

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La communication

Au cœur du changement la nuit

Séverine LE MERCIER

DCS@18-19

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Mr GUYAUX Hervé, mon directeur de mémoire. Il a contribué à m'orienter dans la démarche de recherche et à avoir une posture plus réflexive dans mon travail. Ses conseils clairs m'ont permis les réajustements nécessaires et ses encouragements ont été motivants.

Je tiens à remercier les cadres de santé qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à cette étude.

Je souhaite remercier sincèrement l'équipe pédagogique de l'Ecole Supérieure de Montsouris, elle m'a permis d'accéder à mes ambitions et de réaliser mes objectifs professionnels dans des conditions bienveillantes. Merci Monsieur FARNAULT. Merci Madame LE GAL.

Je remercie tout particulièrement ma famille des efforts qu'ils ont fournis pour me permettre de travailler sereinement et des encouragements apportés. Merci à tous.

Enfin, je tiens à remercier mes collègues et mes amis qui m'ont soutenue depuis le début de cette aventure éprouvante.

Sommaire

INTRODUCTION	4
1 DU CONTEXTE À MA QUESTION DE DÉPART	5
2 ÉMERGENCE D'UNE PROBLÉMATIQUE.....	7
3 CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE	12
3.1 Le travail de nuit.....	12
3.1.1 Législation.....	12
3.1.2 Définition.....	14
3.1.3 Le rythme circadien.....	16
3.1.4 Les troubles du cycle circadien.....	18
3.1.5 Les impacts au niveau professionnel.....	20
3.1.6 Les caractéristiques des équipes de nuit.....	20
3.1.7 Le cadre de nuit	22
3.2 La communication	23
3.2.1 Définition.....	23
3.2.2 Les principes généraux	24
3.2.3 L'information	25
3.2.4 Le support matériel	27
3.2.5 La communication verbale.....	28
3.3 L'accompagnement des équipes au changement	31
3.3.1 Définition du changement	31
3.3.2 Les théories comportementales.....	34
3.3.3 Le changement : un cercle vicieux	35
3.3.4 Projets et changements.....	38
3.3.5 Résistance et changement	39
3.3.6 Accompagnement et changement.....	41
4 L'ENQUÊTE SUR LE TERRAIN.....	43
4.1 La méthodologie.....	43
4.2 Le contexte.....	43
4.3 Les outils.....	43
4.4 La population interrogée.....	45
4.5 Le déroulement des entretiens	46
5 PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	48
5.1 Le management de nuit.....	48
5.1.1 L'impact professionnel du rythme de nuit sur le travail la nuit.....	48
5.1.2 Le profil des soignants de nuit	51
5.1.3 Le management des équipes de nuit.....	54
5.2 La communication du cadre de nuit	55
5.2.1 La forme de la communication du cadre de nuit.....	55

5.2.2	La place de la communication verbale la nuit.....	57
5.2.3	La diffusion des informations par le cadre de nuit	58
5.2.4	L'évaluation de la compréhension des informations transmises	60
5.3	L'accompagnement des équipes de nuit dans les changements induits par les projets	61
5.3.1	Les changements la nuit	61
5.3.2	La résistance au changement dus aux projets la nuit	64
5.3.3	La place de la communication dans l'acceptation au changement	66
5.3.1	L'accompagnement dans la conduite de projet la nuit	68
5.3.2	L'accompagnement du cadre dans la conduite du changement.....	70
6	SYNTHÈSE DE L'ANALYSE.....	72
7	LIMITES ET BÉNÉFICES	76
7.1	Les limites.....	76
7.2	Les bénéfices.....	76
	CONCLUSION	78
	ANNEXES	

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AASM : American Academy of Sleep Medicine (Académie Américaine de la Médecine du sommeil)
AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANSES : Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire, de l'alimentation, de l'Environnement et du travail
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant(e)
CDS : Cadre De Santé
CE : Cour Européenne
CEE : Communauté Économique Européenne
CESE : Conseil Économique Social et Environnemental
CHT : Communauté Hospitalière Territoriale
CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer
CME : Comité Médical d'Établissement
CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CNV : Communication Non Violente
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DPI : Dossier Patient Informatisé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EEC : Enquêtes Emploi en Continu
FFC : Faisant Fonction de Cadre de santé
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier Territorial
HAS : Haute Autorité de Santé
ICSD : International Classification of Sleep Disorders
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
OQN : Objectif Quantifié National
PRS : Projet Régional de Santé
PPT : Power Point
SFRMS : Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil
SROS : Schéma Régional des Organisations de Soins

INTRODUCTION

Ce travail de recherche a été nourri de mes expériences personnelles en tant que faisant fonction. Je me suis intéressée à des problématiques qui concernent exclusivement le personnel de nuit. Il est vrai que la nuit, le cadre est confronté à une multitude de problèmes qu'il a pris l'habitude de gérer en toute autonomie. A tel point que les problèmes de fond sont presque occultés, alors que les problématiques y sont nombreuses.

La nuit est un système à part entière encore méconnu, le travail du cadre de nuit n'échappe pas à ce constat. Que fait le cadre de nuit ?

Si ce mémoire me donne l'occasion de faire part de mes expériences, alors j'y mentionnerais les nombreuses heures passées à écouter mes équipes et à communiquer avec chacune d'entre elles. Que ce soit pour leurs doléances, leurs plaintes, ou des discussions plus informelles. Je m'aperçois que c'est l'essentiel de mon activité.

Comment se fait-il que je sois aussi « absorbée » par mes équipes la nuit ? Est-ce que cela répond à leurs besoins ?

Ces questionnements m'ont fait prendre du recul. La communication du cadre de nuit sera le thème principal de mes recherches. L'objectif de cette étude est d'envisager un lien entre la communication et l'accompagnement des équipes de nuit au cours d'un processus de changement institutionnel.

Dans un contexte d'amélioration de la qualité des soins, je m'étonne de la rareté des projets la nuit. Le constat est-il le même dans les autres établissements ?

Ce mémoire est construit à l'image d'une démarche scientifique. Au regard d'une problématique, il aborde les 3 concepts suivants : la nuit, la communication et l'accompagnement au changement.

Ils feront chacun l'objet d'une recherche référentielle auprès d'expert, d'enquêtes de terrain puis d'une analyse.

Tel un travail de recherche, des axes d'amélioration des pratiques et de nouveaux questionnements sont envisagés.

A l'issue de cette étude, la synthèse de ces analyses me permettra de valider ou non l'hypothèse.

1 DU CONTEXTE À MA QUESTION DE DÉPART

Lorsque je me replonge dans mon poste de faisant fonction, je repense à ce démarrage à la fois audacieux mais aussi fastidieux, un peu seule avec deux équipes de 23 agents. En effet, après 2 ans en tant que référente de nuit et une expérience de 20 ans au sein du même établissement, j'ai occupé le poste de faisant fonction de cadre de nuit pendant une année.

J'ai vite senti que j'étais peu armée pour cette nouvelle mission. Forte de mes ambitions et de ma motivation pour occuper ce poste, j'ai tenté d'utiliser au mieux mon expérience et mes compétences d'infirmière de nuit pour assumer les responsabilités de ce poste.

Les deux équipes, bien ancrées dans leurs roulements respectifs, voient en moi défiler la 3ème faisant fonction de cadre de nuit. Tandis qu'une équipe m'a offert une année de partage et d'épanouissement, l'autre a eu du mal à approuver un « n^{ème} » faisant fonction de cadre et ne m'a pas forcément ménagée. N'étant pas préparée à tout cela, j'ai appris de chaque situation, de chaque comportement en utilisant le maximum de ressources que j'avais en moi et l'aide apportée par mes collègues.

Pour démarrer ce projet de recherche, je pars d'un constat que j'ai pu faire au cours de mon parcours en tant que de faisant fonction de cadre de santé de nuit.

La nuit, la vie à l'hôpital est tout autre. Le cadre de nuit est le seul représentant institutionnel sur l'établissement. Il est investi de toutes les missions. Il a comme responsabilité de solutionner l'ensemble des problématiques de l'hôpital en collaboration avec l'administrateur qui est d'astreinte téléphonique. Pour ma part, cela représente 10 services au total.

Le management et le temps que l'on passe avec les équipes de nuit sont différents. Je passe l'essentiel de mon temps avec mes équipes. Je suis sans cesse sollicitée et les équipes attendent mon passage. Elles se confient beaucoup et ont besoin d'être entendues. Les équipes en 12h sont très demandeuses de ce lien et de l'aide que je peux leur apporter, justement parce qu'elles ont très peu de contact avec leur cadre qui est de jour. Ce sont des équipes en totale autonomie. Je suis très surprise de voir que cela fonctionne aussi bien, elles ont développé une solidarité telle qu'elles se soutiennent et s'organisent dans la gestion de leurs absences.

J'ai compris que la position d'écoute est primordiale dans la relation avec les équipes. Une part importante de notre temps de travail est donc dédiée à l'information, à la discussion et à l'échange avec les agents. Personnellement, faire le tour des équipes me prenait beaucoup de temps.

J'ai ainsi déployé beaucoup d'énergie pour tisser des liens et gagner la confiance des équipes, tout en maintenant le cap des objectifs fixés par ma direction. Notamment avec une équipe, particulièrement rude et revendicatrice. Sans cesse dans la négociation, j'ai dû mesurer et cibler mes propos en fonction de chaque agent, de chaque situation, de chaque nouvelle décision. Cette équipe m'a finalement absorbée beaucoup plus que l'autre. Peu semblent motivés pour améliorer les habitudes et voient dans le changement, plus une contrainte supplémentaire qu'un réel bénéfice.

Au final, une réelle confiance s'est tissée et la communication instaurée a fonctionné pour la majorité mais certaines personnes sont restées réfractaires malgré tous les efforts déployés. Cette situation me questionne. Qu'a-t-il manqué à mon management pour les motiver davantage et les faire plus adhérer à la vie institutionnelle ?

Par ailleurs, j'ai rencontré des difficultés supplémentaires dans ma prise de poste étant auparavant parmi les infirmières que j'ai du manager.

Naturellement, cette position de faisant fonction m'a amenée à user de stratégie pour m'intégrer, me faire accepter, créer du lien, et m'affirmer.

Cette année de recherche à l'école des cadres est l'occasion de mettre à profit mes questionnements en matière de relations humaines et de prendre du recul sur mon expérience en tant que faisant fonction de nuit.

- Comment ai-je géré les situations ?
- N'y avait-il pas d'autres façons de faire ?
- Qu'est ce qui a marché et qu'est ce qui n'a pas abouti ?
- Pourquoi ?
- Que pourrais-je améliorer ?

Au regard du constat que j'ai pu faire de mon poste de faisant fonction, dans une démarche de recherche et d'amélioration, voici mon questionnement :

- Qu'est ce qui donne cette singularité du management la nuit ?
- Pourquoi le cadre déploie-t-il autant d'énergie dans le relationnel la nuit ?

La question de départ de mon mémoire est donc la suivante :

La communication est-elle un outil de management des équipes de nuit ?
--

2 ÉMERGENCE D'UNE PROBLÉMATIQUE

En tant que faisant fonction de cadre de nuit, j'ai eu l'occasion d'aborder des situations difficiles à gérer. J'ai parfois longuement réfléchi avant d'agir et j'ai souvent sollicité mes collègues pour avoir leur avis. Que vais-je dire ? Comment le dire ? Comment agir ? Tout est communication. Mais est-ce vraiment une particularité de l'activité du cadre de nuit ?

Je cherche à confirmer ma question de départ pour avancer dans ma démarche.

- Les autres cadres ressentent-ils cette même particularité dans leur management la nuit ? Pour le savoir, j'ai réalisé des entretiens auprès de 3 cadres de santé de nuit, dont 2 faisant fonction, dans des établissements différents. Les questions abordées sont donc ciblées sur la place qu'ils accordent à la communication la nuit (Cf. annexe 1).
- Par ailleurs, je recherche dans la littérature, les avis des experts. Qu'en pensent-ils ? Mes convictions sont-elles fondées ?

Aidée de ces différents avis, voici le raisonnement qui m'a conduit à ma problématique.

Les équipes de nuit forment une population singulière. J'ai pu constater qu'elles occupent ces postes souvent pour deux raisons majeures : elles apprécient de travailler dans le calme ou elles y trouvent des facilités d'organisation familiale (souvent pour les enfants). Elles sont prêtes à subir une déstabilisation de leur vie induite par ces rythmes atypiques, quitte à s'exposer à des risques potentiels de santé. Des risques qui impactent directement le taux d'absentéisme. D'après une étude de la DREES¹ (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en 2017, les établissements de santé détiennent le taux d'absentéisme le plus important, avec une moyenne de 10 jours d'absence pour maladie contre 7,9 dans l'ensemble des autres secteurs. Les écarts sont expliqués par les différences de condition de travail, notamment par l'exposition à des contraintes physiques, psychosociales et à des exigences émotionnelles intenses. Le travail en établissement de santé est donc reconnu comme étant un des plus pénibles. Les agents, les aides-soignants(es) et les infirmiers(es) font parti des professions les plus en arrêt de travail. Les établissements de santé étant exclusivement féminin, cumulent de nombreux facteurs d'absentéisme.

Le travail de nuit est reconnu comme un facteur de pénibilité supplémentaire, ce qui me conforte dans l'idée que le personnel de nuit (37% des salariés²) est une population atypique qui demande une observance supplémentaire. Elle est notamment plus sujette à des impacts professionnels en termes de sécurité et de fiabilité avec une majoration des risques d'accident ou d'erreur au travail. J'ai pu observer deux types de soignants la nuit, des jeunes qui restent quelques années et des agents plus expérimentés. Ils ont cependant tous le même profil : autonomes, responsables, à l'écoute et décisionnaires. « *Voilà encore un*

¹ Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions
[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1038.pdf

² Annie THEBAUD-MONY, Philippe DAVEZIES, Laurent VOGEL, Serge VOLKOFF, Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Edition La Découverte, Paris, 2015, p241

des effets de la nuit, l'autonomie des soignants se traduit inéluctablement par un sens plus aigu de la responsabilité »³. Mais aussi très collaboratifs et solidaires, « *il est clair que l'impuissance partagée face à une personne présentant un problème complexe crée des solidarités qui auraient bien du mal à se définir à la lumière du jour* »⁴. Anne PERRAUT-SOLIVERES va jusqu'à dire, « *Vivre la nuit, c'est apprendre à respirer autrement, à ouvrir davantage son diaphragme, à suspendre son souffle dès qu'un bruit insolite se fait entendre.* »⁵, « *La nuit enfin, le silence permet d'entendre au-delà des mots, la pénombre oblige à affûter le regard afin de distinguer ce que l'aveuglement du jour nous fait perdre.* »⁶.

La nuit, les soignants travaillent sans médecin, leur sens des responsabilités est très vite exacerbé. Ils développent des qualités d'observation et de discernement supplémentaires. Ils sont performants et ils le savent. Cette culture professionnelle fondée sur l'autonomie valorise l'estime de soi à travers la capacité à prendre des initiatives et des décisions en toute autonomie. Une autonomie à double tranchant, son côté pervers est l'isolement. Anne PERRAUT-SOLIVERES identifie cependant ces critères de performance comme indispensables pour travailler de nuit, « *Si la nécessité d'une présence de soignants qualifiés, la nuit, ne fait désormais aucun doute, ...* »⁷. Les agents sont déterminés et affirmés tout en luttant pour une meilleure reconnaissance de leur travail. Mais de part leur autonomie ils sont enclins à prendre facilement du pouvoir sur les décisions.

J'ai rencontré une première difficulté: manager des équipes de nuit dotées d'assurance et d'autonomie mais qui paradoxalement ont besoin de la présence d'un cadre. Un paradoxe qui se prolonge dans le fait qu'elles se sentent isolées et peu écoutées. Pour autant, elles ne viennent pas participer à des groupes de travail qui les feraient exister dans l'établissement.

Pendant mon année de faisant fonction de cadre de nuit, j'ai constaté de nombreuses oppositions aux différents changements, notamment en termes de mobilité, de formation, de nouvelles procédures, ou de projets institutionnels.

Il est vrai que le contexte financier actuel préconise une rationalisation des dépenses. Cela passe par des restructurations de services, des fermetures de lits et des diminutions d'effectif. Ces derniers se traduisent notamment par une mobilité accrue des agents. Déjà restreints, les effectifs pâtissent des arrêts et des réaffectations fréquentes du planning. D'après mes entretiens, c'est un constat général. Les agents n'aiment pas être changés de service et encore moins au dernier moment. Ils sortent de leur zone de confort. Cela les perturbe, ils perdent leurs repères, « *Ces modifications intempestives des plannings entraînent également des mécontentements de la part des soignants sollicités pour pallier le manque d'effectif soit en revenant sur des jours*

³ La nuit et l'institution, un mépris partagé, Anne PERRAUT SOLIVERES

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-95.htm>

⁴ La nuit et l'institution, un mépris partagé, Anne PERRAUT SOLIVERES

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-95.htm>

⁵ Infirmières, le savoir de la nuit, Anne PERRAUT SOLIVERES, édition PUF Presses Universitaires de France, 2001, p8

⁶ Infirmières, le savoir de la nuit, Anne PERRAUT SOLIVERES, édition PUF Presses Universitaires de France, 2001, p23

⁷ La nuit et l'institution, un mépris partagé, Anne PERRAUT SOLIVERES

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-95.htm>

de repos soit en acceptant de faire des horaires coupés, solutions de moins en moins facilement acceptées par les personnes concernées. »⁸.

De plus, dans un contexte de changement de cadre législatif important, le sens au travail se perd. Les soignants sont impactés dans leurs convictions et leurs représentations du soin : « *Le travail au sens moderne, au contraire du travail asservi de l'esclave, est susceptible d'avoir un sens pour celui qui l'assume et l'accomplit mais que les conditions dans lesquelles il est organisé font qu'il n'est pas toujours possible au travailleur de lui trouver ce sens* ».⁹ Pourtant les projets d'amélioration des pratiques, critères majeurs de qualité, font avancer et donne du sens au travail. Mais les changements d'habitudes et l'adhésion aux projets reste compliquée. « *La « culture de la nuit » va de ce fait exprimer une dimension qui constitue un repère pour le personnel, à la fois à l'abri du regard de l'autre - si ce n'est le sien -, et face à des responsabilités peu ou pas partagées. A partir de là, le personnel de nuit donne les frontières de son propre modèle de travail, peu soumis aux différents projets de l'établissement, que ce soit le projet de vie, le projet de soin ou encore le projet d'animation ou le projet culturel* »¹⁰.

Une de mes équipes refusait de prendre en charge les chimiothérapies la nuit. Pourquoi ? Un changement d'habitude ? Le problème s'est résolu grâce une co-réflexion pour trouver ensemble une solution et définir le besoin de formation. Autre exemple, j'ai participé à la mise en place des nouvelles étiquettes d'identification pour les solutés injectés. Les habitudes ont été dures à modifier mais dans l'ensemble chacun à fait des efforts. La solidarité au sein du groupe à porté ses fruits. C'est après quelque temps que certaines infirmières ont essayé de revenir aux anciens modèles parce que celui-ci nécessite plus de traçabilité. L'accompagnement a consisté à développer l'écoute et comprendre ce qui leur posait problème: trier les données exigibles par l'HAS et celles qui sont inutiles, remonter les informations au cadre de la pharmacie et faire des retours aux équipes qui font les étiquettes. Ces changements restent issus de projets institutionnels. Il est vrai que la nuit, rares sont les projets de service.

Ce mémoire est l'occasion d'identifier une problématique qui pourrait mener à l'élaboration d'un projet de service.

Bien que très autonomes, les équipes de nuit ont besoin d'être intégrées et entendues. Hubert LANDIER¹¹ met l'accent sur l'importance de l'intégration des équipes aux projets de restructuration des établissements afin d'obtenir une adhésion. Sociologue spécialisé dans les relations sociales en entreprise, ses enquêtes et audits de climat social lui ont permis d'identifier un lien étroit entre l'adhésion aux

⁸ La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale Sophie Randon, Christophe Baret et Christine Prioul

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-9-page-133.htm>

⁹ Le sens du travail Hubert Faes

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-transversalites-2011-4-page-25.htm>

¹⁰ Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels du travail -Richard Vercauteren et Sylvain Connangle

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-133.htm>

¹¹ Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets, p82

[Consulté en janvier 2018]

Disponible: <http://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2010-1-page-81.htm>

décisions et l'inclusion des acteurs dans la participation de ce projet. Sans quoi dit-il: « *on ne peut réussir le changement contre ceux qui seront ensuite chargés de le mettre en œuvre* ». Il apporte 3 solutions à ce qu'il appelle le « *malmanagement* » : informer les salariés des raisons, des objectifs, des intérêts du changement afin de retrouver du sens. Organiser un temps de parole au personnel afin d'identifier ses objections, apporter des réponses, prendre en compte leurs idées. Cette étape requiert d'ailleurs une présentation suffisamment fine du projet, afin que les équipes ressentent le fait d'avoir une place dans l'élaboration du projet. Puis négocier avec les syndicats, leviers majeurs dans la résistance aux changements. La lecture de cet article me conforte dans le fait que la communication a une incidence réelle sur la conduite des projets.

Mais le cadre de nuit est peu présent sur site finalement. Même s'il passe environ 80% de sa nuit à communiquer, il ne vient travailler qu'environ 10 nuits par mois. Avec deux roulements, il ne voit son équipe, en moyenne que 4 à 5 fois par mois. Tel était mon cas. Je ne peux m'empêcher de penser qu'un cadre de jour voit ses agents en moyenne une vingtaine de jours entiers par mois. Les horaires de nuit sont clairement un frein à la communication. Du cadre aux soignants, mais aussi des soignants au cadre. Voici un deuxième paradoxe la nuit : transmettre une quantité d'informations sans être là, de façon fiable en étant très peu présent. Pour ma part, j'ai organisé des réunions trimestrielles de 20h à 21h, des briefs réguliers dans les services, j'ai utilisé les supports d'information déjà en place, j'en ai créé des nouveaux, notamment pour les demandes de congés mais j'aurais bien aimé un support informatique plus développé. D'autres cadres ont des supports d'informations écrits (classeur référentiel), d'autres fonctionnent par mail internes. La communication et la transmission d'information la nuit doivent être anticipées et organisées. J'ai aussi trouvé l'utilisation des SMS très envahissante, l'habitude était prise. Je trouve que cela inhibe l'utilité d'une organisation plus structurée dans laquelle il est possible de le limiter pour les imprévus.

Ainsi, l'éloignement du cadre, l'isolement des équipes, les horaires sont autant de freins à considérer dans le management du cadre de nuit.

Par ailleurs, les organisations en santé sont spécifiques. Elles requièrent deux types d'activité : les soins à des humains et du travail administratif : « *L'hôpital est une organisation caractérisée par des activités bien différenciées (de soins et technico-administratives) coopérant ensemble (parfois difficilement)* »¹². Le travail la nuit, lui, est dépendant de deux paramètres majeurs des patients : le rythme nyctéméral et le problème de santé. Les quantités de soins y sont réduites au strict minimum et à l'urgence. Il en est de même pour le personnel. D'après mes entretiens, une moyenne de 3 soignants est affectée la nuit dans les services. Cet « éparpillement » des agents rend la communication d'autant plus fastidieuse.

En conclusion de mon raisonnement, l'information si compliquée soit-elle à diffuser, est pourtant une ressource : « *L'information est ainsi une priorité, et elle est, de ce fait, considérée comme une ressource pour la concrétisation des axes de développement et un levier pour le pilotage du projet d'établissement, pour peu qu'on donne aux contenus*

¹² Évaluation du système d'information hospitalier de l'Établissement hospitalier universitaire d'Oran Saada Chougrani, Salah Ouhadj et Fouzia Agag
[Consulté le 17 Mars 2019]
Disponible: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-617.htm>

(production et sémantique) une place, au moins, aussi importante qu'à la technologie »¹³. Or l'information ne doit pas arriver seule. Mon directeur de soin m'a dit un jour : « Un écrit ne doit jamais être diffusé sans être accompagné de son explication, le contre sens est trop vite arrivé ». L'information doit être expliquée et accompagnée. Le cadre est garant de la transmission de l'information : « Le cadre de nuit est alors un recours en matière de communication et de transmission de l'information. Il se doit de répercuter avec discernement une information adaptée vers les personnes concernées. Il est le garant de la pertinence du message transmis. »¹⁴

Aux vues des contraintes évoquées et leur impact sur la qualité du travail de nuit, je recherche pour le cadre de santé de nuit des leviers dans son management pour motiver et accompagner les équipes dans les changements.

Contraint lui-même à un rythme de travail jour-nuit incessant, je choisis d'orienter ma recherche vers une optimisation de la communication du cadre autour de l'accompagnement des projets.

Je souhaite explorer cette problématique :

Comment le cadre de santé peut communiquer efficacement auprès des équipes de nuit afin de les faire adhérer aux différents processus de changements institutionnels ?

Je propose cette hypothèse :

La formalisation et la verbalisation associées à des informations sont des leviers managériaux qui permettent aux équipes de nuit de se sentir concernées et de s'impliquer dans les évolutions institutionnelles.

¹³ Évaluation du système d'information hospitalier de l'Établissement hospitalier universitaire d'Oran Saada Chougrani, Salah Ouhadj et Fouzia Agag
[Consulté le 17 Mars 2019]
Disponible: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-617.htm>

¹⁴ Revue Soins Cadres, Septembre 2015, supplément au n°95, p S15

3 CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

3.1 Le travail de nuit

La nuit est la face cachée du monde du travail. C'est pourquoi je consacre la première partie de ma recherche à la mettre en lumière, à la décrypter et en comprendre les caractéristiques.

Assez méconnue, cette activité répond comme le jour aux règles du code civil. Les lois sont cependant adaptées aux conditions particulières de celui-ci en termes de temps et de pénibilité des conditions de travail. Je fais mention des principaux articles et textes de lois qui le régissent pour resituer le travail de nuit dans son évolution sociétale.

J'ai ensuite souhaité définir le travail de nuit dans sa réalité, et transposer le décalage du sommeil dans le rythme naturel de l'être humain. Que se passe-t-il si « la santé, c'est le travail » ? Est-ce vrai ? D'ailleurs peut-on affirmer à l'inverse que « le travail, c'est la santé » ?

Je souhaite éclaircir ces notions avant d'aborder les autres concepts clés de mes études, « *Nous pensons ...que pour donner du sens à ce qu'il voit et entend, le chercheur de terrain ne saurait faire l'économie d'un apprentissage des savoirs spécifiques des agents, qu'ils soient sociaux, situationnels ou techniques : la familiarisation avec le domaine professionnel, l'organisation, les lieux, les personnes, est un passage obligé, dès lors que les micro-analyses interactionnelles sont intimement liées à des organisations sociales et techniques particulières.* »¹⁵

3.1.1 Législation

- Le code du travail

Le code du travail¹⁶, par ses textes réglementaires et législatifs sert de référence pour les règles à appliquer au travail, que ce soit pour l'employeur et l'employé. Créé en 1910, puis revu en 1973, le code est encore en vigueur à l'heure actuelle date du 1^{er} Mars 2008. Il contribue à une amélioration des conditions de travail des employés au sein des entreprises et met l'accent sur leurs droits et obligations respectives.

64 articles du code du travail mentionnent ou concernent le travail de nuit. Ils abordent aussi bien les règles de condition d'emploi, telles que la période d'essai, la rupture de contrat, la démission, que le temps de travail légal ou encore les conditions de travail.

Les articles principaux au regard de la législation du travail de nuit (Cf. annexe 2) dépendent notamment de la Directive 2003/88/CE¹⁷ du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 qui aborde l'aménagement du temps de travail ainsi que certains aspects du travail de nuit.

¹⁵ Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, Michèle GROSJEAN et Michèle LACOSTE, édition PUF Presses Universitaires de France, 1999

¹⁶ La répartition des hommes et des femmes par métier
[Consulté le 24 Février 2019]

Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050>

¹⁷ Entrée en vigueur : 2.8.2004 ; Journal officiel : JO L 299/9 du 18.11.2005

Le code du travail régleme le temps de travail de nuit au sein des entreprises, il se doit d'être justifié et est effectif entre 21h et 6h du matin. Le temps de travail annuel est fixé à 1470h pendant 12 mois consécutifs avec une période hebdomadaire de 40h maximum et un repos de 11h minimum entre deux prises de postes. La visite médicale est rendue bi-annuelle en raison de la pénibilité du travail reconnu notamment en 2016 et le droit du travail protège la femme enceinte qui travail de nuit. Interdit pour les moins de 18 ans, il n'a pas toujours été autorisé pour les femmes.

Le code du travail a évolué en fonctions des lois successives promulguées. L'orientation actuelle sur la qualité de vie au travail relance le travail de nuit au cœur de la législation française qui a longtemps été sous légiféré.

