



**HAL**  
open science

## Vers une banalisation du travail de nuit ?

Paul Bouffartigue

► **To cite this version:**

Paul Bouffartigue. Vers une banalisation du travail de nuit ?. Les choses de la nuit, Oct 2012, Mexico, Mexique. halshs-00731741

**HAL Id: halshs-00731741**

**<https://shs.hal.science/halshs-00731741v1>**

Submitted on 13 Sep 2012

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

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

## Vers une banalisation du travail de nuit ?

**Paul Bouffartigue**  
[paul.bouffartigue@univ-amu.fr](mailto:paul.bouffartigue@univ-amu.fr)

En France le travail de nuit développe, dans le cadre d'une tendance plus large à la flexibilisation des temps de travail (Bouffartigue et Bouteiller, 2012).<sup>1</sup> L'horaire de nuit est pourtant une modalité radicale des horaires dits « a-typiques » - « unsocial » dans la langue anglaise – compte tenu de sa désynchronisation vis à vis des rythmes biologiques et sociaux normaux. Son développement signifie-t-il pour autant une banalisation ? Nous en sommes loin : il est loin d'être généralisé, et sa fréquence varie fortement avec le genre et le milieu socioprofessionnel. Les femmes et les professions qualifiées demeurent nettement moins concernées que les hommes et les emplois peu qualifiés. En effet, les normes physiologiques et sociales qui en contiennent l'extension étant loin d'avoir disparu, son adoption, durable ou même provisoire, est toujours riche - voire lourde - de sens. C'est ce qu'on souhaite montrer, notamment à partir d'un contre exemple : celui de certaines femmes, infirmières ou aides-soignantes qui valorisent pourtant le travail de nuit. Les conditions qui rendent ce « choix » relativement attractif et positif offrent ainsi un miroir inversé des cas les plus courants où il est effectué sous forte contrainte.

### Un horaire qui se diffuse lentement

En France depuis 20 ans l'horaire de nuit tend à s'accroître. Cette progression se réalise au travers d'une pratique « habituelle » (et non « occasionnelle »), et ce, notamment chez les femmes.<sup>2</sup> (Algava, 2009) D'où des préoccupations sociales concernant ses liens avec d'autres conditions de travail et avec la santé (Edouard, 2010). En 2009 15,2 % des salariés (13% en 1991) travaillent habituellement ou occasionnellement de nuit : 21,4% des hommes (18,7% en 1991), 9 % des femmes (5,8% en 1991). Pour 7% des salariés, soit 1,7 million (10% des hommes, 4,5% des femmes) c'est un horaire de travail habituel. Au sein de la population ayant au moins dix années d'ancienneté de vie active, un individu sur trois (un homme sur deux, une femme sur cinq) a connu cet horaire, un sur cinq (un homme sur trois, une femme sur dix) en tant qu'horaire « habituel ». <sup>3</sup> C'est donc le plus souvent une pratique relativement passagère : les quatre

---

<sup>1</sup>Si le développement de l'ensemble des horaires « atypiques » semble bien être une tendance internationale, associée aux politiques néolibérales de déréglementation de l'emploi et du travail, la fréquence et la dynamique du travail de nuit varie d'un pays à l'autre.

<sup>2</sup> Sa fréquence et sa dynamique varient d'un pays à l'autre, y compris dans des activités économiques comparables, ce qui renvoie donc à des « effets sociétaux ».

<sup>3</sup> Données longitudinales issues de l'enquête *Santé Itinéraire Professionnel* réalisée en 2006-2007 par la Dares et la Drees (Bouffartigue, Bouteiller et Pendariès, 2010)

cinquièmes de celles et ceux qui l'ont connue sont aujourd'hui en horaire de journée ; une sur deux l'a pratiqué moins de dix ans. Sa fréquence diminue d'ailleurs nettement en fin de carrière, du moins chez les hommes. Mais pour une partie des travailleurs concernés c'est une pratique durable. Les hommes travaillant actuellement de nuit y sont exposés depuis 17 ans en moyenne, les femmes depuis 14 ans. Dit autrement, parmi tous ceux qui travaillent de nuit à un moment donné, cohabitent une majorité pour qui c'est un régime horaire provisoire, et une minorité pour qui il est plus durable au fil de la carrière.

