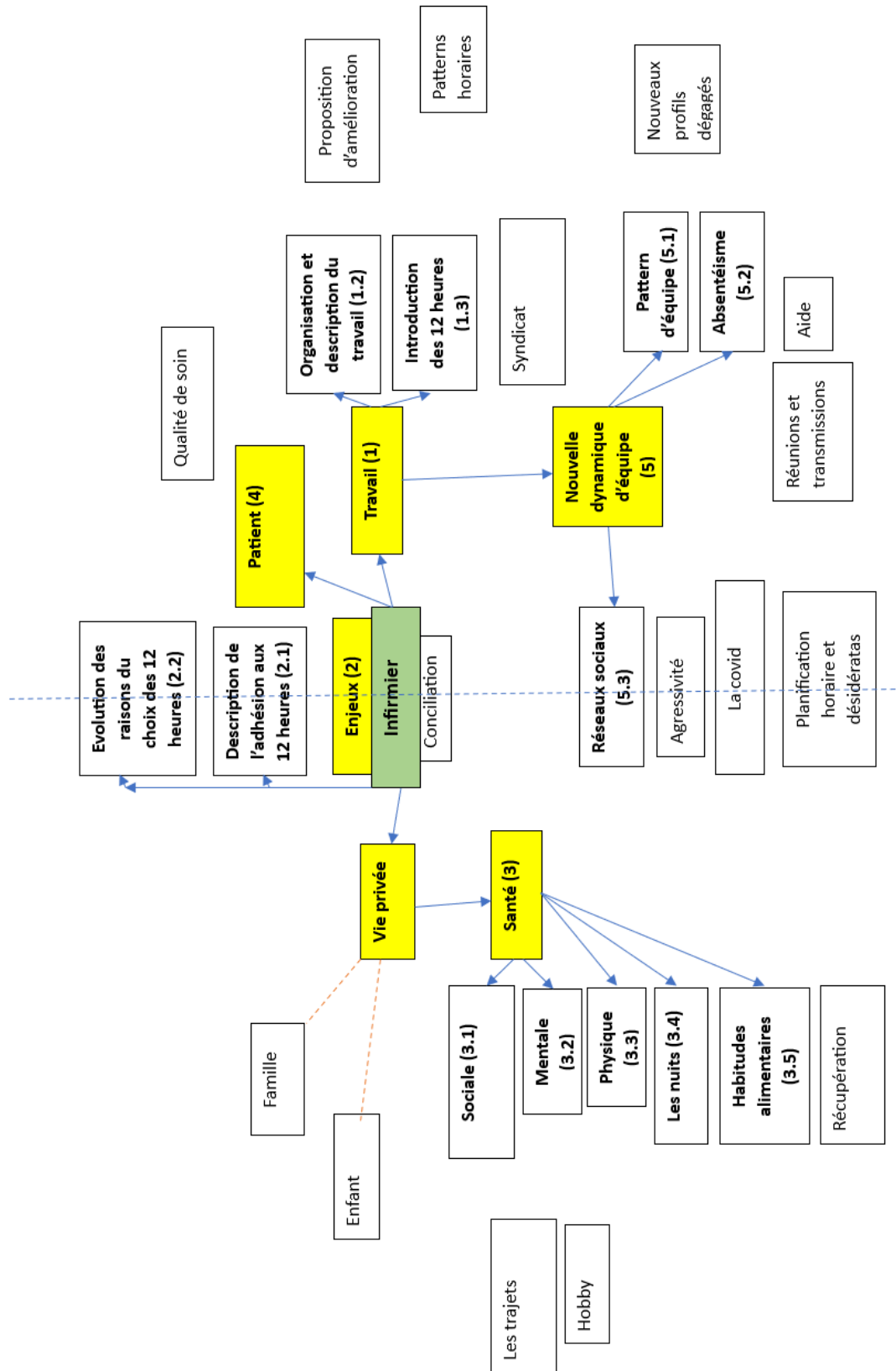
Quels sont les avantages et les inconvénients des gardes de 12 heures sur votre métier ?

### **Question contrôle**

« Nous allons passer à ma dernière question et elle est volontairement placée à la fin pour éviter toute appréhension par rapport à l'entretien.

Savez-vous de quelle manière, les gardes de 12 heures ont été autorisées sachant que la loi prévoit un maximum de 11h/ jour de prestation ? »

## 11.2. Annexe 2 : Arbre à thème



LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | [www.uclouvain.be/fsp](http://www.uclouvain.be/fsp)