- Les lois

Nous l'avons vu, le travail de nuit est régit par le code du travail, mais pas seulement. Les besoins en termes de production et de continuité du service ont induit une législation qui s'est adaptée à la « démocratisation » du travail de nuit qui se voit de plus en plus étudié et encadré. Des lois en regard de la constitution du 4 Octobre 1958¹⁸ sont promulguées de façon régulière, au rythme des études et des rapports qui s'intéressent de plus en plus au travail de nuit, à ses travailleurs et à l'identification des risques et des besoins.

Il aura fallut attendre 2001, pour que la législation du travail de nuit soit en conformité avec les droits européens¹⁹. C'est alors que la loi du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes²⁰ vient modifier le code du travail. Elle encadre le travail de nuit dans sa dimension exceptionnelle, dans sa durée, dans la surveillance médicale renforcée du personnel ou encore dans la protection de la femme enceinte. Elle mentionne des mesures protectrices et lève l'interdiction du travail de nuit des femmes. Elle fixe notamment le temps de travail comme toute activité professionnelle exercée entre 21h et 6h, antérieurement entre 21h et 5h.

Le travail de nuit étant accessible à tous, la réglementation est réétudiée régulièrement, la législation intervient notamment sur les conditions, les temps de travail, la pénibilité. Le code du travail émet cependant une close ferme au travail de nuit, il ne peut pas se faire sans motif et en vertu de l'article L3122-32, il doit être « *justifié par la nécessité d'assurer la continuité de l'activité économique ou des services d'utilité sociale* ». D'ailleurs, si les conventions collectives dans le privé gèrent les modalités du travail de nuit, le code du travail reste prioritaire dans la définition des grandes lignes.

¹⁸ Constitution du 4 Octobre 1958 : « *Le Peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'Homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la Déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946, ainsi qu'aux droits et devoirs définis dans la Charte de l'environnement de 2004* »

¹⁹ 9 Février 1976, les directives communautaires, 76/207/CEE, stipulent clairement la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation, à la promotion professionnelle et aux conditions de travail.

²⁰ Le travail de nuit

[Consulté le 24 Février 2019]

Disponible:<https://www.legifrance.gouv.fr>

Je me suis prise d'un tel intérêt pour l'histoire du travail de nuit que j'ai retracé la succession des lois, et des droits des travailleurs de nuit au regard des enquêtes et des études de surveillance de cette population « contre nature » (Cf. annexe 3). Il ressort de cette évolution que le travail de nuit est reconnu dernièrement comme un travail « pénible » et considéré comme un facteur de risque professionnel²¹. Le fond de la réglementation n'a pas été réellement modifié depuis le décret du 4 janvier 2002.

Le travail de nuit, bien que de plus en plus encadré au regard des directives communautaires et des règles de droit des salariés, n'en reste pas moins une partie minimale du code du travail en terme de législation, un réel paradoxe, quand on note à travers les études que le travail de nuit a doublé en 20 ans depuis 1991 et qu'il représente déjà 15,4% de l'activité salariée en 2012.

3.1.2 Définition

- La nuit

Les représentations de la « nuit » sont nombreuses. Elles sont dépendantes de chacun d'entre nous. Pendant que certains évoquent de l'angoisse et de la solitude, d'autres y trouvent du calme et de la ressource ou encore évoquent des moments festifs.

Les différentes nuances du mot « *nuit* » données par le dictionnaire Larousse²² se rejoignent pour conférer à la nuit, une notion d'obscurité et une notion de période : « *durée comprise entre le coucher et le lever du soleil et pendant laquelle ce dernier n'est pas visible* », « *obscurité à l'extérieur, due à une cause atmosphérique* », « *être dans le noir, ne rien comprendre* », « *période considérée du point de vue de l'occupation ou du sommeil* ».

J'ai aussi retenu les principaux sens de la définition du CNRTL²³ (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales): « *la nuit en tant qu'absence de lumière* », « *la nuit en tant qu'espace temps* », « *la nuit en tant que moment consacré à une action* ».

C'est aussi la période décrite par les physiologistes comme étant celle durant laquelle l'organisme fonctionne en état de moindre résistance à tous les niveaux

Ce moment est considéré communément comme un moment de repos, tant au niveau physiologique que psychique où l'activité n'est pas envisagée, l'imaginaire appelle à l'obscurité, à l'inconnu, à l'insécurité.

²¹ Les ordonnances Macron 2017-2018

²² Dictionnaire Larousse

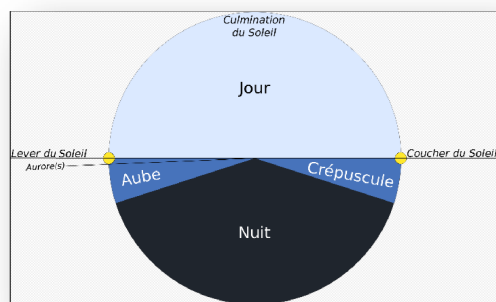
[Consulté le 24 Février 2019]

Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nuit/55230>

²³ Dictionnaire Larousse

[Consulté le 24 Février 2019]

Disponible: <http://www.cnrtl.fr/definition/nuit>



- Le travail de nuit

Plusieurs définitions caractérisent le travail de nuit :

Au niveau législatif : le « *travail de nuit* » prend plusieurs interprétations en fonction de l'époque et du contexte dans lequel il est perçu.

Selon la directive européenne 93/104/CE²⁴, complétée par la directive 2003/88/CE²⁵, « *on appelle travail posté tout mode d'organisation du travail en équipe selon lequel des travailleurs sont occupés successivement sur les mêmes postes de travail, selon un certain rythme, y compris rotatif, et qui peut être de type continu ou discontinu, entraînant pour les travailleurs la nécessité d'accomplir un travail à des heures différentes sur une période donnée de jours ou de semaines* ».

Il existe 3 sortes de travail posté :

- Le travail posté discontinu : les équipes se succèdent à un même poste du matin au soir sauf le dimanche.
- Le travail semi-continu : les équipes se succèdent à un même poste de travail sur 24 heures sauf le dimanche
- Le travail posté continu : les équipes se succèdent à un même poste de travail sur 24 heures toute la semaine dimanche compris. Il n'y a jamais interruption de l'activité.

Selon l'article L 3122-29 du Code du travail : « *on appelle travail de nuit tout travail accompli entre 21h et 6h, sauf dispositions particulières dans certaines branches professionnelles ou pour certains métiers* ».

Selon l'INSEE : le travailleur de nuit est considéré comme un salarié travaillant entre 24h et 5h du matin.

Le travailleur de nuit à l'hôpital exerce son activité dans le cadre d'un travail posté continu, sur un temps physiologique de repos. Qu'en est-il alors de ce rythme biologique ?

²⁴ Directive 93/104/CE du conseil du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Journal Officiel n°L307 du 13/12/1993. p.18-24

²⁵ Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

3.1.3 Le rythme circadien

Le dictionnaire Larousse²⁶ définit l'adjectif « *circadien* » comme étant « *l'ensemble des biorythmes dont la période est comprise entre 20h et 28h, voisine du rythme diurne* ». Il trouve son origine dans le latin : « *circa* » signifie « *autour* » et la racine « *dies* » signifie « *jour* ». La traduction littérale d'un cycle circadien serait donc un cycle qui dure « *environ 1 jour* ».

La chronobiologie²⁷ est la science qui étudie les rythmes biologiques de l'organisme. Les chercheurs ont pu identifier le rôle majeur des hormones et arrivent à évaluer aujourd'hui l'impact de leur dérèglement sur l'organisme. Un dérèglement qui impactent le sommeil, le métabolisme, le fonctionnement du système cardiovasculaire ou encore le système immunitaire.

Les recherches ont montré que quasiment toutes les fonctions de notre corps, telles que la fréquence cardiaque, la température, la pression artérielle, le sommeil, la production d'hormones, les capacités cognitives, l'humeur et la mémoire sont soumises à ce rythme. On appelle cette organisation précise des fonctions biologiques : l'horloge biologique.

Je nous replonge un peu dans la physiopathologie :

L'horloge biologique est régulière. Elle déclenche une production de mélatonine en fin de journée et assure un sommeil profond toute la nuit, elle abaisse notre température corporelle la nuit et augmente notre vigilance en milieu de matinée. Elle est située dans notre cerveau. Il s'agit plus précisément de 2 noyaux suprachiasmatiques dans l'hypothalamus qui contiennent chacun 10 000 neurones, qui génèrent une activité électrique sur une période de 24h de façon cyclique grâce à l'expression de gènes « horloge ». Ils imposent alors un rythme circadien à tout notre organisme.

Des expériences, en isolant des personnes dans le noir, ont montré que la durée des cycles est variable selon chaque individu même si elle avoisine les 24h. Aussi, afin d'éviter les décalages, l'horloge interne se resynchronise en permanence sur un cycle de 24 heures grâce à des agents extérieurs : la lumière, l'activité physique ou la température. La lumière étant l'agent majeur dans la régulation de l'horloge interne. Son temps d'exposition, son intensité (en lux) et sa composition en longueur d'onde bleue (450-500 nm) en font un agent puissant de régulation de l'horloge interne. En effet, plus ces critères sont forts en fin de journée, plus le sommeil est dur à trouver. Les horaires d'exposition sont également importants. L'exposition à la lumière le soir retarde notre horloge interne, à l'inverse, une exposition très tôt le matin a tendance à l'avancer. Certaines cellules photo-réceptrices de la rétine sont directement liées aux noyaux suprachiasmatiques par un système nerveux autre que visuel, ce qui permet la remise à l'heure régulière de l'horloge interne sur un cycle sur 24h.

²⁶ Dictionnaire Larousse

[Consulté le 24 Février 2019]

Disponible:https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/circadien_circadienne/16118

²⁷ INSERM Chronobiologie

[Consulté le 25 Février 2019]

Disponible:<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/chronobiologie>

Un travailleur de nuit qui ne verra la lumière qu'environ 3 à 6h par jour aura forcément une horloge interne en perpétuelle adaptation à son environnement et ses fonctions internes seront continuellement dérégées.

C'est alors que la mélatonine, une hormone sécrétée sous l'influence de la lumière par l'épiphyse via les noyaux suprachiasmatiques va permettre une semi-adaptation du sommeil aux différents décalages horaires. Une étude de l'INSERM montre d'une part que des expositions de 10-15 min en début de nuit supprime la sécrétion de mélatonine et retarde l'horloge et d'autre part que les effets de la lumière en fin de journée sont plus faibles si l'exposition a été importante. Cette hormone est en soi, un bon marqueur de l'horloge interne.

Mais elle n'est pas la seule à aider le corps à s'adapter aux décalages horaires ou à un environnement spécifique. De l'horloge interne dépendent des horloges dites « périphériques » pour chacune des fonctions importantes de l'organisme. Elles existent pour chacun des organes et des tissus impliqués dans des fonctions vitales. Ces horloges périphériques sont en adaptation permanente chez le personnel de nuit, ce qui lui permet d'avoir une activité physique intense ou même de s'alimenter de façon anarchique.

Ces horloges périphériques peuvent cependant être affectées et provoquer de nombreux dérèglements internes : si les noyaux suprachiasmatiques sont lésés ou perdent de leur capacité notamment dans le vieillissement, ou encore par des agents extérieurs. Des travaux récents montrent d'ailleurs qu'une alimentation riche en graisse bouleverse l'horloge interne de plusieurs organes.

C'est une fois déréglé que les premiers troubles apparaissent.

Quelques rythmes circadiens majeurs INRS ²⁸ (Institut National de Recherche et de Sécurité), Mai 2018



²⁸ INRS le travail de nuit et le travail posté

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206305>

3.1.4 Les troubles du cycle circadien

Je cherche un lien entre l'état de santé du travailleur de nuit et la qualité de son travail la nuit.



Les explications de ces troubles étant complémentaires, j'ai souhaité les joindre à mon travail de recherche (Cf. annexe 4).

Le travail de nuit base son activité sur les moments de repos physiologiques de l'organisme. Quels sont les troubles auxquels il est exposé ?

- Les troubles de la somnolence

Les troubles du sommeil sont les plus significatifs. Lorsqu'ils apparaissent ils sont souvent révélateurs d'un trouble du rythme circadien.

La SFRMS²⁹ (Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil) confirme les troubles du sommeil induits par le travail de nuit dans l'argumentaire³⁰ de ses recommandations des bonnes pratiques.

Le cycle du sommeil étant affecté, cela se manifeste par des épisodes involontaires de sommeil pendant des périodes d'éveil.

Le travailleur de nuit est sujet à la somnolence et à une baisse de vigilance.

Les analyses des données disponibles ne permettent en revanche pas réellement de conclure sur une association entre le travail de nuit et une augmentation du risque d'insomnie, même si le sommeil des travailleurs de nuit se trouve très perturbé dans la majorité des cas.

- Les troubles cardiovasculaires et endocriniens

Les troubles sont directement visés par le manque de sommeil et les dérèglements circadiens, notamment hormonaux qui sont susceptibles de majorer les facteurs de risques cardiovasculaires. Des études comportementales ont montré que le travail de nuit, diminuant la qualité et la quantité de sommeil, augmenterait la consommation de tabac, favoriserait la prise de poids, l'inactivité et le stress.

Les études menées par les experts n'ont cependant pas réellement confirmé ces hypothèses même si l'augmentation des facteurs de risque est avérée.

- Une dérégulation circadienne cancérigène

Déjà en octobre 2007, les experts du CIRC³¹ (ou IARC) (Centre International de Recherche sur le Cancer) concluent que « *le travail posté entraînant une dérégulation circadienne est probablement cancérigène pour l'homme* ».

²⁹ Classification internationale des troubles du sommeil

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible: <http://www.sfrms-sommeil.org/classification-internationale-des-pathologies-du-sommeil/>

³⁰SFRMS argumentaire « Surveillance des travailleurs postés et/ou de nuit » octobre 2013, label de la HAS

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible: <http://www.sfrms-sommeil.org/recommandations/les-recommandations-sommeil/>

³¹ IARC

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible: <https://www.iarc.fr/fr/a-propos-du-circ/>

Les résultats de l'argumentaire des « Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit » rapportent une augmentation de 40 à 51% du risque de survenue d'un cancer du sein chez les femmes en travail de nuit. Ce risque est classé comme probablement cancérigène par le CIRC mais ne justifie pas de dépistage organisé du cancer du sein.

- Troubles gastroentérologiques

Le dérèglement des horloges périphériques de la digestion induit, selon les enquêtes, des preuves qui sont plutôt en faveur de développement modéré d'ulcère peptique en cas de travail de nuit.

- Trouble des performances cognitives, de la santé mentale, de la qualité de vie et fatigue associée

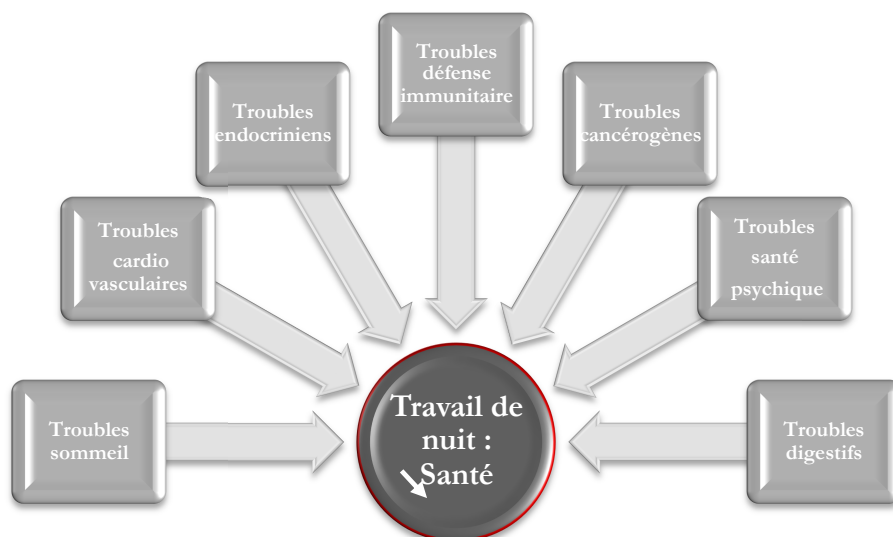
La baisse des performances cognitives est avérée avec des troubles de la santé mentale et une préposition à la dépression et à l'anxiété. Une fatigue chronique est souvent associée.

- Une dérégulation circadienne nocive pour la grossesse

L'INRS dans un contexte de travail sur la prévention des accidents a publié en 2010 un rapport « grossesse et travail »³².

Les experts ont conclu à un risque avéré d'avortement spontané en cas de travail de nuit et à une augmentation du risque de prématurité en cas d'horaires intensifs. En revanche, aucun lien n'a pu être établi avec un poids faible du bébé à la naissance.

Les troubles du cycle circadien engendrent une baisse de l'état de santé du travailleur de nuit à long terme : conduites à risques, fatigue chronique, altération psychique.



Santé et travail étant liés, quelles sont les répercussions professionnelles ?

³² INRS rapport « grossesse et travail »
[Consulté le 03 Mars 2019]
Disponible: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TD%20170>

3.1.5 Les impacts au niveau professionnel



Je cherche maintenant à identifier les éventuels impacts professionnels. Une fois dépistés, il sera plus facile d'adapter son management et l'ensemble des contraintes qui ne sont pas institutionnelles pourront être mieux anticipées, de telle sorte qu'elles ne soient pas un frein dans les projets de l'établissement.

Les experts³³ ont identifié au regard des troubles du sommeil :

- Des risques d'accident de la route deux fois plus élevés
- Des risques d'erreur majorés au fur et à mesure du cumul d'heures travaillées
- Des risques d'accident du travail et d'arrêt
- Des risques de comportements inadaptés au travail : irritabilité, tensions, recours à la caféine, à des boissons énergisantes, au tabac, à la nourriture

Que faire de ces données en tant que cadre de santé ?

Les considérer comme de réels facteurs de risques de perturbation de la dynamique de travail et de la sécurité, les anticiper et adapter son management.

J'ai inséré les recommandations de la SFRMS en annexe 5 et 6, afin de finaliser mon travail de recherche sur les troubles et les risques des travailleurs de nuit mais ils ne constituent pas un moyen d'action pour les cadres de santé. En revanche, en prendre connaissance sensibilise davantage et donne des pistes pour conseiller les équipes et prévenir des accidents.

3.1.6 Les caractéristiques des équipes de nuit

« Travailler de nuit suppose la mise en veilleuse des normes professionnelles explicites, du besoin de reconnaissance immédiate par les autres (...) Soigner la nuit, (...) c'est accepter de rester dans l'ombre, de perdre une part importante de la caution du système, de risquer de perdre de la technicité »

Mon expérience de 10 ans de nuit, légitime, par la répétition des situations vécues, la teneur de mes propos. En effet, rien ne prouve la véracité de mes constats, cependant je retrouve chez certains auteurs de nombreuses similitudes dans la description du travail de nuit. Anne PERRAUT SOLIVERES³⁴ livre notamment son expérience de la nuit de façon, certes, assez militante, mais elle soulève des problématiques persistantes du travail de nuit à l'hôpital.

Je relève 3 caractéristiques des équipes de nu

³³ Recommandation de sommeil octobre 2013, argumentaire, label de la HAS p58-
[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible:<http://www.sfrms-sommeil.org/recommandations/les-recommandations-sommeil>

³⁴ Infirmières, le savoir de la nuit, Anne Perraut Soliveres, Presse Universitaire de France, 2001

- Des équipes « isolées »

Les connotations péjoratives attribuées au travail de nuit n'ont pas cessé de nuire aux relations jour-nuit, les reliquats d'une époque ancienne où le travail de nuit était moins dense, pèsent toujours sur les professionnels. Les contraintes sont nombreuses mais les compensations en termes d'horaires et de jours de repos sont là pour atténuer cette pénibilité.

L'isolement des équipes de nuit se crée par la méconnaissance de leur travail et sa non reconnaissance. Anne PERRAUT SOLIVERES va même jusqu'à dire que « *le jour doute toujours peu ou prou de la réalité du travail de nuit, soupçonnant que le sommeil n'en soit une activité majeure* ». Cette conception du travail de nuit n'aide pas aux relations entre le jour et la nuit. La continuité de soins est impactée et la collaboration entre les deux équipes est difficile. Il faut noter aussi que la manière d'exercer l'activité la nuit est plus spécifique : plus autonome avec plus de responsabilités et plus de prises de décision. Anne PERRAUT SOLIVERES parle de stratégie différente : « *les stratégies de la nuit sont aussi contraintes par un isolement qui n'est pas seulement géographique ou physique, mais qui recouvre également un mode de pensée et d'expression qui échappe à la maîtrise tant désirée de la médecine* ». C'est donc la pratique même qui est remise en cause, qui creuse cet écart entre les deux mondes.

Elles sont aussi isolées de l'institution qui les oublie dans les projets et les prises de décisions. Elles disent se retrouver devant le fait accompli des nouvelles pratiques sans en avoir été averties auparavant. Mais elles oublient aussi parfois que l'institution est là, derrière toutes ces pratiques. Anne PERRAUT SOLIVERES fait part de double effet dans « *la nuit et l'institution, un mépris partagé* »³⁵ : « *L'oubli est le premier mot qui me vient à l'esprit concernant le rapport que l'institution entretient avec la nuit ainsi que d'ailleurs, la nuit avec l'institution* ».

- Des « motivations » différentes

Un article³⁶ révèle que 93% des employés de nuit ont moins de 10 ans d'expérience. Les raisons évoquées sont l'épuisement rapide et l'aménagement compliqué des horaires en termes d'organisation familiale, même si les mères de famille peuvent y trouver des avantages.

Nous sommes face à deux profils d'équipes :

- ceux qui ne considèrent pas le travail comme une activité à long terme. Cela impacte leur motivation et le sens qu'ils donnent à leur travail.
- Ceux qui sont investis au même titre que le personnel de jour et qui seront acteur dans le service

Par ailleurs, l'étude met en évidence que plus de 80% des personnes qui ont 30 ans d'ancienneté se réfugient dans le travail de nuit. L'avantage est que ces personnes apportent une maturité professionnelle

³⁵ La nuit et l'institution, un mépris partagé, Anne Perraut Soliveres

[Consulté le 09 Mars 2019]

Disponible: https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=GS_116_0095&contenu=plan#s1n2

³⁶Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels de travail, Richard Vercatuteren et Sylvain Connangle

[Consulté le 09 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-133.htm>

au sein de l'équipe mais aussi leur perte de motivation et leur résistance au changement : « *avant c'était mieux !* ».

Les agents de nuits peuvent trouver dans cette activité d'autres motivations relatives aux différences de prise en charge : horaires, jour de repos, rythme de travail, responsabilités, autonomie, et ambiance différente.

- Des équipes « résistantes »

Le conflit jour-nuit peut entretenir chez certains un sentiment d'injustice qui au fil des années développe deux comportements possibles des agents de nuit :

- soit ils acceptent ces conflits comme faisant parti de la nuit (en sommes se résilient et en font abstraction dans leur travail)
- soit, à l'image d'Anne PERRAUT SOLIVERES, ils développent un sentiment de « *rébellion* » que l'on ressent tout au long de son ouvrage. Une manière de continuer à se battre pour montrer son existence. Dans ce cas précis de lutte perpétuelle pour faire entendre la voix de la nuit, l'agent peut développer un militantisme actif au point de refuser le changement.

3.1.7 Le cadre de nuit

Le cadre de santé, diplômé selon les référentiels métiers et compétences du ministère des affaires sociales et de la santé est défini comme étant : « *un responsable de secteur d'activité de soin, un organisateur de l'activité de soin et des prestations associées, un manager d'équipe et un coordonnateur des moyens d'un service de soins, médico-techniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité des qualités des prestations* »³⁷.

Les missions du cadre de santé de nuit sont les mêmes, je ne m'y attarde pas. Je cherche à identifier cette partie de l'activité du cadre de nuit si singulière.

La revue « *Soin Cadre* » représente le poste de cadre de nuit comme un réel engagement. C'est répondre à des situations de soins dans l'urgence et garantir le fonctionnement de l'ensemble des services de l'hôpital et de leurs équipements. C'est aussi assurer les ressources nécessaires pour garantir la sécurité des patients et des professionnels. La communication et la diffusion de l'information sont au centre de ses missions, au même titre que la gestion des flux des patients et la coordination des services.

Il met en application tout cela sur l'ensemble de plusieurs services, de façon transversale. C'est alors qu'il a la faculté de mettre en cohérence l'ensemble des acteurs de l'établissement sur un temps donné. C'est un « *générateur de la cohérence managériale* »³⁸. Il induit de fait une coordination la nuit mais aussi jour-nuit dans le cadre de la continuité des soins. Et si le poste de nuit est isolé, il engendre paradoxalement un partage permanent. C'est un « *trait d'union* »³⁹ entre le jour et la nuit dit Anne PERRAUT SOLIVERES.

³⁷ Revue Soins Cadres, supplément au n°95, Septembre 2015, p S12

³⁸ Revue Soins Cadres, supplément au n°95, Septembre 2015, p S12

³⁹ Infirmières, le savoir de la nuit, Anne PERRAUT SOLIVERES, Edition PUF Presse Universitaire de France, p 49

Le cadre de santé de nuit, rassemble. Sa communication est centrale dans la plus-value à l'établissement. Interface entre le jour et la nuit, il est un partenaire essentiel de la direction sur laquelle cette dernière fonde son expertise de la nuit. C'est aussi un soutien de la nuit qui attend le retour les informations institutionnelles. Il est porteur et vecteur de la vision intégrale de l'établissement, ce qui fait de lui une position stratégique en communication au sein de l'institution.

Il collabore, négocie et co-construit avec l'ensemble des acteurs de ses secteurs d'activités et de ses missions transversales pour accompagner les équipes dans ses secteurs respectifs.

3.2 La communication

L'étude de la communication est un vaste terrain d'exploration. Passionnant, ce domaine est riche en expertises et analyses en tout genre et nombreux sont les sociologues (GOODY, DURKEIM), les philosophes (KANT, NIETZSCHE) et les théoriciens qui se sont intéressés à ce concept. Je n'aborderais pas toutes les formes de communication mais essentiellement ses principes généraux. Je souhaite explorer ce qui en management d'accompagnement est le plus utilisable. A l'unanimité lors de mes recherches exploratoire, la communication verbale est le travail le plus invisible du cadre de santé dirait Paul BOURRET: « *L'activité ne peut se réduire à la tâche* ». « *Le travail n'est pas seulement ce qui se décrit de l'extérieur, ni les comptages des gestes et des mouvements* »⁴⁰.

3.2.1 Définition

Le dictionnaire Larousse⁴¹ met en évidence 3 notions majeures de la communication : « *l'action de transmettre quelque chose* », « *être en rapport avec autrui, en général par le langage* », et « *l'action de mettre en relation, en liaison, en contact, des choses* ».

Le dictionnaire de Sociologie⁴² ne fait état que de la « *communication animale* ». C'est « *l'ensemble des échanges et transferts d'informations se déroulant entre animaux de même espèce* ». Cette communication étant « *propre à chaque espèce* », « *dans le monde qui lui est propre* ». Il définit l'ensemble des systèmes sociaux avant tout comme des systèmes de communication en évoquant le principe d'« *un émetteur et de récepteurs de signaux spécifiques* ». Chez l'homme, le langage est conventionnel et appris dans un contexte social, il peut être verbal ou non verbal.

Je retiens l'action de transmettre l'information dans un langage adapté à son environnement, l'action de pouvoir interagir et d'échanger avec l'autre via des signaux et l'action de lier les choses entre elles : interagir, échanger, signaler, lier.

⁴⁰ BOURRET Paule, Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible, édition Seli Arslam, 2014, p 45-46

⁴¹Dictionnaire Larousse

[Consulté le 14 Mars 2019]

Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

⁴²Dictionnaire de sociologie, éditions Robert Seuil, 1999

La communication permet le transfert d'un message. Pour circuler, ce message suit un enchaînement d'action : c'est un processus.

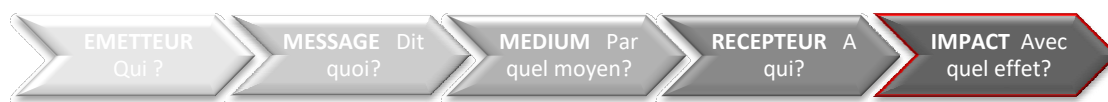
3.2.2 Les principes généraux

La communication existe depuis que les hommes vivent en groupe, cependant, ce n'est que vers 1940 que les premières études sur la communication émergent aux Etats-Unis.