Quelles sont les raisons de cette extension de l'horaire de nuit ? Le changement de réglementation intervenu depuis 2011, avec son autorisation dans l'industrie a pu jouer un rôle.<sup>4</sup> Mais la loi semble avoir davantage accompagné une croissance initiée antérieurement que l'avoir provoquée. Par contre il semble clair que le développement d'activités économiques très féminisées qui, telles l'hôtellerie-restauration, la propreté, ou la grande distribution, qui recourent davantage que d'autres aux horaires de travail atypiques, joue son rôle. Mais cet effet « de structure » ne rend pas compte de la poursuite de l'extension des horaires de nuit dans des secteurs plus traditionnels, comme l'industrie des biens intermédiaires ou la santé. On a donc à faire à un mouvement plus large prenant appui sur la dérégulation des horaires de travail, qui rencontre une force de travail disponible pour cet horaire. Les caractéristiques sociales de cette dernière permettent-elles d'en anticiper les modalités, plutôt subies ou plutôt choisies, au travers desquelles elle y recourt ?

### **Des travailleurs de profil spécifique**

Cette force de travail demeure très masculine, même si le travail de nuit se développe plus rapidement chez les femmes. En dehors des personnels soignants (360 000 infirmier(e)s et aides soignant(e)s sont concerné(e)s), les métiers qui contribuent le plus massivement au travail de nuit restent masculins : conducteurs (280 000), policiers, pompiers et militaires (270 000), opérateurs des industries de process (140 000). Ce sont aussi des groupes professionnels dans lesquels les durées d'exposition sont plus longues que la moyenne. Ainsi c'est dans des contextes dans lesquels le travail de nuit constitue une norme professionnelle associée à des modes de régulation spécifiques prévoyant des « contreparties » positives : rémunérations, durée du travail, âge de la retraite, qu'il est le mieux et plus durablement accepté au cours de la carrière. D'ailleurs des liens statistiques ont peu été établis entre la pratique du travail de nuit et certains indicateurs *a priori* positifs concernant les parcours professionnels.<sup>5</sup> L'horaire de nuit continue également, dans son ensemble, à être mieux payé : aujourd'hui comme hier il permet une amélioration du salaire de 8 % (Gollac et Baudelot, 1993). Contrairement à d'autres conditions de travail, le fait qu'il

---

<sup>4</sup> Mettant ainsi le droit du travail français en conformité avec une directive européenne de 1976.

<sup>5</sup> Comme la continuité de l'activité chez les femmes, et pour les deux sexes la fréquence des promotions professionnelles et des évaluations positives du parcours professionnel.

justifie une compensation financière ne semble pas – ou pas encore – remise en question.

Mais d'autres tendances ne vont pas dans le même sens, et mettent en garde contre une vision idéalisée de l'horaire de nuit. Le salariat le plus concerné est plutôt moins qualifié que la moyenne : en dehors des infirmières, les cadres et professions intermédiaires sont nettement moins concernés que les ouvriers et les employés. D'ailleurs les parcours professionnels marqués par l'instabilité d'emploi, voire par des épisodes de chômage, sont plus fréquents qu'en moyenne chez les travailleurs qui connaissent ou ont connu cet horaire. Leur travail est généralement plus pénible, physiquement et mentalement, que celui de leurs collègues qui travaillent de jour dans les mêmes emplois. L'idée, répandue, selon laquelle les salarié-e-s de nuit bénéficient davantage d'autonomie, n'est pas vérifiée. L'état de santé des personnes ayant connu ce type d'horaire, notamment celui des femmes, tend à être relativement dégradé. Il est vrai que les liens entre exposition au travail de nuit et santé dégradée se vérifient surtout au niveau de troubles semblant mineurs (difficultés de sommeil et de digestion).<sup>6</sup> Il est vrai également que ses effets sur la santé sont difficile à repérer (par l'épidémiologie) et à percevoir (par les intéressés) : effets de sélection par la santé (« healthy worker effect »), qui font que ce sont des personnes physiologiquement, psychologiquement et socialement davantage prédisposées que d'autres à supporter ce rythme de travail qui parviennent à s'y adapter, et ce d'autant plus qu'elles y sont exposées longtemps ; effets différés dans le temps. On ne sera pas surpris non plus de leur instabilité conjugale, supérieure à la moyenne. Toute la littérature sur le sujet montre que ce type d'horaire est une « aventure familiale » - du moins pour les plus nombreux, qui ne vivent pas seuls – et augmente la probabilité d'un divorce (Gadbois, 2004 ; Presser, 2000).