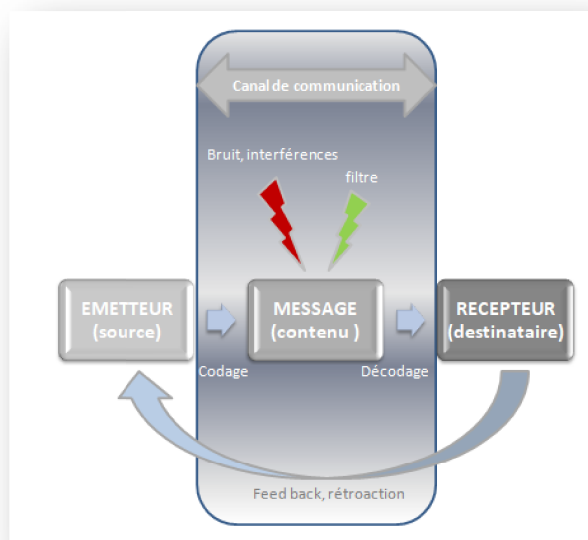
Deux personnages majeurs des années 50, fondateurs de la théorie de l'information, Harold Dwight LASWELL et Claude SHANNON⁴³, se sont employés à analyser la circulation du message.

HD. LASWELL, sociologue américain, s'intéresse en 1948, à la communication par le biais de 5 questions fondamentales : Qui ? Dit quoi ? Par quel moyen ? A qui ? Avec quel effet ?

Il les schématise :



C. SHANNON, quand à lui, un ingénieur américain en télécommunication étudie en 1949 la transmission de l'information. Il élabore un schéma quelque peu différent :



Le message est transformé en signes repérables par le processus de codage, il transite par un canal de communication contraint par des nuisances et des phénomènes parasites.

La notion de feed-back est ajoutée par Norbert WIENER⁴⁴. Il inclut la communication dans une dynamique comportementale. Selon lui l'émission d'un message entraîne des réactions chez le récepteur. Ces dernières ont pour effet d'influencer en retour son émetteur qui réajuste en conséquence son message.

⁴³Dynamique de communication dans les groupes, Gilles AMADO et André GUITTET, édition Armand COLIN, 2017, p5-6

Le message prend alors différentes fonctions. Robert ZAJONC⁴⁵ met en relation le message et la communication générée. Il propose 3 formes de communication en fonction du message envoyé :

-« *la communication incidente* » au cours de laquelle le message est sans intention particulière, pourtant le récepteur y détecte des indices envoyés de façon non intentionnelle. La communication non verbale pourrait s'apparenter à ce type de communication inconsciente de la part de l'émetteur.

-« *la communication consommatoire* » qui implique l'émetteur et le récepteur dans des échanges liés à des états émotionnels où ils sont impliqués tous les deux.

-« *la communication instrumentale* » où le message envoyé est orienté intentionnellement dans le but d'obtenir un effet de son récepteur. Elle pourrait s'apparenter à la communication verbale.

R.JACOBSON⁴⁶ quand a lui soutient l'idée que le message a toujours plusieurs fonctions qui se superposent mais pour saisir la finalité de la communication, il faut discerner la fonction prépondérante. Mais dans tous les cas il y a ajustement du récepteur et de l'émetteur.

Il s'agit alors d'un processus de communication.

3.2.3 L'information

Le dictionnaire Larousse⁴⁷ définit l'information comme « *une indication, un renseignement, une précision que l'on donne ou que l'on obtient sur quelqu'un ou quelque chose* ». C'est aussi « *tout événement, tout fait, tout jugement porté à la connaissance d'un public plus ou moins large, sous forme d'images, de textes, de discours, de sons* ».

Cette définition évoque le fait que l'information est une transmission de données, mais surtout qu'elle peut prendre différentes formes.

En sociologie⁴⁸ de la communication, l'information consiste « *en un processus dont la finalité est de modifier l'environnement cognitif des agents. En ce sens, informer implique le transport d'une quantité donnée d'informations d'un lieu émetteur (l'informateur) à un lieu récepteur, par le moyen d'un support* ».

La communication existe ainsi par le biais d'une information véhiculée.

« *La communication « fait sens », l'information « fait savoir », apporte des connaissances* »⁴⁹

La compréhension de l'information dépend de différents facteurs. Le langage étant un des codages de la communication de l'homme, la fréquence de l'utilisation des mots va être déterminante dans la compréhension du message. Le français manipule à titre indicatif environ 32 000 mots usuels avec un

⁴⁴ Norbert WIENER, mathématicien américain, fondateur de la cybernétique, 1894-1964

⁴⁵ Robert JASONC, psychologue américain spécialisé dans la psychologie sociale, 1923-2008

⁴⁶ Roman JACOBSON, linguiste russe, influent du XX^e siècle, 1896-1982

⁴⁷ Dictionnaire Larousse

[Consulté le 14 mars 2019]

Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/information/42993>

⁴⁸ Dictionnaire de sociologie, éditions Robert Seuil, 1999

⁴⁹ André AKOUI, la communication démocratique et son destin, PUF, 1994

référencement allant jusqu'à 50 000⁵⁰ dans le dictionnaire Larousse, tandis que l'anglais supporte aisément les 200 000 mots. En l'occurrence, « *la fréquence d'utilisation est de 20% pour les noms, 7,5% pour les adjectifs, 17% pour les verbes, 50% pour les mots fonctionnels (mots outils)* ». Donc la fréquence d'utilisation des mots dans le langage va définir des critères d'intelligibilité du message. Pour quelle soit comprise, l'information doit être répétée dans le message en tenant compte de la fréquence d'apparition des mots. Nous parlons de redondance du message. La redondance mesure l'excédent des signes (verbaux ou non) nécessaires pour transmettre une information. Elle est d'ailleurs très souhaitable dans la communication interhumaine pour renforcer l'intelligibilité du message et augmenter son impact, notamment quand l'incertitude de la réception du message se fait sentir. Il ne faut pas oublier, disent les experts, que la redondance est un des facteurs de réussite de la pédagogie. Une activité non négligeable du cadre de santé, notamment en termes d'accompagnement.

La transmission de l'information est donc un des tenants et aboutissant de la communication. En établissements de santé, l'échange d'informations est au cœur de tous les processus. Le cadre de santé doit partager l'information notamment avec les équipes, la direction, ses pairs et les partenaires. Avec les équipes de nuit, pour un accompagnement aux différents processus de changements organisationnels, l'information est centrale. Si l'on considère le schéma de HD. LASWELL et de C. SHANNON et la théorie de l'information, il faut garantir un codage intelligible de l'information et un décodage facile par les équipes pour un impact positif du processus de communication.

Le codage intelligible que pourra élaborer le cadre sera notamment fondé sur des connaissances puisque l'information est « *savoir* ». C'est ici que Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁵¹ y associe la notion de pouvoir. Selon eux, le savoir est le pouvoir du fait de combler l'incertitude : « *ceux qui par leur situation, leurs ressources ou leurs capacités, sont capables de les (les incertitudes) contrôler, utiliseront leur pouvoir pour s'imposer face aux autres* ». Ceci étant, la qualité de l'information est mise en jeu dans le jeu de pouvoir et d'autorité que le cadre peut exercer sur son équipe pour mener à bien ses missions. Meilleure sera la qualité et la densité du contenu de l'information, meilleure sera le crédit accordé au cadre dans son rapport d'autorité.

L'information est un outil majeur du management, non seulement dans le message qu'elle véhicule mais aussi dans la crédibilité qu'elle accorde à celui qui la manipule.

Cependant, si l'on considère que le cadre de santé est une « *véritable banque de données* », comme le dit H. MINTZBERG⁵² et qu'il n'est pas dans le service, alors il part avec ses données. Ce dernier soulève le fait que l'information que détient le cadre doit être plus accessible à son équipe. Il préconise alors de traduire ses informations en écrit de façon à créer une réelle banque de données pour l'élaboration d'une stratégie accessible à tous.

Mais l'information n'est pas que le renforcement du pouvoir, elle permet aussi l'échange, le dialogue et la négociation.

⁵⁰ Dictionnaire Larousse et Oxford English dictionary

⁵¹ L'acteur et le système, Michel CROZIER & Erhard FRIEDBERG, éditions du Seuil, 1977, p 24

⁵² Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, Henry MINTZBERG, édition Groupe Eyrolles, 1984, p164-165

Selon H. MINTZBERG, l'information du cadre ne doit pas se contenter d'être verbale mais elle doit surtout passer par l'écrit. Un écrit convoyé par un système de diffusion accessible à distance mais pas forcément réalisable. Les grandes organisations se trouvent d'ailleurs dotées de deux systèmes d'information : formel avec des données informatiques et informel à la libre conception des cadres. L'idée de H.MINTZBERG en matière de gestion et de manipulation de l'information à distance me fait cependant penser à une idée précurseur du télétravail.

L'information peut être transmise sous différentes formes. Elle est véhiculée par un support, sujet de mes prochaines recherches.

3.2.4 Le support matériel

Le message communiqué prend plusieurs formes. Dans sa partie logique et rationnelle, il peut se manifester par un comportement, une image, des connotations, des symboles. C'est la part attractive du message⁵³. Essentiel, le degré d'attraction doit trouver un équilibre, ou même compenser le désagrément abordé (la difficulté de compréhension), pour être sûr que le message soit entendu.

Par exemple, dans l'œuvre d'art, le message subjectif à communiquer s'adresse aux sens et touche la sensibilité. C'est cette sensibilité qui donne à l'objet sa dimension esthétique. Le support matériel met en évidence deux aspects dans la communication : un lieu d'expression pour l'émetteur et un cadre de réception sensible de celui qui le reçoit. « *l'objet d'art, bien qu'il ne soit pas produit dans une volonté explicite de communiquer quelque chose – une pensée, un état d'esprit, une émotion-, n'en demeure pas moins, du fait même de sa nature esthétique, un objet qui relève d'un processus de communication.* »⁵⁴

Le support est un élément clé de la communication dite « *esthétique* ». La mise en forme du support suscite des émotions, une sensibilité chez l'autre qui va déclencher un intérêt. Il existe d'ailleurs des méthodes de communication par les émotions, que je n'aborderai pas dans ce travail.

Dans la sphère sociale, l'esthétique de la communication appréhende des fonctions de communication telles que les médias, les publicités, les spectacles.

Cependant, le domaine de l'art est certes exemplaire pour décrire l'influence de l'objet sur le récepteur, mais ce constat n'apparaît pas aussi évident quand l'objet ou le support d'information est une procédure ou un document de travail. C'est pourquoi, nous avons tout intérêt à les envisager dans leur dimension expressive et esthétique dans ce phénomène de communication⁵⁵ et nous inspirer de ce concept quand au support présenté.

⁵³ Dynamique de communication dans les groupes, Gilles AMADO et André GUITTET, édition Armand COLIN, 2017, p 49

⁵⁴ Esthétique de la communication, Que sais-je ?, édition PUF Presses Universitaires de France, novembre 1997, p 3

⁵⁵ Esthétique de la communication, Que sais-je ?, édition PUF Presses Universitaires de France, novembre 1997, p 7

3.2.5 La communication verbale

Albert MEHRABIAN⁵⁶, psychologue américain conçoit la règle des « 3V » en 1967, qui consiste à dire selon ses enquêtes que lorsque nous communiquons, seul un très faible pourcentage du message est communiqué par les mots. Seulement 7% est transmis par une communication « *Verbale* », 38 % par une communication « *Vocale* » (le son de la voix) et enfin 55% par une communication « *Visuelle* » (le langage corporel).

La communication verbale, malgré sa faible proportion, à pourtant un impact très fort en termes de diffusion d'un message. Une place majeure est d'ailleurs dévolue au langage. Souvent fusionnel avec une communication non verbale, c'est surtout grâce à lui que les liens et les relations sociales se tissent. Les grecs ont cherché la signification du langage dans le rapport naturel qu'il existe entre le mot et la chose⁵⁷. Sans ce rapport, le message « *devenait inintelligible* » et la communication inopérante. Citant Kurt GOLDSTEIN⁵⁸, un psychologue spécialisé dans la pathologie du langage, « *Dès que l'homme use du langage pour établir une relation vivante avec lui-même ou avec ses semblables, le langage n'est plus un instrument, n'est plus un moyen ; il est une manifestation, une révélation de notre essence la plus intime et du lien psychologique qui nous lie à nous-mêmes et à nos semblables* »⁵⁹. La dimension essentielle du langage est son pouvoir expressif et relationnel, il permet la révélation de soi et le rapport à l'autre.

Le processus de communication n'est pas un simple décodage. Il nécessite des mécanismes d'interprétation fondés sur un traitement contextuel de l'information. Le sens de l'information n'est possible que dans un environnement social ou un contexte précis. A l'hôpital, il est sous entendu des connaissances du milieu, de la discipline ou des actes techniques en fond de la communication. Ce « *contexte* »⁶⁰ facilite la compréhension du message s'il est maîtrisé, mais il peut tout autant être source d'incompréhension ou même d'erreur si l'ajustement contextuel ne se fait pas. C'est-à-dire, il est important que le contexte ait la même interprétation pour l'émetteur et le récepteur. Par exemple, une prescription « *à faire demain matin* » peut être interprétée de 2 façons et être source de malentendus : soit les infirmières dispensent le soin dès minuit, soit l'équipe de matin a prévu de le faire à sa prise de poste. Un contexte « *floû* » sera source de mauvaise compréhension du message. Pour une bonne compréhension du sens du message, la communication verbale nécessite au préalable une vérification de la bonne connaissance du contexte qui passe aussi par le choix du mot.

L'explicite se repose alors sur l'implicite⁶¹, une partie du « *non-dit* » de la communication verbale qu'il faudra tenter de reconstituer notamment dans la communication réflexive où seuls les signes non verbaux ne suffisent pas. Par exemple, un désaccord peut se manifester par un geste, le message sera compris. En

⁵⁶La communication verbale et non verbale
[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: https://www.strategiesdesamentale.com/mmhm/pdf/Articles/La_communication_verbale_et_non_verbale.pdf

⁵⁷ Esthétique de la communication, Que sais-je ?, édition PUF Presses Universitaires de France, novembre 1997, p 67

⁵⁸ Kurt GOLDSTEIN, neurologue, psychiatre allemand, 1878-1965

⁵⁹ Esthétique de la communication, Que sais-je ?, édition PUF Presses Universitaires de France, novembre 1997, p 69

⁶⁰ Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, édition PUF Presses Universitaires de France, 1999, p13

⁶¹ Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, édition PUF Presses Universitaires de France, 1999, p16

revanche sa justification ne pourra se faire que par les mots. La communication verbale à plus une fonction d'explication, de justification et de réflexion.

La puissance de sa portée est due à l'utilisation et à la manipulation du langage. Nous parlons de « *force illocutoire* »⁶² du langage. C'est-à-dire qu'il sert à accomplir des actions. Cette force illocutoire du langage, est celle qui va donner à l'énoncé un gradient de valeurs différentes : directif, ordre, instruction, requête, suggestion. Le rapport au langage est fondamental puisque l'on fait le lien entre la composition grammaticale de la phrase et la force illocutoire qui s'en dégage. A l'issue d'un ordre, nous retenons l'énoncé qui est doté de l'acte en lui-même mais aussi son séquençage, pour y trouver un sens.

Plusieurs modèles conversationnels sont identifiés :

- Le modèle interactionnel « *bilatéral* » : la communication est structurée autour d'un principe d'égalité entre les deux parties. L'échange par la parole est en réajustement permanent entre les deux interlocuteurs, et le locuteur module ses paroles en fonction des réactions de son interlocuteur, et ainsi de suite, dans une harmonie de l'échange. Ici, le dialogue est co-construit.
- Les échanges institutionnels « *unilatéraux* » : la communication est structurée autour d'un principe de « non-réversibilité », souvent contraint par un objectif. Ils traduisent des rapports d'autorité.

En cela, l'observation de la communication verbale au sein d'un établissement est un bon indice des logiques institutionnelles qui s'y jouent.

E. GOFFMAN⁶³ voit dans ces interactions une source d'inspiration profonde pour l'analyse des communications sociales. Il parle d'interaction « *face à face* » et met l'accent sur la communication non verbale : « *Le langage n'est pas nécessairement l'élément central ; certaines rencontres s'en passent totalement et quand une conversation s'engage, elle s'accompagne de tout un jeu corporel* »⁶⁴ puis « *le travail des soignants en est le plus souvent tributaire (du face à face)* ».

Communication verbale et non verbale sont intimement liées dans le processus de communication.

Cependant, H. MINTZBERG⁶⁵ met en évidence que les nombreuses expertises sont concordantes pour identifier la part importante de la communication verbale dans l'activité du cadre. Ses 4 moyens de communication principaux sont les courriers, le téléphone, les réunions et les tournées. Chaque moyen sollicite un moyen de communication différent, cependant, la préférence des cadres est très nettement en faveur d'une communication verbale.

Les études sur la répartition du temps de travail des cadres estiment que le temps consacré à la communication verbale dans les activités du cadre va de 57% pour une communication face à face, jusqu'à 89% pour les interactions verbales. Il est aussi estimé que les cadres passent 34% de leur temps seuls.

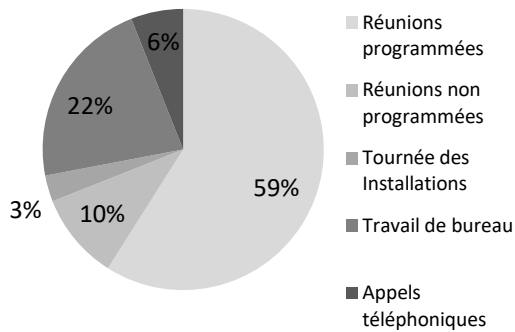
⁶² Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, édition PUF Presses Universitaires de France, 1999, p19

⁶³ Erving GOFFMAN, sociologue canadien, 1922-1982

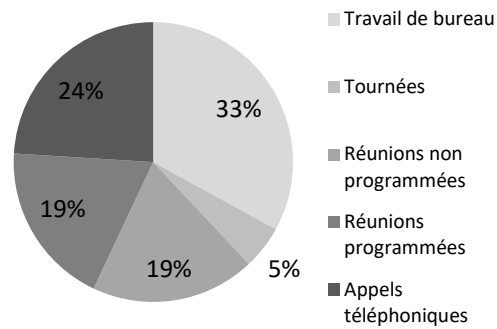
⁶⁴ Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, édition PUF Presses Universitaires de France, 1999, p22

⁶⁵ Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, Henry MINTZBERG, édition Groupe Eyrolles, 1984, p51

Distribution des heures



Distribution du nombre d'activité

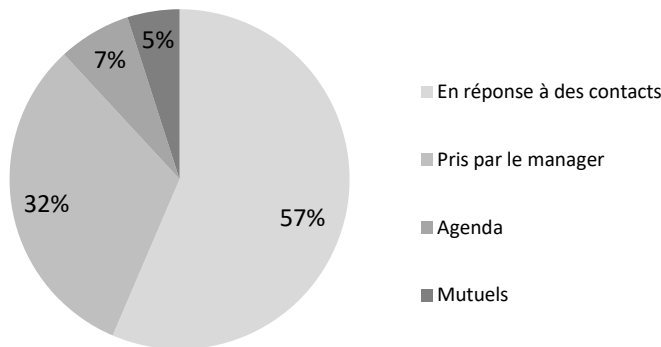


Distribution du temps et des activités par moyen de communication ⁶⁶

En termes de management de ses équipes, le temps de bureau et les réunions sont des moments privilégiés pour une communication verbale avec l'équipe. Nous pouvons considérer que le cadre peut consacrer une communication verbale à son équipe pendant au moins 50% de son activité, ce qui ne sera pas négligeable en termes d'accompagnement dans les processus de changement de l'établissement.

Rosemary STEWART⁶⁷ a par exemple trouvé que les cadres avaient en moyenne 41% de leurs contacts avec leur équipe. 32% sont à l'initiative du cadre et concerne l'élaboration de stratégie, la négociation, la transmission d'informations, les tournées et les demandes faites par la direction.

Les contacts verbaux pris à l'initiative du cadre



Il ressort de cette étude que les cadres passent finalement plus de temps à *ré-agir*, à agir en fonction de quelque chose. Les données montrent aussi que le cadre « est incapable de décider de la majorité de ses propres activités »⁶⁸. Il lui reste néanmoins quasiment 1/5 de son temps à consacrer verbalement à son équipe. Un art oratoire, au bénéfice de la bienveillance, de la résolution de conflit, de la médiation, de l'accompagnement et de la reconnaissance de ces équipes.

⁶⁶ Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, Henry MINTZBERG, édition Groupe Eyrolles, 1984, p51

⁶⁷ Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, Henry MINTZBERG, édition Groupe Eyrolles, 1984, p57

⁶⁸ Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, Henry MINTZBERG, édition Groupe Eyrolles, 1984, p62

H. MINZBERG précise que la communication du cadre relève d'une diffusion d'informations mais aussi d'une collecte : le rôle de manager « *consiste fondamentalement à traiter l'information, en parlant, évidemment, mais surtout en écoutant* »⁶⁹.

Une écoute dont l'importance dans la communication verbale est développée par le psychanalyste et docteur en psychologie clinique, Marshall B. ROSENBERG, fondateur de la CNV⁷⁰ (Communication Non Violente) en 1984. Une méthode de communication qu'il présente comme un « *processus de communication* » ou « *un langage de la bienveillance* », qui privilégie la qualité de l'écoute de soi-même et de l'autre. Elle suscite le respect, l'attention et l'empathie et provoque un élan de générosité réciproque. Accompagner les autres, fait notamment l'objet d'un chapitre⁷¹ à part entière de l'ouvrage de Marshall B. ROSENBERG.

S'affranchir des anciens conditionnements est possible, cela requiert des qualités humanistes et un recentrage sur les besoins souvent masqués par un conditionnement culturel. La transposition la nuit, tiendra compte des contraintes supplémentaires en termes d'organisation managériale.

3.3 L'accompagnement des équipes au changement

3.3.1 Définition du changement

- Les définitions

La définition du dictionnaire Larousse⁷² attribue au changement l'action de changer, de modifier quelque chose, de passer d'un état à un autre. Le changement aborde l'idée d'une modification profonde, d'une rupture de rythme qui bouleverse les habitudes.

Le dictionnaire de Sociologie⁷³ définit le changement social comme « *une transformation relative, partielle ou générale, du système social dans ses différentes composantes et modes d'action* ».

- Les changements au sein des établissements hospitaliers

L'évolution des entreprises a refondé les modèles d'organisation des entreprises. Cela se voit notamment dans les entreprises de production où la productivité et la rentabilité sont les maîtres mots. Philippe BERNOUX, s'intéressant à la sociologie des organisations, note que l'on ne demande plus seulement aux agents de répéter la tâche prescrite mais on leur demande maintenant d'être capable d'initiatives, de réactivité, de coopération pour répondre et ajuster la demande. Il cite : « *il ne s'agit pas de multiplier les outils*

⁶⁹ Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, Henry MINTZBERG, édition Groupe Eyrolles, 1984, p232-233 (17/03)

⁷⁰ Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs), initiation à la communication non violente, Marshall B.ROSENBERG, édition La Découverte, 2016, p 26

⁷¹ Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs), initiation à la communication non violente, Marshall B.ROSENBERG, édition La Découverte, 2016, p 265

⁷² Dictionnaire Larousse

[Consulté le 09 Mars 2019]

Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>

⁷³ Dictionnaire de sociologie, éditions Robert Seuil, 1999

d'organisation et de gestion, mais de créer un état d'esprit où les salariés se sentent responsables du fonctionnement de l'ensemble et où la prise en compte de leur avis est considéré comme central pour la marche de l'organisation »⁷⁴.

Les établissements de santé ont connu des transformations similaires aux entreprises, au rythme des réformes successives.

Dans l'histoire de l'hôpital, les ordonnances de 1958 sont majeures, elles intègrent les médecins et la recherche au sein des hôpitaux. Ce n'est pas une réforme organisationnelle en soi, si ce n'est qu'elle marque le début d'un système de santé en perpétuelle recherche.

En 1970, la Loi BOULIN du 31 décembre est la première à porter la réforme hospitalière en constituant le service public hospitalier et en amorçant une planification de la carte sanitaire. Un premier lien est pensé entre l'hôpital et le territoire. Les années 80 sont ensuite un tournant, et une nouvelle ère de l'organisation hospitalière avec des réformes de la sécurité sociale et du secteur psychiatrique voit le jour.

La loi EVIN du 31 Juillet 1991 marque le virage majeur de la réforme hospitalière. Elle introduit les principes d'un nouveau management qui est encore d'actualité aujourd'hui.

Les grands axes de cette loi :

- La planification régionale et la mise en place des PRS (Projet Régional de Santé) depuis Juillet 2009 est aujourd'hui remplacée par les SROS⁷⁵ (Schéma Régional d'Organisation de Soins) depuis 2011
- La notion de groupement de territoire se décline sous forme des GHT aujourd'hui
- L'obligation des hôpitaux à produire des projets est précurseur du projet d'établissement actuel
- Le statut d'établissement de santé public est toujours en place pour les hôpitaux publics, le système est passé « du soin à la santé »
- La création de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) est simplifiée par la loi HPST⁷⁶ de 2009 et relayé en « GCS-établissements de santé »
- La contractualisation avec des COM (Contrat d'Objectifs et de Moyens) est repris en 1996 sous forme des CPOM actuels (Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens) dans un contexte de rationalisation financière
- La qualité est enfin développée, elle est au cœur des préoccupations actuelles
- Le droit du patient est abordé avec l'accès à son dossier médical, il sera renforcé avec la loi du 4 mars 2002 qui développe les droits du patient
- Une obligation d'analyse de l'activité avec un OQN (Objectif Quantifié National) toujours actuel et revu annuellement
- Un PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) rendu obligatoire en 1996 aide à définir l'activité des établissements de soin du secteur public et privé. Il va permettre un

⁷⁴ La sociologie des organisations, Philippe BERNOUX, éditions Points, collection Points essais 2014, p 248

⁷⁵ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

⁷⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

encadrement du prix de journée et sera une amorce d'un nouveau système de tarification à l'acte, la T2A, plus tard

Les lois qui vont succéder seront majeures dans le sens où elles contribuent à concrétiser et mettre en forme toutes ces dispositions. Notamment, les ordonnances Juppé en 1996 qui renforcent le droit des malades, la contractualisation mais surtout la qualité avec la création de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et qui mettent en place des systèmes d'évaluation de la qualité via l'accréditation.

La création des ARH (Agence Régionale de Santé) permet aussi une meilleure coordination des différents acteurs de santé : DDASS, DRASS, CRAM. Le 13 Août 2004, la création de l'HAS (Haute Autorité de Santé), anciennement ANAES met la certification des établissements de santé au profit de la qualité des soins dispensés. Mais la loi du 21 Juillet 2009 a aussi toute son importance. Elle formalise les groupements territoriaux avec la création de CHT (Communauté Hospitalière du Territoire), transforme les ARH en ARS (Agences Régionales de Santé) et y regroupe l'ensemble des acteurs de santé pour une meilleure coordination « hôpitaux-ville-médico social ». Le rôle accru des ARS nomme les directeurs des hôpitaux ce qui change les lignes de direction hospitalière et ce qui donne aussi plus de pouvoir au directeur de l'hôpital et donc à la CME (Commission Médicale d'Etablissement). Les conseils d'administrations sont supprimés et remplacés par des conseils de surveillance, la municipalité perd de son pouvoir dans les décisions de l'hôpital au profit de l'état. Cette loi met aussi en lumière l'intérêt de la santé publique et l'importance de la prévention (alcool, contraception), et évoque des accès aux soins déjà difficiles avec des déserts médicaux déjà constatés. En Juillet 2016, le 26 Janvier, la loi vient moderniser en profondeur le système de santé avec la création des GHT qui remplacent les CHT et des objectifs centrés non plus sur le patient mais sur son parcours. La relation hôpital-ville est favorisée avec un renforcement de la participation des usagers dans leurs soins et de la prévention au cœur de la rationalisation des soins.

Dans un contexte de rationalisation général et national des dépenses, il est demandé aujourd'hui aux établissements d'optimiser la prise en charge des patients. Cela passe par une mutualisation des réflexions, des analyses de pratiques afin d'optimiser chaque maillon du parcours du patient depuis son entrée dans le service jusqu'à sa sortie. Cela passe aussi par une concentration des moyens qui impacte les services de soin et le personnel. La rationalisation est aussi effective à l'échelle du service de soin. Les objectifs de rentabilité imposent la fermeture de lits et la réduction des effectifs.

Depuis 2009, la réforme de la formation en soins infirmiers parle de compétences. La compétence est transférable, mobilisable. Ce diplôme permet d'ailleurs une mobilité européenne. A l'échelle de l'hôpital, les infirmiers(es) sont donc de plus en plus sujets à une mobilité interne profitable à l'établissement en termes d'investissement des potentiels de ses agents.

Ces nouvelles organisations changent, le personnel hospitalier n'arrive pas toujours à trouver de sens à ce nouveau rythme de travail qui pourtant doit optimiser le travail hospitalier.

Absentéisme, démotivation et résistance sont le quotidien des cadres de santé.

Je m'intéresse maintenant au fonctionnement et à la dynamique d'un groupe. Je cherche à comprendre comment un groupe peut réagir en cas de perturbations.

3.3.2 Les théories comportementales

Faisant suite au comportementalisme, construit sur la base d'une action simple « stimulus-réponse », la théorie cognitive selon Kurt LEWIN consiste à dire que l'individu agit au regard des événements qu'il a connus et des représentations mentales qui l'ont construit tout au long de sa vie. Comportements et environnements sont liés. Inspiré des théories de la relativité et de la physique quantique, il fonde alors avec le sociologue Pierre Bourdieu dans les années 50, « *la théorie des champs* » qui focalise les interactions des groupes avec l'environnement. Une façon d'intégrer la science à la psychologie, il étudie alors les comportements dans leurs environnements naturels, une vision holistique de la relation à l'autre.

K. LEWIN identifie « *la dynamique des groupes* », comme un « *état d'équilibre* » atteint par l'interaction des forces de chacun des individus mis en jeu : « *Les groupes doivent s'appréhender comme des totalités dynamiques qui résultent des interactions entre les membres* »⁷⁷. Les forces mises en jeu se complètent ou s'opposent en fonction de l'organisation de l'espace social perçu.

C'est ainsi que K. LEWIN étudie le fonctionnement de ce « *champs de force* » du groupe face au changement. Peut-il être modifié face à une pression extérieure ou suffit-il d'une information supplémentaire pour modifier l'environnement perceptif du groupe et en modifier la réponse?

Sollicité pour une expérience de changement alimentaire pendant la guerre⁷⁸ (Cf. annexe 7), K. LEWIN identifie des leviers pour réussir un changement.

Il préconise 3 étapes pour accompagner le changement :

- « *décrystalliser* » la situation en informant, expliquant et sensibilisant la population
- « *changer* » en déplaçant les résistances afin de réduire les tensions
- « *recrystalliser* » pour créer un nouvel état d'équilibre rassurant pour le groupe et le consolider

Lewin a cependant remarqué deux comportements différents, des personnes convaincues de l'utilité du changement seront facilitatrices de l'action et d'autres plus anciennes, convaincues par expérience du bien fondé de leur travail, seront en revanche opposantes aux actions prévues. Il met en garde contre ces « *leader d'opinion* » dit-il, qui filtrent les informations et préconise de les convaincre en premier dans le groupe. Lewin note que seulement 32% des personnes ont évolué et réellement adhéré au changement. Cela soulève un niveau de résistance assez élevé qui n'a donc pas été atteint par la communication. Dans les 32%, seulement ceux qui ont un faible niveau social ont accepté le changement. La composition du groupe prend alors toute son importance, c'est dans ce sens que Lewin oriente ses prochaines études.

Quelle est l'organisation du groupe souhaitable pour un bon équilibre ?

⁷⁷ Dynamique des communications dans les groupes, Gilles AMADO et André GUITTET, éditions Armand Colin, 2017, p78

⁷⁸ Dynamique des communications dans les groupes, Gilles AMADO et André GUITTET, éditions Armand Colin, 2017, p78

Il fait alors état qu'un « *groupe démocratique* », à l'inverse d'un groupe « *autocratique* » et d'un groupe « *laisser-faire* », dont l'autorité vient de l'extérieur mais les solutions sont trouvées en coopération au sein du groupe est le plus productif et cohérent. K. LEWIN met en évidence ici, l'inclusion du personnel dans la décision pour limiter les résistances.

L'ensemble des expériences de ces mêmes types aboutissent au même résultat, ce qui confère aux propos de K. LEWIN le pouvoir d'être de véritables supports de management du cadre de santé.

Selon Jean-Paul SARTRES, la bonne entente du groupe⁷⁹ repose sur une dynamique d'échange et de réciprocité. Il parle de rapport « *dialectique* ». Il attribue à la dialectique la démarche de l'être humain dans sa relation avec l'environnement, la nature, la société qu'il cherche à maîtriser. D'après lui la relation à l'autre est régit par deux logiques : la rareté de l'objet et l'échange. La rareté crée un regroupement autour de cet objet, puis son intérêt commun favorise un processus d'échange d'où la création d'un groupe qui entre en communication. La fragilité du groupe existe quand un élément n'est pas convaincu. Il est éliminé, le groupe fait en sorte d'éviter le danger et de rester à son état originel. Une « *obligation de fraternité* » se met en place et le groupe s'organise et se répartit les tâches. Cependant, au contact des difficultés, l'équilibre du groupe est remis en cause et certains en profitent pour affirmer leur pouvoir. J.P. SARTRES insiste sur le fait que la survie du groupe demande une vigilance permanente et dépend d'une volonté de repenser constamment l'organisation au fur et à mesure des problèmes rencontrés. Seule, une adaptation consciente permet d'atteindre les objectifs fixés et la préservation d'une organisation équilibrée. « *Ainsi, la particularité d'un groupe dépend de la nature des relations qui unissent les personnes : interaction directe, prise de conscience d'une finalité commune et mise en œuvre d'une organisation pour faire aboutir un projet. Que ces données soient perdues de vue, et chacun retourne à l'inertie de la masse, au statut de sujet anonyme et soumis.* »⁸⁰. En termes de changement, l'organisation doit être repensée et la place de chacun réévaluée.

Christophe DEJOURS⁸¹ considère que pour qu'il trouve son équilibre le groupe doit avoir « la place de vivre ». S'intéressant à la psychodynamie au travail, à la santé mentale des travailleurs, et aux conditions de travail, il revendique les espaces de convivialités sur le lieu de travail pour souder les équipes et renforcer les liens. Il met en avant l'importance de laisser des moments de liberté au travail au service d'une meilleure santé mentale et à une diminution des risques psycho sociaux. « *Travailler, ce n'est pas seulement produire, c'est également vivre ensemble* ».

3.3.3 Le changement : un cercle vicieux

Messieurs Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG portent leur réflexion sur deux éléments : l'acteur et le système. « *L'acteur n'existe pas au-dehors du système qui définit la liberté qui est sienne et la rationalité qu'il peut*

⁷⁹ Critique de la dialectique, JP Sartres, 1960

⁸⁰ Dynamique des communications dans les groupes, Gilles AMADO et André GUITTET, éditions Armand Colin, 2017, p83

⁸¹ Travailler, ce n'est pas seulement produire, c'est également vivre ensemble

[Consulté le 27 avril 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2009-2-page-27.htm>

utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui seul peut le porter et lui donner vie, et qui seul peut le changer »⁸².

Selon eux, l'action collective est un construit social qui trouve son équilibre quand le résultat du groupe est à la hauteur des prévisions. Le problème survient quand le système induit des effets qui rendent les résultats du groupe contraires à leur volonté. En entreprise, les règles sont intégrées soit par la contrainte, soit par la manipulation ou encore par la négociation. L'incertitude est alors la ressource fondamentale de ce pouvoir de négociation: *« s'il y a incertitude, les acteurs seront capables de la contrôler l'utiliserons dans leurs tractations avec ceux qui en dépendent. Car ce qui est incertitude du point de vue des problèmes est pouvoir du point de vue des acteurs »*⁸³.

Les auteurs affirment que contrôler les incertitudes donne du pouvoir, ainsi la résistance au changement peut s'expliquer par le fait qu'en rendant son travail prévisible, l'acteur perd son pouvoir.

Ils réfléchissent alors au problème de l'exécution d'une décision une fois l'action conçue. Le changement étant un problème sociologique, l'homme ne change pas seul mais avec les autres et dans son contexte social. Le changement est donc en premier lieu une transformation d'un système d'action avec la mise en place de nouveaux rapports humains. Mais les hommes ne sont pas si attachés à leurs habitudes. *« Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose »*⁸⁴. En revanche, ils sont bien plus préoccupés par leur marge d'action et de liberté qui se restreint et qui fait disparaître la zone d'incertitude qu'ils contrôlaient. Là est la frustration dans l'adhésion à une nouvelle décision et inconsciemment ils vont chercher à faire obstacle à tout ce qui leur réduit leur autonomie et jouer avec les marges de liberté dont ils disposent au sein de l'organisation.

Les auteurs considèrent cependant que le problème le plus grave en ce qui concerne l'élaboration d'une décision est bien *« celui de l'impossibilité d'obtenir une information non biaisée »*⁸⁵. Biaisée par le poids du pouvoir, de l'influence de la structure et par le poids du système. Les schémas de la décision doivent-ils alors venir de l'intérieur ou d'une source extérieure ? Les ajustements mutuels et des solutions rationnelles semblent être plus probants dans le premier cas même si cela n'est pas toujours évident dans le cas d'un changement dirigé.

Les organisations et les systèmes évoluent mais les hommes aussi changent dans ce système et le simple ajustement mutuel de l'un à l'autre ne suffit pas à obtenir la solution la plus pragmatique.

Messieurs M. CROZIER et E. FRIEDBERG ne font pas que le procès du changement, mais voient aussi en lui nombre d'avantages dans l'apprentissage de nouvelles formes d'actions collectives.

C'est l'acquisition de nouvelles capacités. La mobilisation de l'ensemble des ressources et la mutualisation des compétences de chacun sont sources de nouveaux savoirs. Ils mettent en évidence l'idée d'un *« processus de changement »* naturel ou dirigé : *« à savoir l'apprentissage, c'est-à-dire la découverte, voire la création et*

⁸² L'acteur et le système, Michel CROZIER & Erhard FRIEDBERG, éditions du Seuil, 1977, p 11

⁸³ L'acteur et le système, Michel CROZIER & Erhard FRIEDBERG, éditions du Seuil, 1977, p 23-24

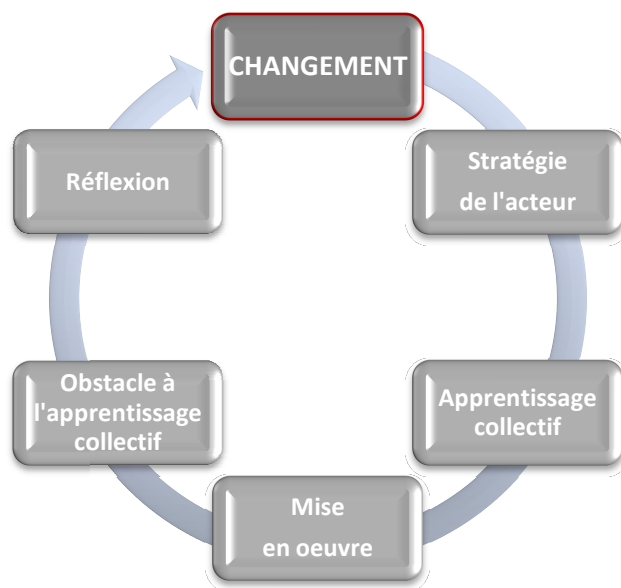
⁸⁴ L'acteur et le système, Michel CROZIER & Erhard FRIEDBERG, éditions du Seuil, 1977, p 386

⁸⁵ L'acteur et le système, Michel CROZIER & Erhard FRIEDBERG, éditions du Seuil, 1977, p 388

l'acquisition par les acteurs concernés, de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, de nouvelles capacités collectives »⁸⁶.

Mais paradoxalement, ces nouveaux construits collectifs sont eux-mêmes des obstacles à l'apprentissage car finalement, une fois établis ils structurent l'expérience des participants et conditionnent leur créativité pour réinventer de nouveaux modes de relation.

Le changement, pris dans un cercle vicieux, alourdit l'organisation mais permet aussi le maintien de l'opérationnalité de celle-ci.



L'acteur met en place des stratégies afin de retrouver un état d'équilibre antérieur aux tensions subies.

Le changement est générateur de forces positives et négatives. L'individu essaye de trouver un équilibre entre ces deux forces pour accepter du mieux qu'il peut le changement. Ce dernier peut apparaître innovant et source de motivation ou à l'inverse susciter des résistances.

Enfin, le changement peut être perçu comme une rupture : « *tout apprentissage requiert rupture, tout changement véritable signifie crise pour ceux qui le vivent. Aucun apprentissage ne peut s'effectuer dans le cadre d'une évolution graduelle harmonieuse.* » Et comme l'ajustement mutuel entre l'acteur et le système n'est pas envisageable, c'est bien qu'un leadership humain est indispensable. Un leadership qui doit accepter l'inévitabilité des crises mais qui doit aussi accepter d'intégrer le choix des hommes pour une gestion de ces crises. En sachant que « *tout changement constitue toujours un pari calculé* »⁸⁷.

En ce qui concerne le système, il faut également agir avec lui dans tout changement ou prise de décision, sans quoi la réussite n'est pas garantie : « *L'action de changement qui n'est pas fondée sur une appréciation suffisamment raisonnable des jeux et régulations qui gouvernent le système sur lequel on veut agir, entraîne naturellement des réactions de défense* »⁸⁸. Des réajustements compensatoires sont d'ailleurs souvent l'issue pour contrôler les

⁸⁶ L'acteur et le système, Michel CROZIER & Erhard FRIEDBERG, éditions du Seuil, 1977, p 392

⁸⁷ L'acteur et le système, Michel CROZIER & Erhard FRIEDBERG, éditions du Seuil, 1977, p 440

⁸⁸ L'acteur et le système, Michel CROZIER & Erhard FRIEDBERG, éditions du Seuil, 1977, p 408

éléments qui échappent à la réforme qui n'est pas si claire. Il est important de proposer des actions et des objectifs fondés pour une réussite du changement.

3.3.4 Projets et changements

Le management de projet est en lui-même vecteur de nombreuses transformations fortes dans les pratiques managériales.

Définit comme étant les « *représentations, idées, images, plans, concernant l'avenir et désignant ce que l'on a dessein à réaliser* »⁸⁹, le projet fait appel au côté visionnaire du cadre de santé. Comme le dit Pierre ANSART⁹⁰, le projet « *donne du sens aux actions par cette représentation des buts souhaités* ». Jean Jacques NERE le définit aussi comme « *...norme de réflexion et d'action, ciment du développement figé...* »⁹¹.

L'idée se transforme en projet⁹² à partir du moment où des décisions collectives fixent des objectifs de réalisation, identifie les avis et opinion de chacun, recense le budget que chacun est prêt à y consacrer. Il faut ensuite répartir les tâches à exécuter et définir les fonctionnalités de chacun dans ce projet en considérant les imprévus qui viendront se greffer.

La gestion de projet permet cette transformation de l'idée en projet. Elle consiste en la répartition et l'ordonnancement des tâches via par exemple le diagramme de Gantt ou des logiciels informatiques. L'enjeu est ici un maillage des tâches qui optimise les délais et le budget.

Cependant les conditions de fonctionnement d'un projet résident dans le management même du projet.

Il faut toutefois, si l'ensemble des outils sont en place, que les décisions soient bien pensées, que la structure du travail soit bien établie et que les acteurs soient motivés et connaissent bien leur place. La compréhension des rôles de chacun vient à l'origine des métiers de la construction et des travaux publics.

Il y en en effet dans tous les projets :

- Des « *maîtres d'œuvre* »: des destinataires, des bénéficiaires
- Des « *maîtres d'ouvrage* » : qui financent et qui décident des objectifs. Ils imposent les contraintes de délai, de coûts et de résultats attendus.

La communication autour du projet est fondamentale⁹³. C'est elle qui permet :

- De fédérer l'équipe
- D'informer les organisations du projet et d'éviter les rumeurs
- D'informer l'extérieur de l'organisation pour susciter du soutien, des appuis, des suggestions, des synergies utiles.

⁸⁹ Dictionnaire de Sociologie, ROBERT, éditions Seuil, définition de « Projet »

⁹⁰ Pierre ANSART, chercheur en idéologies politiques, en sociologie et en philosophie, cité dans le dictionnaire de Sociologie, définition de projet

⁹¹ Le management de projet, Jean Jacques NERE, Que sais-je ? édition PUF, 2006, p7

⁹² Le management de projet, Jean Jacques NERE, Que sais-je ? édition PUF, 2006, p9

⁹³ Le management de projet, Jean Jacques NERE, Que sais-je ? édition PUF, 2006, p52

Mais cette communication dans le cadre de la conduite de projet est très complexe car la diversité des intervenants est grande et chacun à son point de vue, ses perceptions des situations différentes et ses représentations en fonction de sa culture et de son environnement.

Jean Jacques NERE préconise « *qu'il convient donc, là encore plus qu'habituellement, de se poser les questions classiques mais, hélas, trop souvent absentes des réflexions des responsables quel que soit leur niveau :*

- Que communiquer, à qui et pourquoi ?
- Comment communiquer à chacune des cibles ?
- Quel risque prend-on à ne pas communiquer ?
- Quel risque prend-on en communiquant vers tel ou tel acteur »⁹⁴.

Il va même jusqu'à dire que ces questions sont si importantes que « *un amateurisme de mauvais aloi devant être banni* ».

Selon lui, les risques majeurs sont l'absence de la culture projet au sein de l'établissement, l'absence d'explicitations des objectifs et l'absence de cadre de référence du projet. Des projets qui sont souvent minimisés par les dirigeants, dit-il, ce qui empêche l'équipe projet d'imaginer un processus pertinent et qui conduit à des formes de résistances.

3.3.5 Résistance et changement

Le dictionnaire Larousse⁹⁵ définit la résistance comme « *l'action de résister physiquement à quelqu'un, à un groupe, de s'opposer à leur attaque par la force ou par les armes. C'est aussi l'action de résister à l'autorité, de s'opposer à ce qu'on n'approuve pas* ».

Le dictionnaire de sociologie⁹⁶ la définit comme « *l'opposition, explicite ou implicite, violente ou non violente, aux forces ou situations perçues comme oppressives* ».

Le concept de résistance s'inscrit dans la sociologie de la vie quotidienne. Il met en jeu l'inertie des us et coutumes face aux actions collectives dépendantes des structures politiques et économique. Il semble inhérent à chacun d'entre nous. Michel MAFFESOLI⁹⁷ dit même : « *C'est par la duplicité⁹⁸, plus ou moins consciente, que les individus apparemment intégrés à l'ordre social gardent un quant à soi qui leur permet de survivre aux diverses impositions de cet ordre* ».

Ce concept cherche à mettre en évidence les moyens mis en place par les individus qui malgré l'illusion d'obéir, arrivent à subvertir l'ordre discrètement. Michel DE CERTEAU⁹⁹ parle de « *stratégies* » et de « *tactiques* », de « *rappports de forces* » envisagés au regard d'une situation de pouvoir.

Erving GOFFMAN¹⁰⁰ y dénonce plus un mensonge social, une hypocrisie des acteurs, qu'il considère comme une des conditions de l'entente sociale. Il fait notamment allusion à Denis DIDEROT¹⁰¹ dans

⁹⁴ Le management de projet, Jean Jacques NERE, Que sais-je ? éditions PUF, 2006, p53

⁹⁵ Dictionnaire Larousse
[Consulté le 09 Mars 2019]

Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/résistance/68632>

⁹⁶ Dictionnaire de sociologie, éditions Robert Seuil, 1999

⁹⁷ Michel MAFFESOLI, Sociologue français XX-XXIème siècle

⁹⁸ Définition du dictionnaire Larousse : « *Caractère de quelqu'un qui ne se montre pas tel qu'il est, qui présente intentionnellement une apparence différente de ce qu'il est réellement ; fausseté* »

⁹⁹ Michel DE CERTEAU, 1925-1986, philosophe, théologien, historien

« *paradoxe sur le comédien* » qui met en scène le fait que l'acteur doit lutter pour ne pas s'identifier à son rôle sur scène s'il souhaite continuer à exister et non pas se laisser aller aux émotions du personnage qu'il incarne, sans quoi il n'existe plus, s'épuise et finit sans ressources.

Nous retrouvons à chaque fois dans ces définitions de la résistance, une lutte du résistant pour défendre des valeurs, pour exister tel qu'il est. Des valeurs qui sont parfois amoindries ou influencées par une autorité supérieure. Stanley MILGRAM, psychologue Américain, s'intéresse à cette faculté de résister à l'autorité : l'obéissance.

S. MILGRAM identifie un rapport à l'autorité propre à chacun et un degré d'obéissance très variable d'un individu à l'autre. Il effectue à ce titre des expériences en laboratoire entre 1950 et 1963 (Cf. annexe 8). Il y teste les limites de la résistance de l'être humain confronté au pouvoir via des impulsions électriques fictives de plus en plus fortes. Le cas de conscience est sollicité en regard de la prise de décision. Les résultats mettent en évidence une perte de sens et des responsabilités face à une autorité prononcée, l'anxiété apparaissant comme un facteur de désaccord avec sa conscience personnelle. « *L'homme a la double capacité d'agir suivant sa propre initiative et de s'intégrer dans des systèmes complexes en assumant certains rôles* »¹⁰².

À l'issue de ces expériences, la résistance prend naissance dans le désaccord entre l'acteur et le système. Ses conséquences sont notamment, les tensions et les risques psychosociaux couramment évoqués. Au regard de ces conséquences, il est intéressant d'en identifier les signes afin d'agir en terme de prévention.

K. LEWIN, nous l'avons vu, désamorce la résistance en préconisant 3 étapes à respecter pour un changement réussi.

Mais la résistance se repère aussi et s'anticipe par l'étude de 5 facteurs¹⁰³ :

- Des facteurs individuels : issus de l'histoire de vie de chacun et des représentations personnelles
- Des facteurs liés à la nature du changement : l'action de changer est si difficile que la communication pour l'aborder doit être « soignée » et basée sur 4 conditions : le bénéfice, la faisabilité, la simplicité, et l'essai de ce changement.
- Des facteurs stratégiques : diminuer la résistance en évitant une stratégie de pouvoir, de persuasion et de contrainte.
- Des facteurs liés à l'agent du changement : si la personne qui incarne le projet n'est pas crédible, mal informée ou peu impliquée.
- Des facteurs organisationnels : La structure même peut être source de résistance de part une hiérarchie très affirmée.

¹⁰⁰ Erving GOFFMAN, sociologue Américain d'origine canadienne, 1922-1982

¹⁰¹ Denis DIDEROT, philosophe, romancier, dramaturge, conteur français des Lumières, 1713-1784

¹⁰² Stanley Milgram, Soumission à l'autorité, édition Pluriel, 2018, p231

¹⁰³ Les 5 facteurs de résistance au changement

[Consulté le 10 Mars 2019]

Disponible: <https://cadredesante.com/spip/profession/management/article/le-terme-de-resistance-au-changement-designe>

3.3.6 Accompagnement et changement

Le dictionnaire Larousse¹⁰⁴ définit l'accompagnement comme le fait « *d'être avec quelqu'un, de lui tenir compagnie* ». Mais aussi « *de servir de guide, d'accompagnateur à quelqu'un, à un groupe* », « *mener, conduire quelqu'un quelque part* ».

En sociologie, la définition de l'accompagnement est plus difficile.

Maela PAUL le définit tout de même comme étant « *un processus visant à l'autoformation collaborative où la personne accompagnée est auteur de sa démarche, déconstruit et reconstruit ses savoirs au travers de médiations multiples* »¹⁰⁵.

Cependant le concept de l'accompagnement est lui-même assez instable. M. PAUL dans son expertise¹⁰⁶ pose la base de l'accompagnement par sa sémantique qui est « *ajouter quelque chose à autre chose* » avec une chose principale et une chose secondaire que l'on rajoute. Il est proche d'autres concepts tel que le parrainage, le tutorat, le coaching, le compagnonnage, en terme de valeur d'« *aide* », mais en diffère par la législation qui régit chacun d'entre eux. Elle définira finalement l'accompagnement par l'« *aide* » qui, à son sens est la valeur la plus ancienne qui réunit tous ces concepts.

Elle reprend notamment les 3 modèles d'accompagnements identifiés au regard de 3 concepts :

– « *Thérapeutique* » au regard du serment d'HIPPOCRATE, il convient de mobiliser chez l'autre les ressources nécessaires à son propre problème et non pas lui apporter le remède.

⇒ Concept d'individualisation : à chaque malade son remède.

– « *Maïeutique* » : SOCRATE et PLATON partent du principe que les hommes doivent « accoucher d'eux-mêmes » : « Connais toi toi-même et tu connaîtras l'univers et les Dieux ». Le rôle de l'accompagnant se limite à s'appuyer sur sa connaissance pour mobiliser les ressources de l'autre et le confronter à son intériorité.

⇒ Concept d'autonomisation

– « *Initiatique* » : modélisée dans « l'Iliade et l'Odyssée » d'HOMÈRE, le rôle de l'accompagnant est ici de faire passer la personne du statut de passif au statut d'actif en l'incluant dans sa communauté.

⇒ Concept de socialisation avec l'accompagnement par les rites initiatiques

Son contexte d'émergence se situe dans les années 90 avec la mise en place de nouvelles politiques qui considèrent de plus en plus la personne dans sa singularité. Il résulte de la perte de considération d'intégrateurs sociétaux puissants au XX^{ème} siècle, tel que la famille, l'école, le travail ou le collectivisme, et à l'inverse de la montée de l'individualisme, de la compétitivité et de l'autorité.

¹⁰⁴ Dictionnaire Larousse

[Consulté le 10 Mars 2019]

Disponible: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accompagner/470>

¹⁰⁵ Article de l'ouvrage « accompagnement », Maela PAUL, 2009

[Consulté le 10 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae--9782749211091-page-53.htm?contenu=article>

¹⁰⁶ Le concept d'accompagnement de Maela PAUL, 2004

[Consulté le 10 Mars 2019]

Disponible: http://a.pdc.free.fr/IMG/pdf/_Le_concept_d_accompagnement_MAEILA_PAUL.pdf

L'individu accompagné est pris en compte dans sa globalité : « *L'accompagnement intègre dorénavant une dimension réflexive. Ce n'est plus seulement la recherche de solutions* »¹⁰⁷.

M. PAUL précise que « *L'accompagnement est une intervention dans les phases de transition, pour tous les publics mais plus particulièrement pour les jeunes* ». L'objectif n'étant pas d'obtenir de nouveaux comportements mais bien un développement de la personne sur de nouvelles dimensions.

Accompagner suppose un point de départ et un point d'arriver, la démarche d'accompagnement est un processus, un cheminement.

¹⁰⁷ Le concept d'accompagnement de Maela PAUL, 2004

[Consulté le 10 Mars 2019]

Disponible: http://a.pdc.free.fr/IMG/pdf/_Le_concept_d_accompagnement_MAEILA_PAUL.pdf

4 L'ENQUÊTE SUR LE TERRAIN

4.1 La méthodologie

Le cadre conceptuel est en place au regard de notre problématique. Je vais maintenant procéder à l'enquête sur le terrain pour identifier ce qui est réellement pratiqué dans les différents établissements.

Howard BECKER précise que « *tout chercheur aborde sa recherche avec des représentations, des idées de départ* »¹⁰⁸. Ces idées de départ m'ont permis d'orienter ma recherche jusqu'à maintenant. A partir de l'enquête, je fais abstraction de mes représentations pour laisser place à l'observation. Je suis le processus d'une méthode inductive, une méthode scientifique de recherche basée sur l'enregistrement, l'analyse, la généralisation et la vérification des faits. A l'inverse de la démarche déductive qui induit le résultat et oriente le processus, elle évolue dans le temps. A l'issue des lectures, des informations recueillies ou des idées formulées, de nouveaux questionnements sont apparus et mon travail fluctue au gré des informations que j'assimile.

A ce stade de ma recherche, je cherche à vérifier mon hypothèse en recueillant des témoignages au cours d'entretiens orientés par des questions plus ou moins inductives.

L'écart observé entre les experts et la réalité fait l'objet de l'analyse. L'objectif de ce travail de recherche étant au final, d'agir sur cet écart, le réduire en trouvant des axes d'amélioration, pour se rapprocher au plus près de l'avis des experts. En cela, la démarche de recherche est une démarche d'amélioration des pratiques.

4.2 Le contexte

L'enquête de terrain s'est déroulée pendant la période du 18 Mars au 05 Avril 2019. J'ai choisi de réaliser 6 entretiens auprès de cadres de nuit de différents établissements et d'aller à leur rencontre afin que les échanges soient plus interactifs et les relations plus constructives. Leurs avis et expériences m'ont permis de cumuler différentes visions et développer une réflexion sur la place de la communication dans l'accompagnement au changement des équipes de nuit.

4.3 Les outils

Dans les choix des méthodes d'enquête, j'ai opté pour des entretiens : « *situation de communication orale plus ou moins directive entre interlocuteurs poursuivant un objectif de connaissance* »¹⁰⁹. L'entretien permet des recherches qualitatives fines au décours de la conversation. Dans l'échange naît un climat de confiance qui permet aussi une authenticité de la relation et laisser libre court à plus de détails. Stéphane BEAUD et Florence WEBER définissent cet outil comme « *Une méthode qui laisse libre cours aux choix de réponses des enquêtés, avec*

¹⁰⁸ Howard BECKER, sociologue américain, cité par Paul BOURRET, les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible, p61

¹⁰⁹ Dictionnaire de sociologie, Robert, édition le seuil, 1999

leurs mots et des détails faisant sens selon eux. Cette méthode permet l'étonnement ouvre le questionnement sur la complexité des objets étudiés¹¹⁰ ».