Dernière particularité associée au travail de nuit, éclairée par l'ergonomie, la mise en oeuvre de régulations spécifiques dans la mise en oeuvre de l'activité elle-même (Barthe, 2009 ; Barthe, Queinnec, Verdier, 2005 ; Pueyo, Toupin, Volkoff, 2011). Cet horaire induit en effet des contraintes particulières, et impose par là même aux opérateurs des stratégies individuelles et collectives spécifiques. Par exemple le rythme de travail doit s'adapter pour ménager des moments de repos, ou pour terminer plus tôt la prestation, ce qui suppose une organisation au sein de l'équipe. Ces contraintes particulières renvoient d'une part aux variations du niveau de vigilance/somnolence, dues à la fois à la physiologie humaine - incidences du rythme circadien de la vigilance, et effets propres de la privation de sommeil,- et, d'autre part aux exigences propres de la tâche lorsqu'elle s'effectue la nuit. Une belle démonstration de ce phénomène a été conduite

---

<sup>6</sup> L'alternance nuit-jour fonde le rythme circadien, lequel régit le cycle de sécrétion de certaines hormones, dont la mélatonine. Une baisse des défenses immunitaires est provoquée par le blocage de sa sécrétion lors de l'exposition à la lumière artificielle. Outre les troubles du sommeil et de la digestion observables à court terme, les troubles psychosomatiques, cardio-vasculaires et les cancers sont observables de manière différée. Une série d'études épidémiologiques ont montré les effets cancérigènes du travail de nuit, conduisant en 2010 le Centre international de recherche contre le cancer à classer le travail de nuit comme "*probablement cancérigène*".

sur le cas d'infirmières de nuit d'un service de Pneumologie (Toupin, 2008). On y découvre l'existence d'apprentissages spécifiques, largement méconnus, y compris par les travailleurs concernés, et qui pourraient expliquer l'attachement d'une partie d'entre eux à ce type d'horaire.

### **Parfois un facteur de santé ?**

Dans les hôpitaux le travail par équipes successives semble s'imposer depuis toujours compte tenu de l'obligation d'assurer la continuité des soins. Les horaires atypiques y sont bien, d'une certaine manière, banalisés. Ils font d'ailleurs l'objet des régulations formelles et informelles qui construisent les normes professionnelles. Aux côtés d'autres pénibilités, ils « font partie du métier ». Cependant les hôpitaux et les activités prises dans leur ensemble forment un vaste espace professionnel offrent un répertoire très varié d'horaires de travail. Les infirmières peuvent opter pour le mode libéral d'exercice. Aux cotés du régime horaire dominant, celui de deux équipes successives de journée, « matin » et « soir », on trouve les équipes de nuit,<sup>7</sup> de journée « normale » - certaines cliniques, centres de la Protection Maternelle et Infantile, crèches - , ou encore les prestations de 12 heures, déjà fréquentes dans les cliniques, et en développement à l'hôpital.

Un horaire de nuit peut être relativement maîtrisé au fil de la vie, voire s'inscrire dans une série de dispositifs biographiques durables plutôt favorables à la construction de la santé. Les parcours de vie de deux soignantes travaillant dans le même service - réanimation pédiatrique - d'un hôpital. Pour elles les implications pathogènes de l'horaire restent pour l'heure mineures.