Il existe différents types d'entretiens qui ont des caractéristiques différentes pour des objectifs différents¹¹¹ :

Classification des entretiens d'après DE KETELE et ROEGIERS (1996, p.172)

Entretien dirigé (ou directif)	Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)	Entretien libre (ou non directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

J'ai écarté l'entretien non directif, le but de la démarche étant d'explorer des thèmes bien définis. J'ai privilégié l'entretien semi-directif même si toutes les formes de questions sont productives, « *la façon de répondre ou de ne pas répondre est en soi instructive* »¹¹², même avec un entretien directif.

Les questions semi-directives permettent d'orienter le discours vers le thème choisi tout en laissant libre cours à la réponse, à l'échange et à la venue de nouvelles questions. Toutefois, certaines questions, plus directives, permettent d'apporter une notion quantitative aux réponses obtenues, ce qui est intéressant dans l'étude de la fréquence d'une situation abordée.

Aux vues des quelques questions directives que je pose, j'ai fait le choix de ne pas faire de questionnaires qui dans la même logique, renseignent des critères plutôt quantitatifs pour l'étude.

¹¹⁰ BEAUD Stéphane et WEBER Florence, Guide de l'enquête de terrain, Paris, édition la découverte, 2003, p290

¹¹¹ Les entretiens de recherche

[Consulté le 7 Avril 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

¹¹² Dictionnaire de sociologie, Robert, édition le seuil, 1999

Voici l'outil que j'ai créé pour cibler les questions des entretiens de façon pertinente :

Problématique	Comment le cadre de santé peut communiquer efficacement auprès des équipes de nuit afin de les faire adhérer aux différents processus de changement institutionnels ?		
Hypothèse	<i>La formalisation et la verbalisation associées à des informations sont des leviers managériaux qui permettent aux équipes de nuit de se sentir concernées et de s'impliquer dans les évolutions institutionnelles.</i>		
Cadre conceptuel	Questions	Semi-directive	Directive
PARTIE 1 : LE TRAVAIL DE NUIT			
Impact rythme nuit	1. Pensez-vous que le rythme du travail de nuit ait un impact sur l'investissement au travail des soignants ? Si oui en quoi ?		x
Profil équipes nuit	2. Pensez-vous que les équipes de nuit aient un profil particulier ? Si oui pourquoi ?	x	x
Management cadre nuit	3. Quels sont les spécificités du management des équipes de nuit selon vous ? Quels sont vos leviers ?	x	
PARTIE 2 : LA COMMUNICATION			
Différentes communications	1. Comment communiquez-vous avec vos équipes ?	x	
Information - Support	2. Comment transmettez-vous vos informations à l'équipe ?	x	
Évaluation communication	3. Procédez-vous à une évaluation de la bonne compréhension de vos informations ? Si oui comment ?		x
Place de la communication	4. Quelle place à la communication avec vos équipes de nuit dans votre management ?	x	
PARTIE 3 : L'ACCOMPAGNEMENT DES ÉQUIPES AU CHANGEMENT			
Changements - projets	1. Comment accompagnez-vous vos équipes de nuits dans les projets qui induisent des changements ? quelle est votre stratégie ?	x	
Résistance	2. Ressentez-vous de la résistance de la part des équipes ? Si oui comment se manifeste-t-elle ? comment y répondez-vous ?	x	x
QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES METTANT EN LIEN LES 3 PARTIES			
Hypothèse	1. Selon vous, la communication permet-elle de favoriser l'acceptation au changement ? Si oui, favorise-t-elle l'implication des professionnels de nuits aux projets institutionnels les concernant ?		x
	4. En cas de difficulté dans l'accompagnement de vos équipes de nuits, avez-vous identifié les personnes ressources qui peuvent vous aider ? Si oui, comment vous apportent-elles le soutien et l'aide escomptée ?	x	x
	5. Êtes-vous, vous-même accompagné pour conduire le changement au sein de vos services ? Si oui, comment ?		x

Cet outils m'a servit de guide tout au long de la construction de mon travail, il m'a permis de lier : problématique, cadre conceptuel et questions.

Dans la construction des questions, je commence souvent par une question directive et aux vues de la réponse, une question qualitative est prévue pour expliquer et détailler.

L'alternance des deux styles de question enrichit les entretiens qualitativement et quantitativement.

4.4 La population interrogée

J'ai interrogé des cadres de nuit de différents établissements pour plus de diversité. Je n'ai pas opté pour interroger la population soignante. Les problématiques étant déjà identifiées, je préfère m'intéresser au management des cadres, à leurs effets et leurs leviers.

Je considère que les faisant fonction ont des problèmes identiques. Même si la légitimité du cadre accorde du crédit à la fonction, la place de la communication dans les changements et les projets la nuit ne relève pas d'une spécificité hiérarchique mais plus de compétences professionnelles du manager quel qu'il soit.

J'ai cependant éliminé le secteur psychiatrique de mes recherches, le travail du cadre étant plus spécifique j'ai choisi de ne pas l'aborder. D'ailleurs les changements ne sont pas foncièrement les mêmes et les problématiques non plus.

J'ai choisi de rester centrée sur des services d'hospitalisation traditionnelle dans lesquels je constitue mes échantillons.

L'échantillon choisi doit être conforme aux attendus de la démarche et représenter la population étudiée : « *c'est un ensemble restreint d'individus provenant d'une population, qui servent de support à l'étude que l'on réalise* »¹¹³.

L'étude de l'ensemble de la population choisie étant impossible, l'attention se focalise sur une sous partie de celle-ci, à savoir 6 cadres de santé de nuit alors sélectionnés par échantillonnage.

Les résultats des entretiens de cet échantillon est extrapolé à l'ensemble de la population, d'où l'importance dans le choix de l'échantillon quand à la validité de son interprétation. Son aspect qualitatif est essentiel au regard de la problématique. Les cadres ne se connaissent pas entre eux.

Voici la composition de l'échantillon de mon enquête :

Profil	Sexe	Age	Etablissement	Services	Agents	Durée du poste	Choix	Plusieurs cadres de nuit
FFC 1	F	37	Public	5 services	46	2 ans	oui	non
FFC 2	M	42	Public	6 services	50	1 an	oui	non
FFC 3	F	36	Public	34 unités	80	2 ans	oui	oui
CDS 4	F	48	Public	14 unités	100	3 ans	oui	oui
CDS 5	F	37	Privé	8 services	90	4 ans	oui	oui
CDS 6	F	44	Public	5 unités	30	3 ans	oui	oui

L'échantillon se compose de 3 FFC et 3 CDS de nuit. Le plus jeune a 36 ans et le plus âgé 48 ans, la moyenne d'âge de l'échantillon interrogé est de 40 ans et 9 mois.

La majorité travaille en établissement public et ont une moyenne de 66 agents à charge. Tous ont fait le choix de travailler la nuit. La majorité ont un collègue cadre de nuit. Les FFC 1 et FFC 2 fonctionnent avec deux référentes sur chaque roulement.

4.5 Le déroulement des entretiens

Dans un premier temps, j'ai contacté les cadres de nuit de mon réseau par téléphone. Ne connaissant pas énormément de cadres de nuit, j'ai étendu mes recherches en appelant directement dans les établissements afin de joindre le cadre de nuit. J'ai obtenu assez facilement des rendez-vous. L'emploi du temps des cadres de nuit étant très spécifiques, les imprévus m'ont conduit à réitérer quelques prises de rendez-vous. Une cadre s'est engagée à participer mais au final, elle est restée injoignable.

Voici les conditions des entretiens :

¹¹³ Dictionnaire de sociologie, Robert, édition le seuil, 1999

Profil	Support	Enregistré	Prévenu	Retranscrit	Interruption	Temps entretien
FFC 1	Verbal	Oui	Oui	Oui	Non	26 min
FFC 2	Verbal	Oui	Oui	Oui	Non	36 min
FFC 3	Verbal	Oui	Oui	Oui	Non	35 min
CDS 4	Verbal	Oui	Oui	Oui	Non	40 min
CDS 5	Verbal	Oui	Oui	Oui	Non	28 min
CDS 6	Verbal	Oui	Oui	Oui	Non	38 min

Les entretiens n'ont pas été interrompus. Les cadres interrogés ont tous fait preuve d'une implication précieuse dans le cadre de cette recherche. J'évalue un entretien à une moyenne de 33 min et 50 sec.

5 PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

5.1 Le management de nuit

5.1.1 L'impact professionnel du rythme de nuit sur le travail la nuit

Le travail de nuit étant très spécifique, identifier les impacts professionnels de son rythme permet de dispenser un management plus adapté.

Tableau 1.a Les troubles du rythme circadien et l'investissement au travail

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Les troubles du rythme circadien sont-ils un frein à l'investissement au travail?	66,67%	33,33%	
Trouble du sommeil et de la vigilance (3h-4h du matin)/fatigue ++	66,67%		33,33%
Risques d'erreurs ou d'accidents au travail	66,67%	33,33%	
Organiser les tâches à réflexion en début de nuit	66,67%		33,33%

Il ressort de cette enquête que 2/3 des cadres de nuit ressentent un impact des troubles du rythme circadien sur le travail de leurs agents. Ils identifient un trouble de la vigilance et une fatigue exacerbée à partir de 4h du matin sur le lieu de travail qu'ils associent à un risque d'erreurs et d'accident. Aucun risque avéré n'est mentionné. Ils rapportent que nombre d'agents évoquent des troubles du sommeil. Il constate un impact motivationnel et un investissement parfois limité du à cette fatigue.

Un cadre fait allusion aux évènements indésirables, il n'en a pas depuis 6 mois, il en déduit que rien n'est lié. La motivation n'est pas abordée.

Par ailleurs, aucune maladie n'est signalée, les troubles du sommeil sont les seuls abordés.

En résumé, les experts ont montré que le rythme circadien est perturbé chez le travailleur de nuit. Selon cette enquête les troubles du sommeil sont effectivement les plus significatifs. Ils sont donc révélateurs de troubles du rythme circadien chez la plupart des agents.

A partir de 4h du matin, la période est bien identifiée à la majorité comme une période à risque d'erreurs et d'accidents, avec une diminution des performances. Cependant, aucun exemple concret n'a été évoqué.

Les troubles du sommeil et de la vigilance sont les seuls évoqués, ils confirment aussi les études physiologiques. 66,67% des cadres considèrent que les troubles du sommeil des agents contribuent à une baisse de leur investissement au travail.

La motivation n'est pas abordée, cela confirme aussi l'avis des experts qui ne l'associent pas aux troubles du sommeil.

Maladies, cancers, santé mentale ne sont pas évoqués contrairement aux études menées. J'explique cet écart par trois raisons :

- Soit les cadres interrogés sont en poste de nuit depuis trop peu de temps
- Soit ils n'y ont pas forcément pensé lors de l'entretien

- Soit ils ne sont pas en possession de l'information (avant que j'en parle)

En conclusion, l'enquête ne permet pas d'associer la totalité des troubles du rythme circadien à l'investissement au travail, seul le trouble du sommeil est lié à l'investissement. Pourtant, de nombreux agents de nuits ont des troubles du cycle circadien, révélés par leur trouble du sommeil. Ils sont donc potentiellement à même de développer les autres troubles à long terme.

A ce trouble du sommeil est associé à la majorité une baisse de la vigilance, des performances, de l'investissement et des risques d'erreurs et d'accidents.

Aucun lien ne permet d'associer les troubles à la motivation, ni l'apparition de maladies.

L'écart retrouvé dans les maladies donne lieu à des axes d'amélioration envisagés:

⇒ Formation des cadres de nuit sur les troubles potentiels des agents de nuit

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Lire les recommandations de la HAS et de la SFRMS
- Elaborer un guide de l'hygiène de vie des agents de nuit
- Dispenser des préconisations aux nouveaux arrivants : PPT, formation, brief, livret
- Prévenir les équipes des risques encourus liés au dérèglement du cycle circadien
- Organiser le travail planifié de nuit pour limiter les actions après 4h du matin

Tableau 1.b L'impact du travail de nuit sur la motivation au travail des soignants

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Les horaires sont un frein à l'investissement (formation/projets)	66,66%		33,34%
2 profils dans le personnel de nuit à considérer dans le management	66,66%		33,34%
Certains sont aussi motivés que le jour et font du lien dans les tâches qui servent aussi le jour (façon d'exister le jour)	83,33%		16,67%
Ceux qui travaillent de nuit pour un motif précis sont moins impliqués	33,34%		66,67%

Les horaires apparaissent nettement comme un frein à l'investissement. L'explication donnée est que revenir durant la journée complique l'intégration d'un groupe de travail, d'un projet et même des formations.

Cependant, deux profils se détachent en fonction de leur motif pour travailler la nuit : des « motivés » et des « moins motivés » me dit-on. 33,34% des cadres interrogés disent que ceux qui travaillent de nuit pour des raisons personnelles (fatigue, fin de carrière) ou familiales (garde d'enfant) sont souvent moins investis que les autres. Et 83,33% affirment que certains sont « aussi motivés que le jour », c'est une question de « caractère ».

En résumé, l'enquête met en évidence une baisse d'investissement au travail la nuit à cause des horaires. Les horaires étant liées aux troubles du sommeil, cette question revalide une question du tableau 1.a, mais précise que la baisse d'investissement est ressentie dans la majorité des projets et des formations à 66,66%. Nous retrouvons aussi des profils différents comme évoqué par les experts. Les motifs cités sont multiples pour travailler la nuit : raisons familiales, personnelles, gardes d'enfants, ambiance, responsabilité, autonomie. Il est même établi que l'intérêt du travail de nuit est parfois plus centré sur les opportunités que chacun y voit plutôt que sur l'activité en elle-même. L'enquête révèle le même constat.

Aussi, 93% des agents de nuit ne considèrent pas ce travail comme un travail à long terme, en cela nous pouvons y voir 2 catégories : les « motivés » et les « moins motivés » qui n'éprouve pas le besoin de s'investir. Cette typologie d'agent est retrouvée dans l'enquête. Les cadres voient 2 profils en fonction de 2 motifs de travail de nuit : les « motivés » qui y trouvent leurs intérêts mais ne posent pas de soucis et les « moins motivés » qui sont de nuit pour des raisons familiales ou pour fuir la charge d'activité du jour. Dans ce derniers cas, les intérêts personnels passent avant le travail, la motivation en est affectée. L'enquête nous confirme alors que la motivation est directement liée au motif du travail de nuit.

Les horaires décalés ne sont donc pas les seuls en cause dans la baisse de l'investissement. D'ailleurs pour les horaires, il m'est évoqué des soucis d'investissement, pour les motifs, il m'est évoqué un manque de motivation.

En conclusion, le travail de nuit n'impacte pas sur la motivation au travail des soignants. Le lien est fait à la majorité entre les horaires décalés et une baisse d'investissement du personnel de nuit de façon générale. Le lien est aussi établi entre motivation et motif de travail de nuit.

Les écarts retrouvés sont faibles, je les explique par le fait que certains cadres ont des équipes performantes et motivées de part la spécialité.

Il est possible de dire que :

- ⇒ si les raisons personnelles pour travailler la nuit sont prioritaires sur l'activité en elle-même, l'agent est peu motivé, passif
- ⇒ si les raisons personnelles pour travailler la nuit sont secondaires à l'activité en elle-même, l'agent est motivé, moteur

Le « motif » pour travailler la nuit devient un indicateur d'évaluation de la motivation chez le travailleur de nuit.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Améliorer sa gestion RH pour échanger des heures de nuit contre des heures de jour : planning, formations, travaux de groupes
- Elaborer des statistiques sur la motivation de son équipe : le « motif » de travail de nuit comme indicateur. De là, il est envisageable d'élaborer une cartographie des personnes ressources et « moteur » de l'équipe

- Adapter son management et trouver des motivations pour les moins « motivés » : conseils des collègues, formations, dialogue

5.1.2 Le profil des soignants de nuit

Tableau 1.c Le profil des équipes de nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Ont-elles un profil particulier ?	100%		
Il y a deux profils	83,33%		16,67%
Les anciennes s'investissent moins (notamment les AS)	33,33%		66,67%
Equipes isolées	33,33%	66,66%	
Equipes résistantes	16,66%	16,66%	66,67%
Equipes sous motivées	16,66%	66,66%	16,67%
Lien entre isolement, motivation et résistance, caractère qui se retrouve aussi le jour	50%		50%
Lien entre sous motivation et travail de nuit peu reconnu des équipes de jour => clivage jour/nuit	50%	16,66%	33,37%
Rôle de lien du cadre de nuit (notamment en communication)	50%		50%
Equipes performantes et autonomes	66,66%		33,37%

Les cadres de santé de nuit sont unanimes pour dire que les équipes de nuit ont un profil particulier. A 83,33%, ils définissent deux profils déjà évoqués dans la question précédente :

- les agents qui choisissent de travailler la nuit pour des raisons familiales ou pour fuir une charge de travail trop importante la journée
- les agents qui choisissent de travailler la nuit par choix et par envie car ils aiment ce rythme de travail, l'ambiance et la convivialité la nuit

33,33% me disent qu'il y a beaucoup d'anciennes la nuit. Surtout chez les aides-soignants(es). Les cadres m'expliquent que souvent, ils (elles) ont connu un long parcours de jour, dans de nombreux services et qu'ils (elles) fuient les toilettes et les « gros » soins de nursing qui sont réalisés le jour.

Certaines équipes sont identifiées comme isolées, résistantes ou en sous motivées mais ce n'est pas la majorité (33,33%). Elles se sentent isolées du reste de l'institution, par une méconnaissance de leur travail, une sous estimation de leurs compétences, elles ne se sentent pas écoutées. Par ailleurs, la moitié des cadres font le lien entre l'isolement, la motivation et la résistance. Ils précisent que ce n'est pas spécifique au travail de la nuit, que ce sont des « traits de caractère » qui se retrouvent aussi dans les activités de jour et que l'isolement, « ils se le créent » en ne participant pas aux différents travaux organisés.

Le rôle du cadre est mentionné lors de plusieurs entretiens comme étant capital dans la motivation des équipes, notamment en termes de communication et d'explications données à l'équipe et surtout pour faire le lien avec l'équipe de jour car le clivage et la non reconnaissance du travail de nuit est encore constatée. 66,66% des cadres définissent leurs équipes comme performantes et motivées.

En résumé, les deux profils de soignants dépendants du « motif » de travail de nuit sont à nouveau évoqués et confirmés. Les experts ont rapporté que 93% des employés de nuit ont moins de 10 ans

d'expérience car ils ne comptent pas faire carrière la nuit aux vues de la pénibilité du travail. Je retrouve ces témoignages dans les entretiens. Un cadre me rapporte que des agents lui ont clairement verbalisé le fait qu'ils ne resteraient pas éternellement de nuit. Cependant, 66,66% des cadres disent que leurs équipes sont performantes et d'autonomes, c'est donc que la majorité est motivée.

Les anciens(es) aides-soignants(es) sont identifiés(es) à 33,33% comme étant moins investis(es). Or, 80% des personnes qui ont plus de 30 ans d'ancienneté se réfugient dans le travail de nuit. Il est prouvé qu'elles y apportent leur maturité professionnelle mais aussi leur perte de motivation et leur « résistance au changement ». L'enquête cible cette population plus sur les aides-soignants(es). Il est vrai que la nuit, le travail des aides-soignants(es) est différent et beaucoup moins physique que la journée, la charge de travail est beaucoup plus faible. K. LEWIN a aussi remarqué 2 profils différents : des personnes convaincues de l'utilité du changement qui seront facilitatrices de l'action et d'autres plus anciennes qui sont convaincues par expérience du bien fondé de leur travail et qui seront en revanche opposantes aux actions prévues. K. LEWIN dit que ce sont des « leaders d'opinion », ils filtrent les informations et il préconise de les atteindre en premier dans le groupe. Les « moins motivés » et les anciens(es) seront donc les premières cibles à convaincre d'après K. LEWIN.

A. PERRAUT SOLIVERES fait allusion à l'isolement des équipes de nuit :

- Un isolement des équipes vers l'institution :
- à l'instar d'A. PERRAUT SOLIVERES, l'enquête met en évidence 2 raisons : A 33,33%, car elles sont isolées par une méconnaissance de leur travail, une continuité de soins est difficile avec l'équipe de jour. Or 50% des cadres font le lien entre un travail peu reconnu et une perte de motivation : « *ça ne motive pas* » disent-ils au cadre). A 66,66% les cadres disent qu'elles se créent l'isolement en refusant d'adhérer aux travaux organisés, « ... *que d'ailleurs la nuit avec l'institution...* » dit A. PERRAUT SOLIVERES p23. Je fais aussi le lien avec un manque de motivation identifié chez une catégorie d'agents.
- Un isolement de l'institution vers l'équipe : A. PERRAUT SOLIVERES précise que l'institution oublie l'équipe de nuit dans les projets et les prises de décisions, l'équipe est souvent mise devant le fait accompli. Il est vrai que je retrouve cette notion dans 3 entretiens, notamment un qui me fait remarquer que la certification l'année dernière n'a pas sollicité l'équipe de nuit et ne s'est faite que le jour.

Par ailleurs, 50% des cadres abordent cette notion de clivage jour/nuit. Un cadre cependant me fait part à l'inverse d'une bonne continuité des soins de ses équipes, une bonne entente entre le jour et la nuit, et surtout l'absence de ce phénomène d'isolement. Il s'agit d'un établissement où toutes les équipes alternent les cycles jour/nuit. C'est une piste très intéressante.

L'étude montre peu de résistances rapportées, 16,66%. Selon l'expertise d'A. PERRAUT SOLIVERES, c'est alors que les équipes sont assez résignées par ces conflits jour/nuit et n'ont pas développé de sentiment de « rébellion ». Il est vrai que les cadres ont du mal à répondre à cette question, car ils ont tous

des agents opposants aux changements et aux nouvelles pratiques, mais dans l'ensemble, ils n'identifient pas de résistance globale de toute l'équipe.

Enfin la moitié des cadres ajoutent un élément à l'enquête : le rôle du cadre de santé de nuit est primordial, notamment en communication, dans l'implication des équipes et leur motivation au travail, mais aussi pour faire le lien entre le jour et la nuit.

En conclusion, le profil des équipes de nuit est déterminé ainsi selon l'enquête :

- 2 catégories selon le motif de travail la nuit « motivés » et « moins motivés »
- Les anciens(es) aides-soignants(es) sont faiblement associés(es) à des agents moins motivés. L'écart des 66,67% se justifie par le fait que l'idée n'a pas été abordée par les autres cadres
- Le lien entre les équipes et l'isolement n'est pas établi à 100%. Cependant 33,33% des cadres disent que leurs équipes sont isolées. Lorsqu'il est cité, il a 2 étiologies : l'institution et les équipes. Le lien est établi à 50% entre équipe de nuit et motivation-isolement-résistance.
- Le lien entre les équipes et les résistances n'est pas établi à 100%. La résistance évoquée reste ponctuelle à quelques agents
- Les équipes de nuit sont identifiées performantes et autonomes à la majorité

Par ailleurs, la motivation est associée à la non reconnaissance du travail et le rôle du cadre de nuit est associé à la motivation des agents et au lien jour-nuit.

Dans l'ensemble, l'enquête vérifie les points évoqués par A. PERRAUT SOLIVERES mais pas en totalité. L'écart me paraît plausible, la référence étant un témoignage et non une enquête prouvée, il se peut que les proportions ne soient pas respectées. Les équipes étant toutes constituées différemment, je considère que la majorité est représentative d'un profil assez global.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Motiver les anciens(es) aides-soignants(es) : objectifs annuels, référents, missions, projets, formations
- Etablir un lien plus fort avec la direction pour faire exister davantage les équipes de nuit
- Piloter ou participer à des projets jour-nuit pour rompre l'isolement des équipes de nuit
- Identifier les personnes résistantes même si elles sont peu nombreuses afin d'agir en conséquence
- Proposer un passage des équipes de jour à raison de 1 mois par an pour connaître le travail de nuit : meilleure continuité des soins, moins de conflits et inversement, envisager 1 mois de jour des équipes de nuit pour conserver les bonnes pratiques et reprendre connaissance du rythme et de l'organisation de l'activité le jour.

5.1.3 Le management des équipes de nuit

Tableau 1.d Les spécificités du management de nuit : les leviers du cadre de nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
La communication (pairs, médicale, paramédicale, direction)	66,66%		33,34%
L'écoute	50%		50%
La confiance	16,66%		83,34%
Autres (autonomie et solidarité des équipes, gestion des entrées, autorité, négociation sur les repos, personnes ressources, attitude calme)	100%		

Tout de suite, la communication est identifiée comme levier principal du travail de nuit par les 2/3 des cadres. Elle est justifiée pour pallier au manque de présence du cadre de nuit et ainsi rompre l'isolement et la désinformation qui peut exister la nuit.

Un cadre me précise même que la communication représente 90% de son travail de nuit, elle est transversale, entre le cadre et l'équipe mais aussi entre le cadre et la direction. Elle est mise en avant au même titre que l'écoute que l'on accorde au soignant. Je retrouve cette notion d'écoute dans 50% des cas. Les cadres me parlent d'une écoute au service d'une confiance qui permet de meilleurs échanges avec l'équipe. Dans cette enquête, la notion de confiance n'est pas significative pourtant lors de mes premiers entretiens exploratoires, cette notion apparaissait primordiale.

Je comprends que c'est plus une conséquence d'une bonne communication mais les cadres ne la conçoivent pas forcément comme un levier.

D'autres leviers sont identifiés par chacun des cadres en fonction de leur organisation et de leurs priorités dans leur poste de nuit.

En résumé, le cadre de nuit dont nous avons vu précédemment les missions, a les mêmes fonctions qu'un cadre de jour, si ce n'est à quelques particularités dues à la spécificité des organisations nocturnes. En effet, comme nous l'avons abordé dans le rôle du cadre de nuit, certains cadres me reprécisent bien qu'ils n'ont pas un seul service à charge mais bien plusieurs services et cela est dépendant des établissements. Cette enquête confirme à 66,66% nos données sur le fait que la qualité de la communication et de l'information sont au centre de leurs missions.

Dans l'ensemble, les missions du cadre de nuit évoquées dans le cadre de référence ressortent dans les entretiens : la notion de transversalité de la fonction, la gestion des flux des entrées, le lien entre le jour et la nuit pour une bonne continuité des soins, la notion de trait d'union entre le jour et la nuit comme le dit A. PERRAUT SOLIVERES, même si chaque cadre n'évoque pas la totalité des critères.

En conclusion, le management de nuit est spécifique. Il associe la communication et l'écoute comme leviers majeurs des cadres de nuit. En second plan, la confiance et des critères relatifs à l'organisation de chacun sont identifiés comme des leviers de management. Les écarts ne sont pas significatifs.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Renforcer les leviers majeurs identifiés : communication, écoute, littérature, formations, aide des pairs
- Développer plus de confiance au sein de ses équipes : accorder une place à la communication informelle dans les échanges, être à l'écoute des besoins et des propos des agents, être juste , équitable et développer son empathie

5.2 La communication du cadre de nuit

5.2.1 La forme de la communication du cadre de nuit

Tableau 2.a La communication du cadre de nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Verbale	100%		
Non verbale			100%

Les cadres de nuit sont unanimes, ils utilisent essentiellement une communication verbale. Deux cadres justifient son importance comme étant compensatoire du manque de présence du cadre la nuit, et deux autres évoquent l'importance de faire le lien avec le jour afin de rompre l'isolement des équipes de nuit. L'idée de diffuser une même information est également abordée.

La communication non verbale n'est pas abordée. La notion d'écoute est évoquée à deux reprises et la notion d'« écrits ». Ce dernier est un support de communication et non pas un critère de la communication non verbale.

En résumé, la communication du cadre de nuit est verbale à l'unanimité. Les 3 axes majeurs de la communication définis par le dictionnaire Larousse ne sont pas abordés dans leur intégralité lors des entretiens. Tous évoquent le fait de transmettre des informations par le langage mais seulement 2 cadres identifient « l'action de mettre en relation », de faire le lien, notamment ici de faire le lien avec la nuit et rompre l'isolement des équipes.

En revanche, la notion de transfert de message expliquée par C. SHANNON est abordée par tous les cadres, mais les explications données ne sont pas forcément détaillées : canal de communication contraint de nuisances et phénomènes parasites non abordés.

Si j'adapte le schéma du sociologue américain HD. LASWELL au cadre de nuit, j'obtiens ce schéma :



L'impact n'est pas négligeable puisqu'il a des répercussions directement sur la qualité des soins la nuit et sur le lien qui décloisonne l'équipe de nuit et qui l'inclus dans les projets de la vie institutionnelle.

Deux cadres adaptent leur langage en fonction de la personne qui reçoit le message et s'assurent qu'il soit bien compris. La notion de feed-back, ajoutée par N. WIENER, ne se retrouve pas. Il n'est pas évoqué les différentes réactions face à la communication établie. La dynamique comportementale de la communication n'est pas abordée non plus. J'en déduis que les réajustements du cadre de nuit dans les échanges se font instinctivement.