*« Une fois que vous avez goûté à la réanimation de nuit on peut plus passer de jour »*

Ingrid et Germaine font une description très positive et convergente de leurs conditions de travail : grande autonomie, excellente ambiance et solidarité très forte entre les membres de l'équipe de soins. On le sait ces dimensions sont décisives dans la construction de la santé. D'autres facteurs favorables à cette construction se retrouvent chez elles : un choix positif du passage en horaire de nuit, motivé d'abord comme mode optimal de prise en charge des enfants après leur naissance, secondairement par leur difficulté antérieure à s'accoutumer aux horaires « matin-soir » ; un mode d'orientation vers la profession, également positif ; la promotion sociale qui caractérise leur trajectoire intergénérationnelle. Outre la présence manifeste de prédispositions à faire face à l'horaire de nuit, leur hygiène de vie est marquée par le souci de prendre soin de leur santé. Mais ce tableau n'est pas entièrement idyllique. Des fragilités de santé existent, qui se révèlent surtout quand elles se projettent dans l'avenir : pour Ingrid, la plus jeune,

---

<sup>7</sup> En 2003, 16% des aides soignantes et 10% des infirmières travaillent de manière régulière de nuit, et un pourcentage important de manière irrégulière (respectivement 14% et 26%).

sera-t-il souhaitable et possible de faire toute sa carrière en horaire de nuit ? pour Germaine, la plus âgée, sera-t-il possible de travailler de nuit jusque la retraite ?

Dans ce petit service « on s'entend vraiment bien » déclarent-elles toutes deux. Pour Ingrid, qui y travaille depuis 8 ans, moment de la naissance de son premier enfant, « la nuit, c'est là où tout se réveille ». Qu'entend-elle par cette expression paradoxale ? Que c'est une unité beaucoup moins caractérisée que d'autres par l'alternance de moments intenses et de temps creux : les soins y sont aussi « intensifs » la nuit que le jour, ce qu'elle apprécie car elle déteste la routine et a peur de s'ennuyer. Et qu'au cours de la nuit on peut se consacrer aux patients davantage que le jour: le travail de soins y est moins « parasité » par les visites de médecins accompagnés de leurs étudiants ou les appels téléphoniques. Travail moins « parasité », ou travail moins « empêché », pour reprendre la formule d'Y. Clot (2008), qui fait de cette notion la clef des atteintes à la santé mentale au travail.

Pour Germaine les choses se sont passées différemment. C'est seulement après avoir exercé une dizaine d'année en chirurgie pédiatrique qu'elle est arrivée dans ce service, il y a 20 ans. Elle garde un bon souvenir de sa première séquence professionnelle dans un autre service, et ce n'est pas la volonté de travailler en réanimation mais le souhait de passer en horaire de nuit qui l'a amenée à changer d'unité de travail.<sup>8</sup> Si elle n'y valorise pas particulièrement le travail en contexte d'urgence, elle se retrouve avec Ingrid pour mettre en avant l'intérêt d'un travail marqué par une autonomie, une responsabilité, et, dans son cas, par une diversité de tâches, particulièrement motivantes, ainsi que par une « ambiance » de qualité exceptionnelle.

Pour Ingrid, l'autonomie par rapport aux médecins, beaucoup moins présents qu'en journée, liée à la confiance que ces derniers témoignent aux infirmières en leur déléguant certains gestes techniques, est la clef de cette « ambiance » particulière. Elle dit des deux aides-soignantes, plus âgées et anciennes dans l'équipe, qu'elles lui semblent parfaitement intégrées dans le collectif. Ce que ne dément pas Germaine, qui évoque la « solidarité » au sein de l'équipe parmi les premiers éléments qui la motivent pour venir travailler tous les jours. On le sait, un des domaines-clefs où se traduit la qualité de l'entente au sein d'une équipe de soignantes est le prix attaché à une présence au travail « coûte que coûte », et le volontariat en cas de nécessité de remplacer une collègue absente. « Dès qu'une a vraiment besoin d'un jour pour une raison très importante on va contacter celles qui sont en repos pour qu'elles viennent la remplacer, et si elles peuvent pas on évite de s'arrêter, pour pas laisser les filles en sous-nombre. »