D'autre part, si je reprends les différentes sortes de communication selon R. ZAJONC, j'identifie celle des cadres de nuit comme étant une communication essentiellement « instrumentale », le message est orienté précisément dans un objectif précis, de façon verbale et notamment en situant le contexte des informations données. Un contexte qui a toute son importance puisqu'il facilite la compréhension du message.

La communication « incidente » pourrait s'apparenter à tous les moments de communications informels dont les cadres de nuit font part où rien n'est intentionnel. Or ces moments sont précieux pour glaner des informations sur les agents : humeur, stress, pression, fatigue, moral, motivation...

Lors de mes premiers entretiens exploratoires, plusieurs cadres m'avaient évoqué le fait que les moments informels leur permettaient de mieux connaître les équipes. L'accent était d'ailleurs mis sur la connaissance des équipes pour un meilleur accompagnement. Dans cette enquête, la part de communication « incidente » non verbale est moins abordée, l'écoute est préconisée à deux reprises. Lorsqu'on sait d'après A. MEHRABIAN que selon la règle des « 3V », seulement 7% est transmis par une communication « Verbale », 38% par une communication « Vocale » (le son de la voix) et enfin 55% par une communication « Visuelle » (le langage corporel), il paraît important que ces 7% de transmissions orales soient bien maîtrisées car finalement elles ont moins d'impact dans le résultat escompté.

La communication non verbale tient une place considérable, que ce soit par le son de la voix ou le langage corporel, mais ce n'est pas l'objet de notre étude.

Je note tout de même que personne n'en a fait mention. D'ailleurs c'est bien la fusion des deux qui permet ce lien à l'autre. La « force illocutoire » du langage mérite à être connue des cadres de nuit pour améliorer leur force de conviction et l'adhésion aux décisions et aux changements.

K. GOLDSTEIN insiste d'ailleurs sur le pouvoir expressif et relationnel du langage, des dimensions essentielles du langage.

Aux vues des témoignages des cadres, leur communication alterne entre un modèle interactionnel « bilatéral » et un modèle institutionnel « unilatéral » avec une prédominance pour le premier.

En conclusion, la forme de la communication du cadre de nuit est associée à la communication verbale. La notion de transfert de message et de transfert d'information par le langage est bien associée à la communication. Le contexte des informations est précisé.

Deux formes de communication sont identifiées : une communication « instrumentale » dans la communication opérationnelle du cadre et une communication parfois « incidente » lors de communication informelle.

Deux modèles de communication sont identifiées en fonction des enjeux : un modèle « bilatérale » dans les échanges libres et « unilatérale » dans sa relation hiérarchique et dans son rôle de trait d'union avec les équipes de jour dans un objectif de transmission d'information.

Les écarts constatés concernent surtout la technicité de la communication : adaptation du langage en fonction du récepteur, feed-back, dynamique comportementale, impact et place de la communication verbale dans la diffusion d'un message.

L'écart donne lieu à des axes d'amélioration envisagés:

⇒ Formation des cadres de nuit sur les nouvelles techniques de communication

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Se documenter sur les impacts de la communication en management : littérature, experts tels que GOODY, DURKEIM, KANT, NIETZCHE, LASWELL, SHANNON, WIENER, ZAJONC, JACOBSON, CROZIER & FRIEDBERG, MINTZBERG, MEHRABIAN, GOLDSTEIN, GOFFMAN, STEWART, ROSENBERG
- Travailler la prise de parole : oral, vocal, choix du mot, redondance
- Améliorer son écoute : formation sur l'écoute active
- Recueillir plus régulièrement le feed-back pour améliorer la qualité de la communication

5.2.2 La place de la communication verbale la nuit

Tableau 2.b La place de la communication verbale pour le cadre de nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Faible		100%	
Moyenne		100%	
Importante		100%	
Très importante	100%		

Déjà identifiée comme étant majeure dans la communication de nuit, la communication verbale prend une place importante dans l'activité de tous les cadres de nuit au niveau quantitatif et qualitatif. Deux cadres la quantifie à 90% de son activité, elle est même caractérisée de chronophage. Au niveau qualitatif, elle est qualifiée d'indispensable tant ses informations sont précieuses, certains cadres me rappellent qu'ils sont d'ailleurs le seul moyen pour l'équipe d'obtenir et de diffuser des informations institutionnelles.

En résumé, la place que tient la communication verbale dans l'activité du cadre est très importante. L'enquête réalisée est conforme aux expertises de H. MINTZBERG qui met justement en évidence la part importante de la communication dans l'activité du cadre.

Les études sur la répartition du temps de travail des cadres en général estiment que le temps consacré à la communication verbale dans les activités du cadre est de 57% à 89%.

La place de la communication verbale pour le cadre de nuit est donc très importante et constitue la majorité de son activité.

Cependant, d'après R. STEWART, en fonction de l'utilisation de la communication la journée, le cadre peut atteindre jusqu'à 78% de ses heures et 67% de son activité sujettes à la communication verbale dont au moins 50% dédiée à son équipe. Un temps non négligeable en termes d'accompagnement dans les processus de changement de l'établissement, de bienveillance, de résolution de conflit ou de médiation. La place importante de la communication la nuit est identifiée. Rien ne dit que cela est spécifique au cadre de nuit. Le contenu est cependant certainement différent, seule une autre étude nous permettrait de faire une étude qualitative. En ce qui concerne le cadre de nuit, la quantité et le contenu de la communication sont tout aussi important l'un que l'autre.

En conclusion, la place de la communication verbale est très importante la nuit au niveau quantitatif et au niveau qualitatif. Aucun lien ne permet de mettre en évidence qu'elle est plus importante que le jour au niveau quantitatif.

Les écarts sont minimes, ils résident uniquement dans les précisions données en termes de statistiques sur la répartition de la communication verbale dans une journée de cadre.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Quantifier la place de la communication verbale dans son activité pour la rationaliser, des références pouvant être trouvées chez les experts
- Utiliser ce temps imparti pour l'accompagnement les équipes
- Utiliser ce temps impartis aux équipes pour insuffler de la bienveillance et régler les conflits

5.2.3 La diffusion des informations par le cadre de nuit

Tableau 2.c Les supports de l'information par le cadre de nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Langage verbal	100%		
Point dans les services/petite animation d'équipe	100%		
Réunion de service officielle élargée (trimestrielle)	33,33%	66,67%	
Téléphone interne	33,33%		66,67%
SMS	50%		50%
Mails professionnels	33,33%		66,67%
Panneau d'affichage	50%		50%

Il est logique de retrouver le langage comme support unanime de diffusion de l'information dans le cadre d'une communication verbale déjà identifiée à l'unanimité.

Les modes de transmissions diffèrent selon les organisations de soins. Les cadres de nuit passent tous dans les services et à cette occasion ils réunissent l'équipe et font un point pour échanger et délivrer les dernières informations. Les réunions de service officielles émargées avant la prise de poste ne sont pas possibles dans de nombreux établissements, soit par opposition du personnel, soit par organisation incompatible.

Le téléphone n'est abordé qu'à 33,33%, tandis que les SMS ont été évoqué par 50% des cadres notamment dans le cadre de changement d'affectation ou de repos. Les mails ne sont utilisés qu'à 33,33% pour la diffusion des procédures ou des informations importantes, cela dépend du niveau d'informatisation de l'établissement et de la place du système d'information informatique au sein de l'organisation du service et des soins. Pour finir, le panneau d'affichage est évoqué à 50% pour diffuser les vacances de poste et les nouvelles institutionnelles.

En résumé, tandis que la communication fait « sens », l'information fait « savoir » dit A. AKOUI. Le langage fait sens, il explique, l'information fait savoir, elle apprend. Et la fréquence d'utilisation des mots définit des critères d'intelligibilité du message et donc de compréhension de la part du récepteur. La répétition, la redondance des mots est très souhaitable pour renforcer l'impact de la communication, notamment quand l'incertitude se fait sentir.

Les experts disent même que c'est un facteur de réussite de la pédagogie.

Deux cadres abordent le choix des mots pour que la personne en face comprenne bien. La notion de bon moment et de bon « timing » est aussi évoquée pour une bonne transmission de l'information. Or, cette information implique un transport d'une quantité de données d'un émetteur à un récepteur, par le moyen d'un support. Conformément aux expertises rapportées par H. MINTZBERG, nous retrouvons dans cette enquête les 4 moyens de communication qu'il a mis en évidence : les courriers, le téléphone, les réunions, et les tournées. Les SMS et les mails, plus actuels, viennent se rajouter à cette expertise. Ils sont omniprésents dans tous les managements des cadres de nuit. Ils sont donc indispensables dans le processus de communication et permettent un échange différent, plus bref, à type de rappel ou d'information.

Il serait d'ailleurs intéressant de savoir si le jour, les supports sont si nombreux ou si c'est une particularité de la nuit pour pallier au manque de présence physique du cadre de nuit. Il n'est pas réellement fait mention de la forme que prend le support écrit, image, textes, questionnaires. L'intention de rendre attractif le message n'est pas identifiable dans les entretiens, ni l'intention de compenser le désagrément occasionné. La dimension « esthétique » de la communication n'est pas abordée non plus, ce n'est cependant pas évident de l'imaginer quand il s'agit de concevoir une procédure ou un document de travail. L'idée est surtout de s'en inspirer au mieux pour la présentation de son support.

En conclusion, Les supports majeurs de l'information par le cadre de nuit sont identifiés : le langage verbal et les « points » en service sont associés à des supports fiables de diffusion d'information des cadres de nuit. Le téléphone, les SMS, les mails et les panneaux d'affichage sont dépendants de l'organisation du service.

Les écarts observés sont dans l'absence de description de chaque support. Je justifie cet écart pour trois raisons : la question oriente sur une énumération, le manque de temps amène à prioriser l'information sur le support, l'impact du support est peut-être méconnu.

Ils donnent lieu à des axes d'amélioration envisagés par le cadre de santé:

⇒ Formation sur le support de transmission de l'information, du message

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Créer des supports d'information attrayants, clairs et réutilisables : cela facilite l'assimilation et la mémorisation des informations
- Demander une formation sur le « langage » pour travailler l'élocution, le choix des mots
- Encourager le support informatique en utilisant les boites mails : intérêt pour la traçabilité et l'organisation des informations
- Imaginer un support de demande de repos ou d'échanges informatisé
- Créer un espace d'affichage co-construit avec les agents : laisser une part de créatif aux agents, l'objectif étant de mettre en valeur les annonces institutionnelles et le sentiment de cohésion
- Limiter les SMS aux imprévus, car c'est un support de communication intrusif dans la vie personnelle
- Réduire le nombre de supports d'information, en choisir un fiable et contrôlable
- Solliciter les agents pour qu'ils créent eux même des procédures ou des documents de travail en ayant préalablement validé son contenu
- Avoir un espace informatisé d'échange collaboratif

5.2.4 L'évaluation de la compréhension des informations transmises

Tableau 2.d Les moyens d'évaluation des informations transmises du cadre de nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Les retours négatifs	50%		50%
Les questionnements	66,66%		33,34%
Contrôle des pratiques/vérification de la tâche effectuée	50%		50%
Très difficile à faire la nuit	83,33%		16,67%

Cette enquête met en évidence de façon claire que l'évaluation des informations transmises la nuit rencontre de nombreux freins : le peu de temps de présence avec les équipes ne permet pas de vérifier toutes les bonnes pratiques. Le nombre de service à prendre en charge la nuit par le cadre de santé (plusieurs unités et plusieurs roulements) implique une quantité importante d'informations à diffuser et à recevoir.

Dans ces difficultés, les cadres optent à 66,66% pour des questionnements oraux et prennent connaissance des dysfonctionnements la nuit lors de retours négatifs de soignants ou des cadres de jours. 50% des cadres interrogés procèdent de temps en temps à un contrôle du travail réellement fait.

En résumé, la compréhension de l'information dépend de différents facteurs et nous l'avons vu le langage est codé. Selon la théorie de l'information, il faut garantir un codage intelligible et un décodage facile par les équipes pour un impact positif du processus de communication. Aux vues des résultats de cette enquête, identifier que les soignants ont correctement décodé le message n'est pas si facile. Ils essayent à la majorité par des questionnements et des contrôles occasionnels des pratiques mais sinon l'information est considérée acquise par défaut tant qu'il n'y a pas de retour négatif. La redondance de l'information, abordée dans la question précédente, est très efficace pour renforcer l'impact du message, notamment dans des situations d'accompagnement. Les cadres de nuit semblent confrontés à des difficultés qu'ils surmontent au mieux. Pourtant l'évaluation des informations est une étape importante en termes de qualité dans les soins. A l'échelle de l'institution elle est importante dans le processus du parcours du patient et notamment en termes de durée de séjour.

En conclusion, les moyens d'évaluation des informations transmises du cadre de nuit sont limités. Les questionnements sont les moyens de vérification les plus utilisés. Les contrôles des pratiques et les retours négatifs sont associés à 50% aux moyens de vérification.

J'ai ajouté cette question à titre informatif mais je ne recherche pas réellement d'écart de pratique.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé je propose de :

- Utiliser un support unique : centralisation des informations dans un seul endroit, garantie de diffusion, prévoir un moyen de contrôle (émargement, accusé de réception)
- Créer une procédure d'émargement du suivi des informations transmises
- Reprendre chaque évènement indésirable et rencontrer la personne concernée

5.3 L'accompagnement des équipes de nuit dans les changements induits par les projets

5.3.1 Les changements la nuit

Tableau 3.a La nature des changements la nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Projets institutionnels	100%		
Projets de service	33,33%	33,3%	33,34%
Changements de pratiques	100%		
Les mobilités de services	100%		

Tous les cadres interrogés ont eu l'occasion d'accompagner des projets de nature institutionnelle. Il m'a été cité pour exemple un déménagement de service, le passage au Dossier Patient Informatisé, un changement d'horaire sur un établissement, un turn-over de 3 services par manque d'activité et réajustements du nombre de lits sur un autre service ou encore l'installation d'un logiciel de commande (transfusion, alerte des brancardiers).

Je constate que les projets évoqués ne sont cependant pas spécifiques à la nuit mais ils incluent la nuit par soucis de continuité dans le travail.

En revanche, tous n'ont pas réussi à mettre en place des projets de service, seulement 33,33% des cadres interrogés ont mis en place des projets dans leur service, 33,33% disent ne pas en avoir fait et le reste n'a pas abordé l'idée. Les freins évoqués sont les horaires et la motivation des agents de nuit et le manque de poids des idées des équipes de nuit. Le personnel de jour n'apprécie pas trop les initiatives prises la nuit et préfère gérer l'ensemble de l'organisation.

Les avis sont unanimes pour identifier les mobilités de service et les nouvelles pratiques comme des changements quotidiens.

En résumé, les réformes successives ont conduit à la transformation des hôpitaux. La loi Boulin de 1970 amorce les premières réformes en constituant le service public hospitalier. Mais c'est surtout la loi Evin du 31 juillet 1991 qui marque le virage majeur des réformes hospitalières et le début des grands changements de l'hôpital. Depuis, l'ensemble des lois financières et des réformes mises en place concrétisent et mettent en forme les dispositions de 1991. C'est aussi l'introduction des principes d'un nouveau management : un management par projet. Dans un contexte actuel de rationalisation générale des dépenses, les projets, nous l'avons vu, permettent de fixer des objectifs et mettre en œuvre des idées nouvelles d'amélioration en donnant du sens au travail réalisé. Seulement ils induisent des changements qu'il faut à accompagner. La nuit n'est pas épargnée. Les changements sont nombreux qu'ils soient internes ou institutionnels. En l'occurrence l'enquête montre qu'ils sont plus institutionnels.

Un cadre me précise cependant que ses projets de services sont issus de sa cadre supérieure mais tous les cadres de nuit n'ont pas de cadre supérieur. Dans l'échantillon interrogé, 33,33% ont pour supérieur hiérarchique leur directeur des soins.

Par ailleurs, P. ANSART précise que le projet est source de motivation, il « *donne du sens aux actions par cette représentation des buts souhaités* ». Donc ce sont bien des occasions qui sont données aux équipes de redonner du sens à leur travail. Le projet peut être aussi identifié comme un levier de motivation. Il est donc à la fois générateur de perturbations en termes de changement, et à la fois générateur de solutions en termes de motivation. A charge au cadre de compenser les perturbations par des solutions. Pour ce faire, J.J. NERE dit que la communication autour du projet est complexe mais fondamentale, car elle permet de fédérer et d'informer. Pour lui, l'amateur en termes de communication n'a pas sa place. Le lien est fait entre les projets et la communication.

Les conclusions de cette enquête mettent en lumière le fait que la communication est un levier majeur pour l'accompagnement aux projets qu'ils soient internes ou institutionnels.

En conclusion, la nature des changements la nuit est associée aux projets institutionnels. Rien ne met en évidence qu'ils sont exclusifs à la nuit. Les projets de services sont peu liés à la nature des changements la nuit. En revanche, les mobilités et l'évolution de pratiques sont clairement identifiés comme des changements la nuit. La communication est identifiée majeure dans la gestion du projet.

Les écarts constatés sont représentés par la faible proportion de projets de services. Je n'explique par forcément cet écart si ce n'est que des freins ont été identifiés à leur conception : horaires décalés, baisse de l'investissement et de la motivation. Je note cependant que 33,33% des cadres qui réalisent des projets de services ont eu des objectifs fixés par leur cadre supérieur, tandis que les autres n'en ont pas. Cela soulève l'importance du cadre supérieur dans son rôle d'accompagnement du cadre de proximité. Cela fait l'objet d'une prochaine question.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Collaborer davantage avec la direction et son supérieur
- Mobiliser les compétences des agents pour les mobilités internes en essayant de tenir compte de leurs envies : lever les compétences des agents dès que cela est envisageable
- Proposer des projets de services en co-construction avec l'équipe : améliorer le support d'information pour les transmissions équipes-cadres en cas d'absence plus adapté, cartographier avec l'équipe les compétences de chacun et les envies de chacun, concevoir un livret d'accueil pour les étudiants exclusif à la nuit (horaires, recommandation hygiène de vie, pré-requis, compétences) en collaboration avec son équipe. Mettre en place de la gestion des commandes
- Faire des enquêtes : faire une enquête sur la satisfaction du patient la nuit (bruit, sommeil, soins, temps de réponse à la sonnette), enquête sur les soucis informatiques la nuit, essaie d'une nouvelle tranche horaire 12h-minuit pour plus de continuité de soin, évaluation de la charge d'activité la nuit, enquête sur le manque de matériel la nuit
- Motiver l'équipe et notamment les anciens dans les projets institutionnels : escape game, présentation ludique, organiser les groupes de travail en moment agréable (goûter, pauses), organiser le planning et échanger quelques nuits contre des journées
- Utiliser la communication comme levier dans les changements
- Utiliser les projets comme levier de motivation

5.3.2 La résistance au changement dus aux projets la nuit

Tableau 3.b Résistance et projets la nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Y a-t-il de la résistance aux projets la nuit ?	66,66%	33,34%	
Les anciennes	66,66%	33,34%	
Manifestations réelles	66,66%	33,34%	
Atténuée par une communication (information, explication)	50%		50%

La majorité des cadres de nuit interrogés évoquent de la résistance de la part de leurs équipes. L'argument majeur est que les anciens(es) ne veulent tout simplement pas changer leurs habitudes sauf si ce sont eux (elles) qui ont eu l'idée du changement. Il resterait à vérifier si les plus anciens(es) ont un réel poids au sein de l'équipe. Les manifestations sont réelles, elles vont du simple mécontentement jusqu'à la menace de partir.

Les 33,34% qui n'ont pas de résistance mettent l'accent sur la place importante de la communication en termes d'information et d'explications dans leur management. Elles parlent d'équipes rassurées, de bonne volonté, en confiance.

La notion de répétition de l'information est abordée à plusieurs reprises. Cependant dans les 50% des cadres qui évoquent l'importance de la communication dans leur management, 16,66% d'entre eux ont tout de même des résistances manifestes au sein de leurs équipes. Cela est justifié par des projets qui sont imposés par la direction et non anticipés en amont avec les équipes. Il m'est aussi évoqué le fait que la nuit, malgré un accompagnement correct du cadre de nuit, il y a une propension à contourner la règle et comme le contrôle n'est pas évident, l'autonomie des équipes est telle que cela entretient les résistances.

En résumé, les projets induisent à la majorité des résistances la nuit, notamment de la part des anciens(es). Les anciens(es) aides-soignants(es) ont déjà été identifiés(es) en début d'enquête. Selon les dires de M. MAFFESOLI, « *C'est par la duplicité, plus ou moins consciente, que les individus apparemment intégrés à l'ordre social gardent un quant à soi qui leur permet de survivre aux diverses impositions de cet ordre* », quand on sait que les équipes de nuit se sentent parfois isolées, nous pourrions en déduire que dans la résistance elles trouvent un sens à exister. La résistance est une façon de subvertir l'ordre indirectement, de résister à l'autorité et de montrer leur existence. M. CERTEAU parle de « *stratégie* », de « *rapport de forces* ». Ici, elle se manifeste en s'opposant verbalement ou par la menace de quitter son poste. Les expériences de S. MILGRAM mettent bien en évidence la relation autorité-obéissance-résistance propre à chacun. Un cadre parle d'une boucle sans fin la nuit : résistance, manque de contrôle, résistance et ainsi de suite. Je note que l'importance du contrôle et de la validation des acquis est à nouveau abordée. C'est certainement un axe important à exploiter la nuit dans l'accompagnement des projets. Par ailleurs, S. MILGRAM met en relation la résistance avec le désaccord que l'acteur peut ressentir avec le système. Je fais le lien avec les 50% des cadres qui mettent en évidence le fait que les explications et informations données régulièrement permettent de réduire cet écart entre les valeurs des soignants et les valeurs qu'ils accordent à

l'établissement. La communication est là pour tendre vers l'unification des valeurs soignantes avec les valeurs institutionnelles.

Par ailleurs, d'après M. CROZIER et E. FRIEDBERG, la résistance au changement peut s'expliquer par le fait qu'en rendant son travail prévisible, donc en limitant l'incertitude, l'acteur perd son pouvoir et revendique. Ce qui expliquerait le fait que ce sont les projets les plus directifs donc institutionnels qui déclenchent le plus de résistance, comme l'a montré la question précédente.

Le lien entre incertitude et pouvoir est établi. Cette enquête révèle que maîtriser l'incertitude est un levier du pouvoir et de la négociation. Donc, à l'inverse, augmenter l'incertitude pour laisser place à des idées de l'équipe serait un levier pour baisser les résistances donc indirectement un levier dans l'accompagnement au changement. C'est aussi ce que dit K. LEWIN, après l'observation des comportements dans les groupes « démocratiques », « autocratiques » et « laisser-faire », il met en évidence que l'inclusion du personnel dans les décisions limite les résistances.

Aussi, en termes de solution, comme K. LEWIN, 50% des cadres attribuent à la communication le pouvoir de diminuer les résistances. En effet, dans sa théorie des champs et dans les dynamiques de groupe, il attribue à la communication le pouvoir de « décrystalliser », de désamorcer les résistances grâce aux explications et aux informations données. Il fait du niveau de résistance, un révélateur de communication. Son raisonnement est le suivant : il note que seulement 32% des personnes ont adhéré au changement, cela soulève un niveau de résistance élevé, c'est 68% des personnes qui n'ont pas été atteintes par la communication. Plusieurs raisons expliquent cela : soit la communication n'est pas efficace, soit la population n'a pas compris. La composition du groupe a toute son importance avec un niveau social qui rentre en jeu dans le rapport d'autorité. Si je considère alors le niveau de résistance comme un indicateur de la communication et du groupe, cette étude révèle alors qu'avec 66,66% de résistance, il n'y a que 33,37% des agents qui ont adhéré au projet institutionnel. De la même façon, soit la communication n'a pas été totalement efficace, soit le message aurait pu être mieux transmis, ou soit la dynamique du groupe n'a pas atteint une organisation souhaitable pour un bon équilibre. J'identifie un nouveau levier d'accompagnement au changement : la dynamique du groupe, de l'équipe.

Cependant, avant d'envisager tout cela, il est possible d'anticiper les résistances. K. LEWIN préconise un dépistage de la résistance par l'étude de 5 facteurs : individuels relatifs à la vie de chacun, facteurs liés au changement, facteurs stratégiques limitant le pouvoir, facteur lié au pilote du changement s'il n'est pas crédible et des facteurs organisationnels. Les cadres interrogés n'évoquent pas réellement un dépistage de la résistance mais les comportements rapportés évoquent certains facteurs : moments informels pour évaluer l'état d'esprit de l'équipe, explications nombreuses, bienveillance.

En conclusion, le lien ne peut pas être établi qu'au 2/3 entre la résistance des équipes et les projets la nuit. En cas de résistance au changement, cette dernière est associée aux anciens soignants et des manifestations concrètes sont identifiées. L'importance de la communication pour lutter contre les résistances est soulignée par la moitié des effectifs interrogés. La maîtrise de l'incertitude et la dynamique du groupe sont identifiés comme des leviers d'accompagnement aux changements. Un dépistage des résistances n'est pas établi.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Lire les avis des experts pour avoir des pistes afin de diminuer les résistances : K. LEWIN, J.P. SARTES, M. CROZIER et E. FRIEDBERG, M. MAFFESOLI, M. DE CERTEAU, S. MILGRAM
- Utiliser les nouveaux leviers de managements identifiés : cartographier et observer son équipe (« motif », résistant, ressources), laisser une marge de manœuvre à l'équipe dans les projets
- Cibler les anciennes et les « moins motiver » en premier pour l'adhésion aux décisions
- Améliorer sa communication et la transmission du message : formation, littérature
- Répéter les informations
- Embarquer les équipes au plus tôt pour devenir ensemble acteur du projet de transformation

5.3.3 La place de la communication dans l'acceptation au changement

Tableau 3.c La communication et l'acceptation au changement

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
La communication favorise l'acceptation au changement	100%		
La communication favorise l'implication dans les projets	83,33%		16,67%
Changement plus facile quand non imposé	33,33%		66,67%
Information en amont	100%		
Stratégie de communication	16,66%		83,34%
Entretenir des espaces de convivialités	16,66%		83,34%

Les cadres sont unanimes pour affirmer que la communication est indispensable dans l'acceptation du changement, notamment par le biais d'informations et d'explications sur le sens et les objectifs à atteindre. Certains disent qu'elle est essentielle et même indispensable.

Pour l'adhésion aux projets, le constat est le même, seul 1 cadre ne s'est pas prononcé justifiant le fait que la nuit est oubliée dans les projets et considère ne pas pouvoir répondre à la question. 33,33% abordent le fait que le changement est plus facile lorsqu'il n'est pas imposé, l'idéal étant que l'équipe soit incluse ou quelle imagine en être à l'origine.

Un cadre me parle de stratégie de communication, avec une adaptation à la personne en choisissant le bon moment, le bon mot, la bonne manière de délivrer son information. Un autre me précise que dans ce contexte pour garder le lien et la dynamique du groupe il est indispensable d'entretenir des espaces de convivialités.

En résumé, l'acceptation au changement est finalement possible quand les résistances s'abaissent. Cette question est liée à la précédente (tableau 3.b). Je m'aperçois que beaucoup de réponses sont déjà évoquées en termes de diminution des résistances et la communication, comme le dit K. LEWIN, désamorce la

résistance grâce à 3 étapes pour un changement réussi. En cela, l'enquête et les experts sont unanimes. La communication favorise l'acceptation.

Par ailleurs les conclusions du tableau 3.a font concorder les 83,33% des cadres qui estiment que la communication favorise les projets.

Messieurs CROZIER et FRIEDBERG dans leur ouvrage « l'acteur et le système » portent leur réflexion sur le système qui ne peut exister que par l'acteur qui lui donne vie. Selon eux, le problème d'implication dans les projets survient quand le système induit des effets contraires à leur volonté. Or, en entreprise, les règles sont intégrées soit par la contrainte, soit par la manipulation ou la négociation. En cela, l'enquête reflète bien le fait que le changement est compliqué lorsqu'il est imposé. 33,33% des cadres l'affirment, il devient effectivement contraire à leur volonté et devient source de résistances. H. LANDIER met bien en évidence cette notion dans son article « *il est difficile de procéder à un changement contre ceux qui en subissent les effets* ». Donc la résistance ne serait pas uniquement dépendante de la communication, du groupe ou de du message transmit, mais aussi de l'inclusion de l'équipe dans les projets.

L'enquête met aussi en évidence des solutions. Messieurs CROZIER et FRIEDBERG nous disent que l'homme ne change pas seul mais dans son contexte social et le changement nécessite la mise en place de nouveau rapport humain. Ils prouvent que les hommes ne sont pas si attachés à leurs habitudes et « *Ils sont tout à fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose* ». 100% des cadres considèrent que l'information a une place importante dans l'acceptation au changement.