La qualité de la coopération dans l'équipe, dont on sait que c'est un facteur de santé, est d'ailleurs explicitement évoquée comme tel par ces deux

---

<sup>8</sup> Une des différences importantes entre infirmières et aides soignantes, est que les secondes sont en position moins forte sur le marché du travail, « interne » comme « externe ». Elles maîtrisent moins leur itinéraire professionnel, en particulier la possibilité de choisir le service dans lequel elles aimeraient travailler.

soignantes : cette équipe de nuit n'a pas de psychologue à sa disposition en cas d'épreuve difficile – comme le décès d'un patient, qui se trouve ici être un enfant -, mais les soignantes disent « faire la psychothérapie » entre elles...

Pour ces deux soignantes c'est la naissance du premier enfant qui a déclenché le souhait de quitter l'horaire « matin-soir » (6 h.-14 h./13 h.30-20 h.30) , le plus courant à l'hôpital. Car « matin-soir » est un horaire très décalé par rapport au rythme de vie des enfants et des équipements collectifs (crèche, école) qui les accueillent. Or pour ces deux femmes, il n'est pas question de ne pas assurer au mieux le rôle maternel.

Ingrid a demandé et obtenu l'horaire de nuit dès la fin de son premier congés : c'est bien « la vie de famille » qu'elle avance comme première raison du changement d'horaire. Avant de l'avoir pratiqué l'horaire de nuit semblait indépendant du contenu du travail. Ce n'est qu'en le pratiquant qu'elle découvre que le travail de nuit offre d'autres intérêts dans son service : « L'autonomie, je l'ai découverte après (...) une fois que vous avez goûté à la réanimation de nuit on ne peut plus passer de jour, c'est une autre ambiance ». Germaine quant à elle a du patienter trois ans à partir sa première maternité et menacer de démissionner de l'équipe de journée pour obtenir son passage dans l'équipe de nuit. Trois années où elle pu s'organiser tant bien que mal grâce à la crèche de l'hôpital, et où sa forte motivation pour obtenir cet horaire de travail n'a pas faibli.

La possibilité d'assumer aussi pleinement que possible leur fonction de mère tout en poursuivant leur activité professionnelle est un enjeu central pour ces femmes. C'est une condition majeure de leur équilibre psychique et donc de leur santé. Mais insistons sur un autre point : elles évaluent l'horaire de nuit relativement à l'horaire dominant à l'hôpital, soit « matin-soir ». Or cet horaire est lui aussi très décalé par rapport aux rythmes biologiques et sociaux ordinaires, et ces deux soignantes font partie de celles qui le supportent particulièrement mal. De plus les prestations de nuit sont de dix heures et non de huit heures, travailler de nuit, même à temps plein, se traduit par un nombre de « journées » prestées par mois nettement plus faible que lorsqu'elles étaient de jour : une dizaine, contre une quinzaine.

On ajoutera que ces deux soignantes ont connu une trajectoire sociale ascendante – notamment par rapport à leur mère - , ce qui n'a pu ne peut que soutenir une relation positive à leur travail et à leur santé, et un sentiment de réussite sociale. De plus, elles travaillent à temps plein, et leur revenu est comparable à celui de leur conjoint.

## *Des atteintes à la santé à la fois reconnues et déniées*

Ces deux soignantes disent s'adapter à leur rythme de travail de nuit,<sup>9</sup> au moins aussi bien sinon mieux qu'au rythme de travail « matin-soir » et qu'elles se déclarent plutôt en bonne santé compte tenu de leur âge. Elle se plaignent principalement d'une certaine fatigue et de difficultés de mémorisation.

Sont-elles averties des dangers du travail de nuit quand il est pratiqué dans la durée? Comment s'organisent-elles pour récupérer – pour planifier leur phases de sommeil – et pour s'alimenter? Qu'identifient-elles comme risques ou symptômes de santé? Mettent-elles en place des stratégies de prévention?

Aucune des deux n'ignore l'essentiel des nuisances du travail de nuit : c'est un sujet de discussion au sein des équipes de nuit, et le médecin du travail joue son rôle d'information. Alors que les infirmières développent généralement des stratégies de prévention plus complètes que les aides soignantes, notamment en matière d'exercice physique, ici c'est l'aide puéricultrice la plus active : elle pratique la gymnastique et la danse de salon. Il est vrai que ses fils sont grands, alors que les enfants d'Ingrid, âgés de six et huit ans, la mobilisent encore beaucoup. Aux côtés de la question des capacités et des possibilités de récupération de la fatigue des nuits veillées, et donc du rythme et de la qualité du sommeil, celle de l'alimentation occupe une place de choix dans le rapport à la santé de ces soignantes. Toutes deux ont consulté une ou plusieurs diététiciennes et se sont efforcées, avec plus ou moins de difficultés et de succès, de suivre leurs conseils. Mais le discours du médecin du travail est parfois mal perçu: « Chaque fois qu'on va à la visite médicale on a le droit à « vous savez travailler de nuit ça donne le cancer du sein », nous elle nous le dit carrément comme ça, donc c'est très encourageant ! ». Ignorant sans doute à quel point l'horaire de nuit fait partie de l'ensemble de leur « système d'activité » (Curie, 1994) la parole du médecin est condamnée à ne pas être complètement entendue.

Concernant leur avenir professionnel les positions objectives et subjectives les distinguent, Ingrid apparaissant plus libre de ses choix futurs. Infirmière spécialisée en puériculture, le marché de l'emploi lui est plus ouvert. Elle n'exclut pas une mobilité en dehors de l'hôpital plus tard. Pour elle l'intérêt de l'horaire de nuit est indissociable de celui du service : « le jour où je quitte la réanimation je quitte l'hôpital, pour une crèche ou une PMI ». Ce sera surtout « la vie familiale » qui décidera de la suite de sa carrière professionnelle : si elle ne trouve pas un emploi en journée ailleurs, son intérêt pour le contenu de son travail dans son service l'emportera, et elle est prête à travailler de nuit « encore 20 ans ». Germaine, auxiliaire de

---

<sup>9</sup> De 20 heures à 6 heures du matin en semaine, de 18 heures à 6 heures le week-end. Une « grande semaine », de cinq nuits (de lundi à mardi, de mardi à mercredi, de vendredi à samedi, de samedi à dimanche et de dimanche à lundi) est suivie d'une « petite semaine », de deux nuits (mercredi à jeudi et jeudi à vendredi). Un week-end sur deux est travaillé.



puériculture qui souhaite avant tout continuer à travailler de nuit, sait que, compte tenu de son ancienneté et du coût salarial qu'elle implique pour tout employeur, ses possibilités alternatives d'emploi sont réduites. Bien plus qu'Ingrid captive de l'hôpital, elle nous fait part d'une inquiétude quant à la pérennité de son régime horaire de nuit : il est question que son service passe en deux équipes successives de 12 heures. Elle y est très hostile, jugeant que les soignantes de nuit y perdraient sur tous les tableaux.

Ces deux soignantes illustrent donc comment la combinaison d'une série de facteurs favorables a rendu pour elles durablement attractif et positif l'horaire de nuit. Principalement : l'intérêt spécifique du travail ; la qualité exceptionnelle de l'entente et de la solidarité dans l'équipe ; la possibilité de mieux assurer leur rôle maternel ; l'existence de prédispositions physiologiques ; un parcours social promotionnel. Facteurs auxquels il faut très probablement ajouter la réversibilité, au moins potentielle, du choix de ce type d'horaire.

### **Muriel : Le travail de nuit, ressource dans un parcours de déprécarisation**

Les soignantes qui travaillent la nuit sont loin d'être toutes dans une situation aussi favorable. Il peut correspondre à un choix nettement plus contraint, comme c'est le cas lorsque c'est un moyen de sortir de la précarité sociale, parcours plus fréquent chez les aides-soignantes que chez les infirmières.