La communication permet de donner du sens au changement, l'adhésion et la motivation s'en suivent naturellement. Mais ces auteurs mettent en garde contre l'information qui le plus souvent est biaisée par le poids du pouvoir et du système et la question se pose de savoir si les schémas doivent venir de l'intérieur ou d'une source extérieure. Convaincu que les solutions rationnelles sont plus probantes dans le premier cas, ce n'est pas toujours facile dans un changement dirigé. Un cadre de santé de nuit, dont les projets sont majoritairement institutionnels donc dirigés, m'a fait part de sa stratégie de faire croire à l'équipe que l'idée venait d'elle pour se retrouver dans le premier cas finalement énoncé par Messieurs CROZIER et FRIEDBERG. Ce n'est pas chose facile lorsque le projet est institutionnalisé mais il est cependant possible d'inclure l'équipe en les laissant s'emparer de missions qui leur permettraient de réfléchir eux même à des solutions ou des améliorations dans le cadre de ce projet. Cela rejoint l'espace plus ou moins grand laissé à l'incertitude dans la conduite du projet.

Par ailleurs, 16,66% citent le mot « stratégie » lorsque j'évoque la communication. Or, les principes généraux de la communication ont déjà montré leurs vertus dans cette étude. Et, 16,66% des cadres choisissent de laisser des espaces de convivialité pour souder l'équipe tel que C. DEJOURS le préconise.

En conclusion, la communication du cadre de nuit est associée à l'acceptation du changement, à une implication dans les projets et à des informations données en amont. Le lien n'est pas réellement fait avec une acceptation quand le projet n'est pas imposé. Aucun lien n'est fait avec une stratégie de communication de la part des cadres de nuit dans l'acceptation du changement. Il n'est pas prouvé non plus qu'un espace de convivialité soit lié à une meilleure adhésion au changement des équipes de nuit.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- **Consolider la communication au service des projets : littératures, formation, pairs**
- **Entretenir des espaces de convivialités : souder l'équipe et créer une dynamique positive**
- **Faire de la communication une stratégie managériale : application des concepts des experts**
- **Laisser une marge de manœuvre aux équipes dans les projets**
- **Travailler sur les étapes de l'acceptation (non abordées) : littératures, experts**
- **Améliorer son leadership pour mieux embarquer les équipes dans les changements**
- **Promouvoir l'innovation pour créer une dynamique de changement**

5.3.1 L'accompagnement dans la conduite de projet la nuit

Tableau 3.d Stratégie de management dans l'accompagnement aux projets des équipes de nuit

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Communication : informations, explications (raison, pourquoi, objectifs, réponses questions) /réunion	83,33%		16,67%
Projets difficiles à mettre en place la nuit	83,33%		16,67%
Projets institutionnels subits difficiles à vivre	50%		50%
Cadre acteur du projet cadre présent avec elles/disponible	66,66%		33,34%
Avis demandé aux soignants/ participation	16,66%	33,3%	50,01%
Identification des personnes résistantes et ressources	16,66%		83,34%
Réévaluation des acquis	16,66%		83,34%
Faire le lien le jour	16,66%		83,34%

Il est mis en évidence par l'enquête que 83,33% des cadres de nuit interrogés citent la communication, notamment en termes d'informations et d'explications délivrées comme stratégiques dans l'accompagnement des projets. Il est fait mention de l'importance de l'échange avec l'équipe pour répondre aux questions et aux interrogations qui inquiètent. 83,33% des projets sont difficiles à mettre en place la nuit. 50% des cadres estiment que les projets institutionnels sont difficiles à vivre pour les contraintes déjà évoquées (horaires, motif ...). En cela, 66,66% des cadres font preuve de disponibilité et s'investissent au maximum avec l'équipe dans le projet, notamment en limitant le reste de leurs activités ou en accompagnant son équipe à des formations sur le projet.

En termes de réelle stratégie d'accompagnement, seulement 16,66% demandent l'avis de leurs équipes, seulement 16,66% identifient les personnes ressources et les personnes résistantes et seulement 16,66% évoquent la réévaluation des acquis.

Un cadre précise qu'il est important de revenir le jour pour faire le lien avec le jour pour une bonne continuité de soin du projet.

En résumé, la communication est identifiée comme une stratégie dans l'accompagnement des équipes notamment en termes d'explications et d'informations. Cela fait écho à la « dé cristallisation » de K.

LEWIN déjà abordée. A la majorité, les cadres de nuit réalisent cette étape du processus de changement idéal de K. LEWIN. En revanche les deux autres étapes que K. LEWIN recommande pour un accompagnement au changement réussit n'apparaissent pas dans l'enquête. « Changer » en déplaçant les résistances n'est pas évoqués et « recristalliser » le groupe pour retrouver un nouvel état d'équilibre n'est pas abordé non plus. L'accent est mis sur la partie explication et information.

Maela PAUL définit l'accompagnement par l'« aide » qui finalement regroupe les concepts de tutorat, de parrainage, le coaching ou le compagnonnage.

Les 3 modèles d'accompagnements qu'elles identifient sont-ils évoqués ?

- L'accompagnement « thérapeutique » qui mobilise chez l'autre les ressources nécessaires à son propre problème s'apparente à l'individualisation des problèmes. Ce concept fait allusion à un accompagnement plus personnalisé non évoqué dans cette enquête. Un type d'accompagnement que l'on retrouve plus dans la pédagogie des cadres formateurs mais qui finalement sur le terrain semble inexistant.
- L'accompagnement « maïeutique » considère que le rôle de l'accompagnement se limite à s'appuyer sur sa connaissance pour confronter l'autre à son intériorité et le faire « accoucher de lui-même ». Ce concept qui fait allusion à l'autonomisation de l'équipe, primordial selon M. PAUL n'est pas abordé par les cadres de santé dans cette enquête.
- L'accompagnement « initiatique », quand à lui inclus l'accompagnant dans le projet en le socialisant selon le contexte du projet. Cette notion n'est abordée que par 16,67% des cadres interrogés. L'individu accompagné est pris en compte dans sa globalité, « L'accompagnement intègre dorénavant une dimension réflexive. Ce n'est plus seulement la recherche de solutions ».

En cela, c'est cette notion réflexive du soignants qui est frustrée car 50% des cadres affirment que lorsque le projet est institutionnel, imposé, il est plus difficile de se l'approprier. La trajectoire étant déterminée, la réflexion du soignants est peu envisagée et l'adhésion plus compliquée. L'objectif du changement n'étant pas d'obtenir de nouveaux comportements de la part des soignants mais bien de prolonger leurs compétences sur de nouveaux versants. Il ressort de cette enquête que les explications sont souvent en termes de réassurance et d'informations sur le projet mais aucun cadre n'a abordé le versant favorisant des compétences que l'agent peut y trouver dans le changement. L'accompagnement est un cheminement, un processus dont le point de départ et le point d'arrivée est difficilement identifiable par les cadres interrogés.

En conclusion, la stratégie de management dans l'accompagnement aux projets des équipes de nuit est liée à la communication et à la disponibilité du cadre. Les projets non institutionnels sont difficiles à mettre en place pour des raisons déjà évoquées. Le lien avec d'autres stratégies n'est pas réellement établi : rien ne permet de confirmer que les projets institutionnels sont difficiles à vivre par l'équipe. L'identification des ressources et des résistances, la prise en considération des avis de l'équipe, la réévaluation des acquis et la création d'un lien avec le jour relèvent de techniques personnelles plutôt que d'une réelle stratégie d'accompagnement.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Utiliser tous les leviers déjà évoqués
- Dédier du temps imparti pour le projet et se rendre disponible
- Faire le lien entre le jour et la nuit
- Réévaluer les acquis
- Planifier les délais du projet et programmer les échéances
- Nommer les acteurs du projet : volontaires ou toute l'équipe
- Créer un support d'information unique pour ce projet et l'alimenter d'information jusqu'à sa clôture
- Valoriser les équipes une fois le projet terminé

5.3.2 L'accompagnement du cadre dans la conduite du changement

Tableau 3.e Les ressources du cadre de nuit dans l'accompagnement au changement

Idées majeures retenues	OUI	NON	Idée non abordée
Ressources	83,33%		16,67%
Accompagné dans cette démarche	50%		50%
Formé pour l'accompagnement au changement	33,33%	66,67%	

83,33% des cadres confirment avoir des ressources en matière d'accompagnement de leur équipes. Certains citent leurs agents sur lesquelles ils peuvent compter, d'autres évoquent plus la direction ou des collègues. Ils estiment à 50% être accompagnés, par leur cadre supérieur ou leur direction des soins. Deux cadres (33% seulement) sortis récemment d'un IFCS ont bénéficié de l'ensemble de ces concepts de management du changement.

En résumé, l'enquête montre que la majorité des cadres savent trouver des ressources et sont accompagnés pour moitié par leur direction. Volontairement sans référencement, cette question a pour objectif de voir si le cadre de santé est bien dans les bonnes conditions de moyens et de ressources pour accompagner ses équipes dans le changement. Seuls les cadres issus récemment d'un IFCS sont préparés à ce type de management, les autres cadres « se débrouillent comme ils peuvent » disent-ils mais n'ont pas de formation spécifique. Or, les réformes ont introduit les principes d'un nouveau management. Un management par projet, lui-même vecteur de fortes transformations dans les pratiques managériales. Les cadres doivent s'adapter et transformer leur management. L'enquête n'identifie pas de formation à ce titre.

En conclusion, les ressources du cadre de nuit sont bien liées à l'accompagnement au changement. Le lien ne peut pas être fait avec un accompagnement dans leur management. Il n'est pas identifié que les cadres de nuit soient formés à la conduite du changement.

En termes de solutions, en tant que cadre de santé, je propose de :

- Demander une formation sur l'accompagnement au changement**
- Demander de l'aide à ses supérieurs en cas de besoin**
- S'appuyer sur les ressources identifiées**
- Développer son réseau de partenaires cadres dans les autres établissements pour échanger autour des pratiques de management**

6 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Comme le disent Diane BEDOIN et Régine SCELLES¹¹⁴ à la fin de l'enquête, « *Les trois temps de l'analyse seront successivement abordés : travail de transcription, processus d'interprétation et restitution des données* ». L'analyse étant terminée, je procède à la synthèse de ces données.

Le travail de nuit est spécifique et requiert un management singulier de la part du cadre de santé. Dans le contexte actuel de changements, le travail réalisé renseigne sur la place de la communication dans l'accompagnement au changement dus aux projets institutionnels.

Rappelons notre problématique de recherche :

Comment le cadre de santé peut-il communiquer efficacement auprès des équipes de nuit afin de les faire adhérer aux différents processus de changement institutionnels ?

L'analyse met en évidence l'écart retrouvé dans les références des experts et ce qui est réellement fait sur le terrain. L'intérêt de cette étude est de voir en quoi il est possible de réduire cet écart dans une démarche d'amélioration des pratiques et de vérifier si l'hypothèse proposée représente une solution à notre problématique. Si l'hypothèse est fondée, alors elle pourra servir d'outil fiable et utilisable en termes d'amélioration des pratiques dans le management du cadre de nuit.

Avant de confronter notre hypothèse, faisons la synthèse des 3 grands concepts explorés :

a. Le travail de nuit

Le travail de nuit a un impact sur la motivation des soignants.

La communication et l'écoute sont identifiées comme les leviers majeurs du cadre de nuit en abaissant le niveau de résistance.

Au regard de ma problématique, cette enquête identifie les freins à l'investissement et à la motivation des agents de nuit, donc les freins aux changements institutionnels induits par les projets et les leviers pour y remédier.

¹¹⁴ Diane BEDOIN et Régine SCELLES, s'exprimer sans se faire comprendre, chap. 6, transcription, interprétation et restitution, [Consulté Le 6 Avril 2019]
Disponible: <https://www.cairn.info/s-exprimer-et-se-faire-comprendre--9782749248486-page-135.htm>

b. La communication

La place de la communication est prépondérante dans l'activité du cadre pour accompagner les équipes dans les changements.

Elle est essentiellement verbale, elle se formalise par le langage et différents supports. L'association des deux contribue à la diffusion des informations.

Au regard de ma problématique, la communication et l'information sont identifiées comme des leviers managériaux des cadres de santé notamment par le langage et des supports divers. Les avis des experts en termes d'explication pour concrétiser tout cela représentent un levier essentiel pour accompagner les équipes.

c. L'accompagnement des équipes de nuit dans les changements induits par les projets

La communication (et son information) est une stratégie de management du cadre de nuit dans l'accompagnement au changement. Elle baisse la résistance et favorise l'acceptation et l'adhésion aux projets institutionnels. Elle permet de réduire l'écart entre les valeurs soignantes et les valeurs institutionnelles du groupe. Elle reste cependant focalisée sur la partie explicative du projet.

Au regard de ma problématique, des leviers sont identifiés :

- La communication et la qualité de l'information
- La maîtrise de l'incertitude
- La disponibilité du cadre dans la conduite du projet
- L'étude de la dynamique du groupe
- Les avis des experts

Ce travail de recherche m'a permis de déterminer des leviers, des idées et différents indicateurs et indices. L'ensemble des données recueillies est au service d'une communication efficace pour un changement réussi.

Des leviers d'action :

- La communication favorise l'adhésion aux projets institutionnels et diminue des résistances
- La communication intervient dans la motivation d'une certaine catégorie de personnel
- La communication, l'écoute, et la diffusion d'information sont des leviers puissants de l'accompagnement aux changements
- La formalisation de l'information est importante : langage, support multiples attractifs et compréhensifs
- La verbalisation de l'information est importante; choix des mots, redondance des idées, adaptation à autrui, reformulation

- La maîtrise de l'incertitude est un levier de pouvoir et de négociation : baisse les résistances
- Le projet est en soi un levier motivationnel
- L'étude du groupe et la mise en place d'une dynamique est un levier d'adhésion et de motivation dans le changement
- Les avis des experts sont de bons leviers en termes de stratégie de communication dans l'accompagnement au changement
- La valorisation de l'agent et de ses compétences dans le changement est un levier à exploiter

Des pistes exploratoires :

- La difficulté du contrôle des informations la nuit
- Les résistances ne sont pas uniquement dépendantes de la communication, elles sont aussi dépendantes de la construction du groupe concerné, de la qualité du message transmis et du degré d'inclusion du groupe dans le projet
- L'investissement est freiné par les horaires décalés
- La motivation est impactée par un travail non reconnu et le « motif » du travail de nuit
- Les anciens(es) notamment les aides-soignants(es) sont à convaincre des bienfaits du projet en priorité
- Des rotations d'équipes jour/nuit limitent les conflits et améliore la continuité des soins
- Le message transmis impacte la qualité des soins et le lien créé entre le jour et la nuit
- La résistance est dépisable, elle révèle un désaccord avec le système

Des indicateurs:

- Le « motif » de travail de nuit est un indicateur de motivation : indicateur de performance

Des indices:

- La communication verbale est un bon indice des logiques qui se jouent dans l'institution : indice de qualité
- Le niveau de résistance est révélateur de qualité de communication : indice de qualité
- Le niveau de résistance est révélateur de la dynamique du groupe : indice de performance

L'hypothèse de départ était :

La formalisation et la verbalisation associées à des informations sont des leviers managériaux qui permettent aux équipes de nuit de se sentir concernées et de s'impliquer dans les évolutions institutionnelles

Les éléments recueillis tout au long de l'enquête valident l'hypothèse de départ.

Toutefois, l'utilisation des leviers identifiés peut être améliorée pour plus d'impact. Cette étude apporte de nombreuses pistes pour améliorer sa communication et son management.

7 LIMITES ET BÉNÉFICES

Ce travail fait l'objet de lectures, de recherches et de réflexions depuis presque 8 mois. C'est un délai qui reste court pour réaliser une enquête aboutie mais c'est un délai suffisant pour acquérir une démarche scientifique.

7.1 Les limites

Ce travail de recherche a été dépendant du temps imparti. Les délais ne m'ont pas permis d'élargir mon échantillon à plus de 6 cadres de santé de nuit, et la rareté des cadres de nuit a compliqué aussi les recherches. Les résultats sont uniquement dépendants des conditions de l'expertise mais ils ne sont pas généralisables car :

- L'échantillon de cadre interrogé est petit, il n'est pas assez représentatif. La recherche mérite plus de confrontation entre les sujets pour une extrapolation à la généralité plus réaliste.
- Interroger des cadres de jour aurait permis de comparer la place de la communication de façon qualitative et quantitative entre jour et nuit afin de mieux identifier les spécificités du management de nuit
- J'aurais souhaité m'entretenir avec un responsable de la formation, je le ferai prochainement à ma prise de poste. Je souhaite vraiment savoir ce qu'il est possible d'obtenir comme formation sur tous les sujets évoqués
- Explorer l'impact des « anciens » sur une équipe aurait renseignés sur la dynamique de l'équipe
- Le cadre conceptuel peut toujours être élargi

Ce travail de recherche fixé dans un délai de 8 mois, ne me permet pas d'aboutir réellement à une analyse efficiente. Un travail de recherche aboutit se réalise sur une période de plusieurs années.

7.2 Les bénéfices

En premier lieu, ce travail de recherche est l'aboutissement de 7 mois de lecture, de recherches, de questionnements, d'efforts et d'énergie déployés. J'ai la chance d'avoir pu explorer autant des thèmes pour lequel j'ai beaucoup d'intérêt. Je n'imaginai pas récolter autant d'idées et de pistes d'amélioration à l'issue des analyses. J'ai prit conscience de l'importance de la recherche et j'y ai prit goût. Je verrai cependant plus une prochaine recherche sur une période de 2-3 ans pourquoi pas en binôme.

Par ailleurs, ce travail m'a permis de comprendre la méthode du travail de recherche et de la mettre en lien avec la démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

J'ai développé une façon de penser plus réflexive et plus d'appétence pour la littérature. Ce travail me laisse déjà imaginer de nouveaux projets :

A partir de mon mémoire, lancer un projet de co-construction avec les équipes autour de l'accompagnement aux changements : définition des besoins respectifs, identifications des freins, mise en

place d'un processus d'accompagnement avec les acteurs identifiés, formaliser les supports de communication.

CONCLUSION

Ce travail de recherche est le reflet de mon investissement durant cette année d'apprentissage à l'IFCS de Montsouris et aborde des valeurs que je souhaite insuffler à mes équipes.

J'ai élaboré ce mémoire dans l'idée d'apporter ma contribution à l'amélioration des pratiques et de servir la recherche à la mesure de mes compétences et du temps imparti. Motivée par le thème de la communication, mon mémoire en étudie ses différentes formes que le cadre de nuit est susceptible de manipuler. L'objectif était de rendre ce travail utilisable en milieu professionnel, pour ma prise de poste et pour des collègues intéressés.

J'ai élaboré ma problématique au regard d'une difficulté de management qui me paraît majeure, autant pour les soignants que pour l'institution : l'accompagnement aux changements.

Forte de mon expérience de cadre de nuit, j'ai fait le constat que les projets étaient difficiles à mettre en place faute de présence du cadre et de contraintes d'horaires. Ma problématique était donc de comprendre comment le cadre de nuit peut communiquer efficacement pour une meilleure adhésion des équipes aux différents processus de changements institutionnels induits par les projets.

Suite à mes premiers entretiens pour confirmer ma question de départ, il est apparu que la communication verbale est prépondérante dans l'activité du cadre de nuit. J'ai émis l'hypothèse que les réponses seraient orientées dans la communication verbale du cadre et dans la transmission de ses informations. L'hypothèse proposée voit en la verbalisation et la formalisation des informations, des leviers managériaux qui permettent aux équipes de mieux se sentir concernés et impliqués dans les projets.

Le fruit de mes lectures donne lieu à un cadre conceptuel riche pour de plus amples confrontations avec les avis des professionnels sur le terrain. Malgré un faible échantillon, j'obtiens quelques disparités dans les témoignages, les deux cadres issus récemment des IFCS identifient plus facilement des leviers mais dans d'ensemble le cadre de nuit semble communiquer et adapter son management à l'« instinct ». De plus, tous sont unanimes pour affirmer que la communication est une stratégie. Je cherche à vérifier en quoi consiste cette stratégie et en quoi elle est au service des changements institutionnels.

Les analyses ont conduit à une quantité d'informations très importantes. Il est vérifié que le travail de nuit impacte la motivation et l'investissement des soignants dans leur travail. Les conditions ne sont pas réunies pour une bonne implication dans les projets. Les horaires décalés sont des freins réels que j'avais identifiés dans mes équipes et qui sont maintenant établis. En revanche, le « motif » est un indicateur de motivation que je n'avais pas perçu comme aussi prégnant dans les équipes de nuit. J'avais effectivement remarqué que parfois la motivation était plus induite par les compensations que par l'activité de nuit. Je n'aurai pas eu l'idée d'en faire un indicateur de motivation alors que cette étude me révèle un indice précieux de cartographie motivationnelle. Très utile dans les projets, c'est un outil que je suis ravie d'avoir

dégagé de ce travail. Il me servira à repérer le personnel à cibler en priorité pour adhérer aux décisions, même s'il ne donne pas à lui seul une expertise définitive.

Par ailleurs, bien que la communication et l'information soit identifiées à l'unanimité comme des leviers de management dans l'accompagnement aux projets, je m'attendais à plus de détails dans les descriptions de l'information. Notamment sur le support pour avoir plus de pistes d'amélioration sur la transmission de l'information, au niveau verbal, peu ont détaillé leur manière de communiquer : répétition, choix des mots et du bon moment.

En termes d'accompagnement, de nombreux leviers ont été déterminés. Je ne m'attendais pas à autant de conclusions. La communication, la verbalisation, les différents supports sont des leviers permettant de donner du sens aux changements. La valorisation de l'agent, la marge de manœuvre de l'équipe et la place qu'on laisse au groupe permettent de créer une dynamique et retrouver un bon équilibre. L'ensemble de ces leviers identifiés abaissent les résistances et favorise l'adhésion et l'implication dans les évolutions institutionnelles.

L'hypothèse a donc bien été validée. Elle aurait été utilisable si les conditions de l'enquête avaient été plus représentatives.

Je note que les cadres de nuit disent se débrouiller souvent seuls et ne pas bénéficier de formations pour les aider dans leur management. L'institution profiterait des bienfaits de la formation des cadres de santé à la communication et à l'accompagnement des projets, autant dans la rationalisation de sa politique que dans la valorisation de la qualification de son personnel.

Le cadre de santé de nuit doit faire preuve de qualités relationnelles majeures. Sa communication doit être soignée afin d'accompagner ses équipes notamment dans les changements induits par les projets professionnels

Enfin, la communication est un domaine très vaste. La communication verbale n'ayant que 7% d'impact sur la transmission du message, il serait intéressant d'enrichir et de compléter cette étude sur la communication non-verbale. Cela permettrait de déterminer l'ensemble des leviers de la communication qu'il est possible d'utiliser dans l'adhésion et l'accompagnement des équipes dans les projets institutionnels.

A. MERHABIAN précise que la communication verbale est fusionnelle avec la communication non-verbale pour tisser des liens d'une personne à l'autre. Quel est le lien que cette communication peut tisser entre le cadre et son équipe dans l'accompagnement aux changements institutionnels ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- AKOUIN André, La communication démocratique et son destin, édition PUF, 1994
- AMADO Gilles et GUITTET André, Dynamique de communication dans les groupes, édition Armand COLIN, 2017, p5-6, p49, p78, p83
- B. ROSENBERG Marshall, Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs), initiation à la communication non violente, édition La Découverte, 2016, p26, p265
- BEAUD Stéphane et WEBER Florence, Guide de l'enquête de terrain, Paris, édition la découverte, 2003, p290
- BERNOUX Philippe, La sociologie des organisations, édition Points, collection Points essais, 2014, p248
- BOURRET Paule, Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible, édition Seli Arslam, 2014
- CROZIER Michel & FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système, édition Seuil, 1977, p11, p23, p24, p386, p388, p 392, p408, p440
- Dictionnaire de sociologie, édition Robert Seuil, 1999
- Dictionnaire Larousse et Oxford English dictionary
- GROSJEAN Michèle et LACOSTE Michèle, Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, édition PUF Presses Universitaires de France, 1999, p13, p16, p19, p22
- MILGRAM Stanley, Soumission à l'autorité, édition Pluriel, 2018, p231
- MINTZBERG Henry, Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre, édition Groupe Eyrolles, 1984, p51, p57, p 62, p164-165, p232-233
- NERE Jean Jacques, Le management de projet, Que sais-je ? édition PUF, 2006, p7, p9, p52, p53
- PERRAUT SOLIVERES Anne, Infirmières, le savoir de la nuit, édition PUF Presses Universitaires de France, 2001, p8, p23, p49
- Que sais-je ? Esthétique de la communication, édition PUF Presses Universitaires de France, novembre 1997, p3, p 7, p67, p69
- SARTRES Jean-Paul, Critique de la dialectique, 1960
- THEBAUD-MONY Annie, Philippe DAVEZIES Philippe, VOGEL Laurent, VOLKOFF Serge, Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner, édition La Découverte, Paris, 2015, p241

Documents extraits de sites internet

Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions
[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1038.pdf

PERRAUT SOLIVERES Anne, La nuit et l'institution, un mépris partagé

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-95.htm>

RANDON Sophie, BARET Christophe, PRIOUL Christine, La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-9-page-133.htm>

FAES Hubert, Le sens du travail

[Consulté le 16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-transversalites-2011-4-page-25.htm>

VERCAUTEREN Richard, CONNANGLE Sylvain, Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels du travail

[Consulté les 9,16 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2006-1-page-133.htm>

Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets, p82

[Consulté en janvier 2018]

Disponible: <http://www.cairn.info/revue-humanisme-et-entreprise-2010-1-page-81.htm>

ORAN SAADA CHOUGRANI, SALAH OUHADJ ET FOUZIA AGAG

Évaluation du système d'information hospitalier de l'Établissement hospitalier universitaire

[Consulté le 17 Mars 2019]

Disponible: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-5-page-617.htm>

La répartition des hommes et des femmes par métier

[Consulté le 24 Février 2019]

Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050>

Le travail de nuit

[Consulté le 24 Février 2019]

Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr>

Dictionnaire Larousse

[Consulté les 14, 24 Février, 9,10 Mars 2019]

Disponible: [https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/\(nuit-circadien-communication-information-changement-résistance-accompagnement\)](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/(nuit-circadien-communication-information-changement-résistance-accompagnement))

INSERM Chronobiologie

[Consulté le 25 Février 2019]

Disponible: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/chronobiologie>

INRS le travail de nuit et le travail posté

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206305>

INRS rapport « grossesse et travail »

[Consulté le 03 Mars 2019]

Disponible: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TD%20170>

Classification internationale des troubles du sommeil

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible: <http://www.sfrms-sommeil.org/classification-internationale-des-pathologies-du-sommeil/>

SFRMS argumentaire « Surveillance des travailleurs postés et/ou de nuit » octobre 2013, label de la HAS

[Consulté le 02 Mars 2019]
Disponible: <http://www.sfrms-sommeil.org/recommandations/les-recommandations-sommeil/>

IARC

[Consulté le 02 Mars 2019]
Disponible: <https://www.iarc.fr/fr/a-propos-du-circ/>

Recommandation de sommeil octobre 2013, argumentaire, label de la HAS p58
[Consulté le 02 Mars 2019]
Disponible: <http://www.sfrms-sommeil.org/recommandations/les-recommandations-sommeil>

PERRAUT SOLIVERES Anne, La nuit et l'institution, un mépris partagé
[Consulté le 09 Mars 2019]
Disponible: https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=GS_116_0095&contenu=plan#s1n2

La communication verbale et non verbale
[Consulté le 16 Mars 2019]
Disponible: https://www.strategiesdesantementale.com/mmhm/pdf/Articles/La_communication_verbale_et_non_verbale.pdf

Les 5 facteurs de résistance au changement
[Consulté le 10 Mars 2019]
Disponible: <https://cadredesante.com/spip/profession/management/article/le-terme-de-resistance-au-changement-designe>

PAUL Maela, Article de l'ouvrage « accompagnement », 2009
[Consulté le 10 Mars 2019]
Disponible: <https://www.cairn.info/l-abc-de-la-vae--9782749211091-page-53.htm?contenu=article>

PAUL Maela, Le concept d'accompagnement, 2004
[Consulté le 10 Mars 2019]
Disponible: http://a.pdc.free.fr/IMG/pdf/_Le_concept_d_accompagnement_MAECLA_PAUL.pdf

Les entretiens de recherche
[Consulté le 7 Avril 2019]
Disponible: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23.htm>

BEDOIN Diane et SCHELLES Régine, s'exprimer sans se faire comprendre, chap. 6, transcription, interprétation et restitution,
[Consulté Le 6 Avril 2019]
Disponible: <https://www.cairn.info/s-exprimer-et-se-faire-comprendre--9782749248486-page-135.htm>

Revues

Revue Soins Cadres, Septembre 2015, supplément au n°95, p S 12, 15

Textes de lois

- Journal officiel : JO L 299/9 du 18.11.2005
- Constitution du 4 Octobre 1958
- Les directives communautaires, 9 Février 1976, 76/207/CEE,
- Les ordonnances Macron 2017-2018

- Directive 93/104/CE du conseil du 23 novembre 1993 concernant l'aménagement du temps de travail.
- Journal Officiel n°L307 du 13/12/1993. p.18-24
- Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Articles

- LANDIER Hubert, « Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets », Humanisme et Entreprise, 2010/1 n° 296, p. 81-91. DOI : 10.3917/hume.296.0081

Films

- LEFEBVRE-QUENNEL Carine, nuits blanches à l'hôpital, 2003

Mémoires

- DE SOUSA AROUJO Juliette, « Soignant hier...Manager demain, Comment s'accompagne la transition ? », mémoire de fin d'études IFCS Ecole Supérieure de Montsouris, année 2017-2018
- NUNES Thérèse, « NUIT & JOUR, Une seule et même équipe : Rêve ou réalité ? », mémoire de fin d'études IFCS Ecole Supérieure de Montsouris, année 2015-2016
- BOUTAYBI Jamila, « Dans les méandres de la nuit, se construit une identité professionnelle...Faisant fonction cadre de nuit, avec quels moyens ? », mémoire de fin d'études IFCS Ecole Supérieure de Montsouris, année 2013-2014

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Entretiens exploratoires pour construire la problématique - Décembre 2018

Annexe 2 : Principales dispositions législatives concernant le travail de nuit

Annexe 3 : La législation du travail de nuit

Annexe 4 : Les troubles du cycle circadien du personnel de nuit

Annexe 5 : Surveillance médico-professionnelle des travailleurs de nuit et recommandations

Annexe 6: Recommandations pour l'hygiène de vie des travailleurs de nuit et législation

Annexe 7 : Dispositif expérimental - Kurt LEWIN - 1947a et 1947b

Annexe 8 : Expérience de Stanley MILGRAM sur la soumission à l'autorité- entre 1960 et 1963

Annexe 9 : Entretiens cadres de santé de nuit – Enquête de terrain- Mars 2019

Résumé/Abstract

<p style="text-align: center;">ENTRETIENS CADRES DE SANTÉ DE NUIT ENTRETIENS EXPLORATOIRES POUR CONSTRUIRE LA PROBLÉMATIQUE Décembre 2018</p>

1. Quels sont selon vous les principaux leviers du management de nuit ?
2. La communication vous semble-t-elle stratégique dans le management de nuit ? si oui pourquoi ?
3. Quel type de communication vous paraît-il pertinent de développer ?
4. Quelle place donneriez-vous à la communication pour obtenir une bonne cohésion d'équipe ? Sous quelle forme ?