Nombreuses en effet sont les aides-soignantes d'origine sociale très modeste, qui ont connu un début de parcours professionnel difficile sur le marché secondaire du travail (commerce, nettoyage, hôtellerie-restauration) Accéder à la petite fonction publique représente une des meilleures situations professionnelles auxquelles elles pouvaient prétendre (Arborio, 2002). Mais la force de rappel de leur milieu d'origine fait souvent de leur vie un parcours de combattante contre le danger de précarisation sociale. C'est le cas quand elles ont débuté sans diplôme et qu'elles se retrouvent mères isolées très jeunes. Ici le recours au travail de nuit fait partie de l'ensemble des opportunités mobilisables pour ne pas sombrer dans la précarité sociale.

Agée de 55 ans, Muriel n'a trouvé que depuis dix ans son emploi d'aide soignante à l'hôpital. Depuis cinq ans, elle fait partie du « pool » de nuit, et ne projette pas de changer d'horaire. Elle n'a accédé à l'emploi hospitalier au terme d'une longue période d'instabilité professionnelle, et n'a jamais quitté sa condition de mère isolée : elle a eu quatre enfants avec trois pères différents. Et elle se voit contrainte de continuer à travailler de nuit comme aide soignante, sans que cela suffise à lui éviter la perspective d'une retraite assez misérable. Trois raisons avaient motivé son changement d'horaire : elle se sentait depuis trop longtemps captive d'un service qui lui déplaisait particulièrement, le passage dans le pool polyvalent de nuit lui garantissant qu'elle ne serait plus condamnée à ne travailler que dans ce seul service ;

une difficulté d'adaptation au rythme « matin-soir » ; le souhait enfin d'être davantage présente auprès de la dernière de ses filles.

L'horaire de nuit commence à lui peser : fatigue, insomnies, surpoids. Mais les aspects positifs continuent de l'emporter : la qualité de la relation aux patients est meilleure la nuit, et la prime de nuit lui permet d'améliorer son petit salaire et le niveau de sa retraite. Muriel préfère ne pas trop évoquer son avenir personnel qu'elle pressent sombre : une pension de retraite insuffisante pour pouvoir conserver son logement, la nécessité peut-être de cumuler retraite et petits boulots pour s'en sortir sans devenir dépendante de ses enfants. Pouvoir continuer à travailler de nuit jusque l'âge de 62 ans ne dépend pourtant pas que d'elle et de l'évolution de son état de santé, mais aussi de la politique de gestion des ressources humaines du centre hospitalier : n'a-t-il pas été question récemment d'instaurer un « roulement » entre personnel de jour et personnel de nuit ?

### *Trois types de profil de soignantes travaillant de nuit*

Le travail de nuit chez les soignantes hospitalières prendrait donc des sens - sans doute des durées - bien distincts selon trois types de profils qu'on a pu identifier : les deux exposés plus haut, auxquels s'ajoute un troisième, que nous ne pouvons que citer. Leur seul point commun étant une meilleure capacité d'adaptation physiologique au rythme de nuit qu'au rythme « matin-soir ».

Chez celles qui choisissent durablement cet horaire, et qui représentent bien ce qui particularise ces professions à la dominante féminine d'autres emplois féminisés où l'horaire de nuit est adopté de manière beaucoup plus temporaire, deux profils se différencient. Le premier, illustré par Ingrid et Germaine, est celui de soignantes ayant – ou ayant eu – des enfants, vivant en couple, prédisposées à une bonne adaptation à ce rythme, et trouvant dans leur travail des sources de satisfaction absentes dans d'autres horaires. Le second, illustré par Muriel, correspond à son usage plus éphémère, notamment quand il s'impose pour des raisons économiques face au danger de précarisation sociale. Le troisième, que nous ne faisons qu'évoquer sans l'illustrer ici, est celui de soignantes vivant seules et n'ayant pas – ou plus d'enfant à charge : elles adoptent cet horaire avant pour d'autres raisons. Ces raisons peuvent être d'ordre professionnel, car elles sont généralement très investies dans leur travail et deviennent d'ailleurs plus souvent que d'autres responsable d'équipe. Elles peuvent aussi avoir des motivations personnelles, comme l'attachement à certaines activités ou engagements extra-professionnels

\*\*\*

Le travail de nuit est donc loin de s'être « banalisé » ou « normalisé », même quand il est vécu plutôt positivement. Alors s'il n'en devient pas plus « normal » au sens sociologique, il s'inscrit dans une capacité « normative » du sujet, au sens de G. Canguilhem, c'est-à-dire quand la personne parvient à construire ses normes de vie en s'appropriant/modifiant son milieu de vie.

C'est pour cette raison que son « pouvoir d'agir » peut parfois se réaliser dans des contextes qui ne sont pas « normaux » socialement, contredisant ainsi certains de leurs effets négatifs. On l'a vu quand le travail de nuit est associé positivement au contenu du travail et aux arbitrages familiaux jugés optimaux. Les implications négatives de cet horaire, en particulier au plan de la santé, peuvent alors être à la fois combattues, sous-évaluées, et déniées, et ce d'autant plus que les effets pathogènes sont différés dans le temps. Travailler de nuit peut donc se révéler être, au moins provisoirement « normatif ». Un horaire de travail n'est jamais évalué en lui-même, mais au travers du sens qu'il peut offrir ou interdire aux activités associées, au sein du travail comme dans l'ensemble du mode de vie. Et c'est toujours à partir de leur position relative dans un champ de contraintes et de possibles que les individus « arbitrent » ou « décident » ; au sociologue de l'évaluer finement avec les intéressé-e-s s'il veut comprendre les mystères de ces décalages entre les normes sociales et la dynamique subjective de chacun des membres d'une société.

## Références

- Algava, E. (2009), « Le travail de nuit des salariés en 2009. Fréquent dans les services publics, en augmentation pour les femmes », *Dares-Analyses*, 009.
- Arborio A.-M. (2000), *Un personnel invisible. Les aides soignantes hospitalières*, Anthropos « Coll. Sociologiques ».
- Barthe B., Queinnec Y., Verdier F. (2004), “L’analyse de l’activité de travail en postes de nuit : bilan de 25 ans de recherches et perspectives”, *Le travail humain*, 67 (1), 41-61.
- Barthe B. (2009), « Les 2x12h : une solution au conflit de temporalités du travail posté ? », *Temporalités* [En ligne] , 10 | 2009 , mis en ligne le 30 novembre 2009, Consulté le 18 juin 2011. URL : <http://temporalites.revues.org/index1137.html>
- Bouffartigue P. (2012), *Temps de travail et temps de vie. Les nouveaux visages de la disponibilité temporelle*, PUF, Coll. «Le travail humain ».
- Bouffartigue P., Bouteiller J., Pendariès J.-R.(2010), *Effets de sélection, effets de condition : Parcours professionnels, horaires de travail et santé*, Rapport final pour le compte de la Dares, Lest.
- Curie J. (1994), « Faire face au chômage », *L’orientation scolaire et professionnelle*, 22, n° 4, 295-303.
- Edouard F. (2010), *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*, Rapport au Conseil Economique, Social et Environnemental.
- Gadbois C. (2004), « Les discordances psychosociales des horaires postés : questions en suspens », *Le travail humain*, 67 (1), 63-65.
- Gollac M., Baudelot C. (1993), « Conditions de travail et salaires », *Économie et statistique*, 265, 65-84.
- Pueyo V., Toupin C., Volkoff S. (2011), “The role of experience in night work : Lessons from two ergonomic studies”, *Applied ergonomics*, 42, 251-255.
- Toupin C. (2006), « Du crépuscule à l’aube », *Temporalités* [En ligne], 4, mis en ligne le 07 juillet 2009, consulté le 08 septembre 2012. URL : <http://temporalites.revues.org/352>