Annexe 2

Principales dispositions législatives concernant le travail de nuit

- **Directive 2003/88/CE** du Parlement européen et du Conseil, du 4 novembre 2003, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (Entrée en vigueur : 2.8.2004 ; Journal officiel : JO L 299/9 du 18.11.2005) La directive fixe les prescriptions minimales générales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail. Elle vise en outre les périodes de repos journalier, les temps de pause, les repos hebdomadaires de travail, les congés annuels, ainsi que certains aspects du travail de nuit et du travail posté. Des dispositions sectorielles existent pour le transport routier, les activités en mer et l'aviation civile.

- **Code du Travail Article L3122-42** Tout travailleur de nuit bénéficie, avant son affectation sur un poste de nuit et à intervalles réguliers d'une durée ne pouvant excéder six mois par la suite, d'une surveillance médicale particulière dont les conditions d'application sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

- **Code du Travail Article L3122-29** Tout travail entre 21 heures et 6 heures est considéré comme travail de nuit. Une autre période de neuf heures consécutives, comprise entre 21 heures et 7 heures incluant, en tout état de cause, l'intervalle compris entre 24 heures et 5 heures, peut être substituée à la période mentionnée au premier alinéa par une convention ou un accord collectif de travail étendu ou un accord d'entreprise ou d'établissement. A défaut d'accord et lorsque les caractéristiques particulières de l'activité de l'entreprise le justifient, cette substitution peut être autorisée par l'inspecteur du travail après consultation des délégués syndicaux et avis du comité d'entreprise ou des délégués du personnel s'il en existe.

- **Code du Travail Article L3122-30** Par dérogation aux dispositions de l'article L. 3122-29, pour les activités de production rédactionnelle et industrielle de presse, de radio, de télévision, de production et d'exploitation cinématographiques, de spectacles vivants et de discothèque, la période de travail de nuit est fixée entre 24 heures et 7 heures. Une autre période de travail de nuit peut être fixée par une convention ou un accord collectif de branche étendu, un accord d'entreprise ou d'établissement. Cette période de substitution devra comprendre en tout état de cause l'intervalle compris entre 24 heures et 5 heures.

- **Code du Travail Article L3122-31** Est considéré comme travailleur de nuit tout travailleur qui : 1° Soit accompli, au moins deux fois par semaine, selon son horaire de travail habituel, au moins trois heures de son temps de travail quotidien durant la période définie à l'article L. 3122-29 ou à l'article L. 3122-30 ; 2° Soit accompli, au cours d'une période de référence, un nombre minimal d'heures de travail de nuit au sens de ces mêmes articles. Le nombre minimal d'heures de travail de nuit et la période de référence mentionnés au 2° sont fixés par convention ou accord collectif de travail étendu ou, à défaut, par décret en Conseil d'Etat pris après consultation des organisations représentatives au niveau national des employeurs et des salariés.

- **Code du Travail Article R3122-8** (Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)) En l'absence de définition par une convention ou accord collectif de travail étendu, est considéré comme travailleur de nuit, au sens de l'article L. 3122-31, le travailleur qui accomplit, pendant une période de douze mois consécutifs, deux cent soixante dix heures de travail.

217

- **Code du Travail Article L3122-32** Le recours au travail de nuit est exceptionnel. Il prend en compte les impératifs de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs et est justifié par la nécessité d'assurer la continuité de l'activité économique ou des services d'utilité sociale.

- **Code du Travail Article L3122-33** La mise en place dans une entreprise ou un établissement du travail de nuit au sens de l'article L. 3122-31 ou son extension à de nouvelles catégories de salariés sont subordonnées à la conclusion préalable d'une convention ou d'un accord collectif de branche étendu ou d'un accord d'entreprise ou d'établissement. Cette convention ou cet accord collectif comporte les justifications du recours au travail de nuit mentionnées à l'article L. 3122-32.

- **Code du Travail Article L3122-34** La durée quotidienne du travail accompli par un travailleur de nuit ne peut excéder huit heures. Il peut être dérogé à ces dispositions par convention ou accord collectif de branche étendu ou par convention ou accord d'entreprise ou d'établissement, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, ou lorsqu'il est fait application des dispositions des articles L. 3132-16 et suivants relatifs aux équipes de suppléance. Il peut également être dérogé aux dispositions du premier alinéa en cas de circonstances exceptionnelles, sur autorisation de l'inspecteur du travail donnée après consultation des délégués syndicaux et après avis du comité d'entreprise ou des délégués du personnel s'il en existe, selon des modalités déterminées par le décret mentionné au deuxième alinéa.

- **Code du Travail Article L3122-35** La durée hebdomadaire de travail des travailleurs de nuit, calculée sur une période quelconque de douze semaines consécutives, ne peut dépasser quarante heures. Une convention ou un accord de branche étendu ou une convention ou un accord d'entreprise ou d'établissement peut porter cette limite à quarante-quatre heures lorsque les caractéristiques propres à l'activité d'un secteur le justifient. Un décret peut également fixer la liste des secteurs pour lesquels cette durée est fixée entre quarante et quarante-quatre heures.

- **Code du Travail Article L3122-36** Par dérogation aux dispositions de l'article L. 3122-33, à défaut de convention ou d'accord collectif de travail et à condition que l'employeur ait engagé sérieusement et loyalement des négociations tendant à la conclusion d'un tel accord, les travailleurs peuvent être affectés à des postes de nuit sur autorisation de l'inspecteur du travail accordée notamment après vérification des contreparties qui leur seront accordées au titre de l'obligation définie à l'article L. 3122-39, de l'existence de temps de pause et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. L'engagement de négociations loyales et sérieuses implique pour l'employeur d'avoir : 1° Convoqué à la négociation les organisations syndicales représentatives dans

l'entreprise et fixé le lieu et le calendrier des réunions ; 2° Communiqué les informations nécessaires leur permettant de négocier en toute connaissance de cause ; 3° Répondu aux éventuelles propositions des organisations syndicales.

- **Code du Travail Article L3122-37** Lorsque le travail de nuit est incompatible avec des obligations familiales impérieuses, notamment avec la garde d'un enfant ou la prise en charge d'une personne dépendante, le salarié peut refuser d'accepter ce changement sans que ce refus constitue une faute ou un motif de licenciement.

- **Code du Travail Article L3122-38** Le médecin du travail est consulté avant toute décision importante relative à la mise en place ou à la modification de l'organisation du travail de nuit. Les conditions d'application de cette consultation sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

- **Code du Travail Article L3163-1** Pour l'application du présent chapitre, est considéré comme travail de nuit : 1° Pour les jeunes travailleurs de plus de seize ans et de moins de dix-huit ans, tout travail entre 22 heures et 6 heures ; 2° Pour les jeunes travailleurs de moins de seize ans, tout travail entre 20 heures et 6 heures.

- **Code du Travail Article L3163-2** Le travail de nuit est interdit pour les jeunes travailleurs. Pour les jeunes salariés des établissements commerciaux et de ceux du spectacle, des dérogations peuvent être accordées, à titre exceptionnel, par l'inspecteur du travail. Un décret en Conseil d'Etat détermine en outre la liste des secteurs pour lesquels les caractéristiques particulières de l'activité justifient une dérogation. Une convention ou un accord collectif de travail étendu ou une convention ou un accord d'entreprise ou d'établissement peut définir les conditions dans lesquelles cette autorisation peut être accordée dans ces secteurs. Il ne peut être accordé de dérogation entre minuit et 4 heures, sous réserve des cas d'extrême urgence prévus à l'article L. 3163-3. Il ne peut être accordé de dérogation pour l'emploi de mineurs de moins de seize ans que s'il s'agit de ceux mentionnés à l'article L. 7124-1 dans les entreprises de spectacle, de cinéma, de radiophonie, de télévision ou d'enregistrements sonores.

- **Code du Travail Article L3163-3** En cas d'extrême urgence, si des travailleurs adultes ne sont pas disponibles, il peut être dérogé aux dispositions des articles L. 3163-1 et L. 3163-2, en ce qui concerne les jeunes travailleurs de seize à dix-huit ans, pour des travaux passagers destinés à prévenir des accidents imminents ou à réparer les conséquences des accidents survenus. Une période équivalente de repos compensateur leur est accordée dans un délai de trois semaines.

- **Code du Travail Article L4121-3-1** Pour chaque travailleur exposé à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels déterminés par décret et liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, l'employeur consigne dans une fiche, selon des modalités déterminées par décret, les conditions de pénibilité auxquelles le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire ces facteurs durant cette période. Cette fiche individuelle est établie en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3. Elle est communiquée au service de santé au travail qui la transmet au médecin du travail. Elle complète le dossier médical en santé au travail de chaque travailleur. Elle précise de manière apparente et claire le droit pour tout salarié de demander la rectification des informations contenues dans ce document. Le modèle de cette fiche est fixé par arrêté du ministre chargé du travail après avis du Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Une copie de cette fiche est remise au travailleur à son départ de l'établissement, en cas d'arrêt de travail excédant une durée fixée par décret ou de déclaration de maladie professionnelle. Les informations contenues dans ce document sont confidentielles et ne peuvent pas être communiquées à un autre employeur auprès duquel le travailleur sollicite un emploi. En cas de décès du travailleur, ses ayants droit peuvent obtenir cette copie.

- **Code du Travail Article L1225-9** La salariée en état de grossesse médicalement constaté ou ayant accouché, qui travaille de nuit dans les conditions déterminées à l'article L. 3122-31, est affectée sur sa demande à un poste de jour pendant la durée de sa grossesse et pendant la période du congé postnatal. Elle est également affectée à un poste de jour pendant la durée de sa grossesse lorsque le médecin du travail constate par écrit que le poste de nuit est incompatible avec son état. Cette période peut être prolongée pendant le congé postnatal et après son retour de ce congé pour une durée n'excédant pas un mois lorsque le médecin du travail constate par écrit que le poste de nuit est incompatible avec son état. L'affectation dans un autre établissement est subordonnée à l'accord de la salariée. Le changement d'affectation n'entraîne aucune diminution de la rémunération.

- **Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002** Décret relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- **Article L3122-15 Modifié par Ordonnance n°2017-1387 du 22 septembre 2017 - art. 32** Un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, une convention ou un accord collectif de branche peut mettre en place, dans une entreprise ou un établissement, le travail de nuit, au sens de l'article L. 3122-5, ou l'étendre à de nouvelles catégories de salariés.

Cette convention ou cet accord collectif prévoit :

1° Les justifications du recours au travail de nuit mentionnées à l'article L. 3122-1 ;

2° La définition de la période de travail de nuit, dans les limites mentionnées aux articles L. 3122-2 et L. 3122-3 ;

3° Une contrepartie sous forme de repos compensateur et, le cas échéant, sous forme de compensation salariale ;

4° Des mesures destinées à améliorer les conditions de travail des salariés ;

5° Des mesures destinées à faciliter, pour ces mêmes salariés, l'articulation de leur activité professionnelle nocturne avec leur vie personnelle et avec l'exercice de responsabilités familiales et sociales, concernant notamment les moyens de transport ;

6° Des mesures destinées à assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, notamment par l'accès à la formation

7° L'organisation des temps de pause

Cette convention ou cet accord collectif est présumé négocié et conclu conformément aux dispositions de l'article L. 3122-1.

Annexe 3

LA LÉGISLATION DU TRAVAIL DE NUIT

La loi du 2 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles et de femmes dans les établissements industriels interdit le travail de nuit des femmes dans l'industrie, notamment par rapport à des critères de dangerosité des travaux la nuit.

Pourtant, en date du 9 Février 1976, les directives communautaires, 76/207/CEE, stipulent clairement la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation, à la promotion professionnelle et aux conditions de travail.

En 1983, c'est la loi n° 83-635 du 13 juillet 1983, dite Roudy sur la parité homme-femme. Elle portera la première, réforme au code du travail et du code pénal en application de ces directives européennes et réaffirme ce principe d'égalité entre les femmes et les hommes, notamment dans le champ professionnel : recrutement, rémunération, promotion ou formation. Le travail de nuit n'est pas encore légiféré pour les femmes.

Il aura fallu attendre 2001, pour que la législation de la nuit soit en conformité avec les droits européens. C'est alors que la loi du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes¹¹⁵ vient modifier le code du travail. Elle encadre le travail de nuit dans sa dimension exceptionnelle, dans sa durée, dans la surveillance médicale renforcée du personnel ou encore dans la protection de la femme enceinte. Elle mentionne des mesures protectrices et lève l'interdiction du travail de nuit des femmes. Elle fixe notamment le temps de travail comme toute activité professionnelle exercée entre 21h et 6h, antérieurement entre 21h et 5h.

Le travail de nuit étant accessible à tous, la réglementation est réétudiée régulièrement, la législation intervient notamment sur les conditions, les temps de travail, la pénibilité. Le code du travail émet cependant une close ferme au travail de nuit, il ne peut pas se faire sans motif et en vertu de l'article L3122-32, il doit être « justifié pas la nécessité d'assurer la continuité de l'activité économique ou des services d'utilité sociale ». D'ailleurs, si les conventions collectives dans le privé gèrent les modalités du travail de nuit, le code du travail reste prioritaire dans la définition des grandes lignes.

En 2002, c'est le décret du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements, qui reformalise le temps de travail de nuit. Il est dorénavant porté à 1470h par an et non plus 1560. Soit 32h30 pour le personnel de nuit contre 35h pour la durée hebdomadaire légale. Cette disposition sera signée et effective au 1^{er} Janvier 2004.

Le décret du 3 mai 2002 met en place une surveillance médicale renforcée pour les travailleurs de nuit.

⇒ En 2002, l'INSEE (l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques) met en place des EEC¹¹⁶ (Enquêtes Emplois en Continu) dans le cadre des enquêtes « Forces de travail » établies au niveau Européen : « Labour Force Survey¹¹⁷ »

⇒ En 2005, La DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques) du Ministère de l'emploi et de la solidarité est la première enquête complémentaire sur le travail de nuit à la nouvelle enquête Emploi en continu. Les résultats de cette enquête¹¹⁸ sur la période 1991-2002 « travail de nuit et du soir : une progression plus rapide pour les hommes que pour les femmes » révèle une augmentation significative du travail de nuit des femmes dans l'industrie. En 2002, 14,3% des salariés travaillaient de nuit (20,3% des hommes et 7,3% des femmes) contre 13% en 1991 (18,7% des hommes et 5,8% des femmes).

La législation du travail se poursuit et se renforce en faveur des directives européennes et en 2006, la loi du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes statue sur la fin des différences salariales entre les hommes et les femmes y compris la nuit.

¹¹⁵ Le travail de nuit

[Consulté le 24 Février 2019]

Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr>

¹¹⁶ Le travail de nuit

[Consulté le 03 Mars 2019]

Disponible: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1223>

¹¹⁷ Labour Force Survey

[Consulté le 03 Mars 2019]

Disponible: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-labour-force-survey>

¹¹⁸ Chronobiologie

[Consulté le 03 Mars 2019]

Disponible: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/travail-de-nuit-et-du-soir-depuis-dix-ans>

⇒ En Juillet 2010, le CESE (Conseil Economique et Environnemental) présente à l'assemblée un rapport sur les impacts du travail de nuit intitulé « le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés »¹¹⁹. Il y met en évidence des effets néfastes sur la santé et l'incidence sur les conditions de travail.

⇒ Cette même année, en juillet 2010, la création de l'ANSES (Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire, de l'Environnement et du Travail), va permettre l'avancée en parallèle des études sur les conditions de travail de nuit et les risques que cela engendre chez les salariés. De nombreux rapports¹²⁰ évoquent les risques sanitaires des travailleurs de nuit. Ils font des liens entre les troubles du cycle de sommeil et le cancer du sein chez la femme, entre la baisse du sommeil et la vigilance. Ils soulèvent notamment des risques d'accidents et des risques de troubles métaboliques et cardiovasculaires en relation avec à un dérèglement du cycle circadien.

Ensuite, la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites impose de nouvelles obligations à l'employeur dont celle d'identifier les situations de pénibilité dans l'entreprise. Les décrets R 4121-1 du 4 au 30 mars 2011 identifient 10 situations de travail reconnu pour leur pénibilité, dont le travail de nuit et le travail en équipes successives alternantes. Dans ce cadre, il est prévu que le dossier médical en santé au travail fasse mention de la pénibilité du poste occupé via une fiche individuelle d'exposition à des conditions de pénibilité remplie par l'employeur et remise à l'employé.

⇒ En 2014, une étude de la DARES, sur « le travail de nuit en 2012 »¹²¹ montre que le travail de nuit est exclusivement concentré dans les métiers du secteur tertiaire, dans les métiers de service, dont 30% dans la fonction publique. Les infirmières et les aides-soignantes sont dans les 5 professions identifiées comme étant les plus concernées par le travail de nuit. 90 % de ces emplois sont occupés par des femmes. Les 3 autres étant les policiers, les militaires et les ouvriers des industries de process. En 2012, il est identifié que 15,4 % des salariés (21,5 % des hommes et 9,3 % des femmes), soit 3,5 millions de personnes, travaillent la nuit. Soit 1 million de salariés de plus qu'en 1991, avec une augmentation particulièrement importante chez les femmes, et ce depuis la loi de 2001.

En 2015, le projet de loi Macron, ayant recours à l'article 49.3 de la Constitution, a été adopté par l'assemblée le 10 Juillet sans motion de censure. Il porte notamment modification au travail de nuit en autorisant les zones touristiques dans un contexte commercial, à travailler de 21h à 24h, moyennant une rémunération doublée.

Par la suite, la loi Travail, du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, dite aussi loi El Khomri, modifie le code du travail, notamment les articles L1225-9 relatif à la femme enceinte et L1225-11 relatif à différentes mesures individuelles pour le travail de nuit. Elle est entrée en vigueur le 10 Aout 2016 et s'ouvre sur le dialogue social, révisé la formation et le temps de travail. Au regard du travail de nuit, l'article 115 met en avant les obligations de l'employeur en matière de sécurité et de santé au travail, il revoit la place et revalorise le rôle de la médecine du travail en repensant sa modernisation.

Et enfin, la réforme 2017-2018 du Code du travail a été l'une des priorités du président de la république. Les 5 Ordonnances Macron du 22 septembre 2017 relatives à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail modifient l'article L3122-15 du code du travail en vertu duquel le dialogue social est renforcé et les relations de travail révisées. L'ordonnance n° 2017-1389 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, reconnaît notamment la pénibilité du travail de nuit comme étant un facteur de risque professionnel. Il ouvre droit, dans le secteur privé, à un compte professionnel de prévention qui succède au compte de pénibilité précédemment mis en place en 2016 mais trop fastidieux.

Le travail de nuit est le premier critère utilisé par les bénéficiaires du compte professionnel de prévention. Pour faire valoir ce droit, il faut travailler au minimum 120 nuits pas an avec une plage horaire entre 21h et 5h du matin.

¹¹⁹ CESE travail sur les impacts du travail de nuit

[Consulté le 03 Mars 2019]

Disponible: <https://www.lecese.fr/travaux-publics/le-travail-de-nuit-impact-sur-les-conditions-de-travail-et-de-vie-des-salaries>

¹²⁰ ANSES

[Consulté le 03 Mars 2019]

Disponible: <https://www.anses.fr/fr/search/site/travail%20de%20nuit?iso1=fr&iso2=en>

¹²¹ Ministère du travail

[Consulté le 03 Mars 2019]

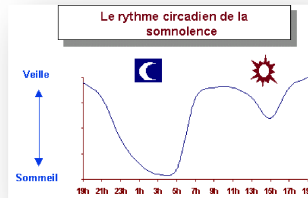
Disponible : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/le-travail-de-nuit-en-2012>

Annexe 4

LES TROUBLES DU CYCLE CIRCADIEN DU PERSONNEL DE NUIT

⌘ Les troubles de la somnolence

Les troubles du sommeil sont les plus significatifs. Lorsqu'ils apparaissent ils sont souvent révélateurs d'un trouble du rythme circadien.



Le cycle de somnolence

La SFRMS¹²² (Société Française de Recherche et de Médecine du Sommeil) a traduit en 2015, la 3^{ème} version de la classification internationale des troubles du sommeil, ICSD, « International Classification of Sleep Disorders » de l'AASM (Académie Américaine de la Médecine du Sommeil) :

Les troubles des rythmes circadiens du sommeil les plus fréquents sont :

- L'avance de phase : endormissement tôt et réveil tôt, ex : 20h-4h (personnes âgées)
- Le retard de phase : endormissement tard et réveil tard, ex : 3h- 11h (jeunes à la puberté)
- Le libre court : horloge interne non synchronisée en l'absence d'œil fonctionnel et de lumière (personnes aveugles). Les horloges périphériques prennent le relai mais de façons désynchronisées. Le sommeil est décalé tous les jours, rarement nocturne et de bonne qualité.

Elle confirme les troubles du sommeil induits par le travail de nuit dans l'argumentaire¹²³ de ses recommandations des bonnes pratiques issu d'enquêtes. Elle met en évidence que le poste de nuit réduit le temps de sommeil de 2 à 4 heures ce qui aboutit, avec le temps, à une privation chronique de sommeil.

Il est précisé aussi que ces enquêtes peuvent être biaisées par l'« effet travailleur sain » prouvé d'une population au travail en meilleure santé que la population générale.

Le cycle du sommeil étant affecté, cela se manifeste aussi par des épisodes involontaires de sommeil pendant des périodes d'éveil. Le travailleur de nuit est sujet à la somnolence et à une baisse de vigilance.

Par ailleurs, l'insomnie fait également partie des troubles du sommeil. Elle fait l'objet d'une classification internationale des troubles du sommeil (ICSD, International Classification of Sleep Disorders) :

- Difficulté d'endormissement et/ou éveils nocturnes, difficultés à se rendormir, réveil précoce le matin, sommeil non récupérateur
- Trouble du sommeil au moins 3 fois en 1 mois
- Trouble du sommeil qui engendre des conséquences physiques le lendemain : fatigue, trouble de l'attention, de l'humeur, de l'énergie, avec une majoration des erreurs.

Les analyses des données disponibles ne permettent pas réellement de conclure sur une association entre le travail de nuit et une augmentation du risque d'insomnie, même si le sommeil des travailleurs de nuit se trouve pourtant perturbé dans la majorité des cas.

¹²² Classification internationale des troubles du sommeil

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible:<http://www.sfrms-sommeil.org/classification-internationale-des-pathologies-du-sommeil/>

¹²³SFRMS argumentaire « Surveillance des travailleurs postés et/ou de nuit » octobre 2013, label de la HAS

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible:<http://www.sfrms-sommeil.org/recommandations/les-recommandations-sommeil/>

⌘ Les troubles cardiovasculaires et endocriniens

Les troubles sont directement visés par le manque de sommeil et les dérèglements circadiens, notamment hormonaux qui sont susceptibles de majorer les facteurs de risques cardiovasculaires.

Certains liens sont faits entre une augmentation de la tension artérielle et une durée de sommeil inférieure à 5h via la dérégulation du système nerveux autonome. Des études comportementales ont montré que le travail de nuit, diminuant la qualité et la quantité de sommeil, augmenterait la consommation de tabac, favoriserait la prise de poids et l'inactivité. Ceci favorisant le développement de l'athérosclérose et du diabète type II et des maladies cardiovasculaires. De plus, au niveau psychosocial, le travail de nuit induirait un stress lié au décalage horaire.

Les études n'ont cependant pas réellement confirmé ces hypothèses même si l'augmentation des facteurs de risque est avérée.

⌘ Une dérégulation circadienne cancérogène

Déjà en octobre 2007, les experts du CIRC¹²⁴ (ou IARC) (Centre International de Recherche sur le Cancer) conclu que « *le travail posté entraînant une dérégulation circadienne est probablement cancérogène pour l'homme* ». Ce rapport s'appuie notamment sur les résultats positifs de 6 études épidémiologiques sur 8, identifiant une augmentation modérée du risque de cancer du sein chez les travailleurs de nuit.

Il explique que la diminution de mélatonine du au trouble du cycle circadien, les perturbations des sécrétions corticosurréaliennes et du rythme thermique provoque une sécrétion anormale d'estrogènes propice au développement du cancer du sein. L'altération du système immunitaire est même évoqué au regard de la privation de sommeil. Le rapport « Cancer et environnement »¹²⁵, publié en 2008 par l'INSERM à la demande de l'AFSSET (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail), considère l'exposition à la lumière durant la nuit comme un facteur de risque avéré. Au Danemark, les travailleuses de nuits ayant des cancers du sein sont indemnisées. En 2009, sur 78 personnes travaillant la nuit, 38 femmes soit 51% travaillant depuis plus de 20 ans de nuit ont contracté un cancer du sein alors que leur risque était considéré comme faible. Un dépistage est d'ailleurs préconisé pour les femmes ayant travaillé plus de 10 ans de nuit.

Les résultats de l'argumentaire des « Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit » rapportent une augmentation de 40 à 51% du risque de survenue d'un cancer du sein chez les femmes en travail de nuit. Ce risque est classé comme probablement cancérogène par le CIRC mais ne justifie pas de dépistage organisé du cancer du sein.

Le cancer de la prostate attire aussi l'attention dans les études au regard d'une augmentation modérée du risque de cancer de la prostate lors du travail de nuit. Il en est de même pour le cancer colorectal mais les données sont insuffisantes pour parler de risques avérés.

⌘ Troubles gastroentérologiques

Le dérèglement des horloges périphériques de la digestion induit selon les enquêtes des preuves qui sont plutôt en faveur de développement modéré d'ulcère peptique en cas de travail de nuit.

⌘ Troubles des performances cognitives, de la santé mentale, de la qualité de vie et fatigue associée

La baisse des performances cognitives est avérée avec des troubles de la santé mentale et une préposition à la dépression et à l'anxiété. Une fatigue chronique est souvent associée.

⌘ Une dérégulation circadienne nocive pour la grossesse

L'INRS dans un contexte de travail sur la prévention des accidents a publié en 2010 un rapport « grossesse et travail »¹²⁶. L'étude met en confrontation les connaissances sur l'impact des expositions professionnelles et le déroulement de la grossesse et les effets sur l'enfant à naître.

Les experts ont conclu à un risque avéré d'avortement spontané en cas de travail de nuit et à une augmentation du risque de prématurité en cas d'horaires intensifs. En revanche les effets de dérèglement hormonaux sont discutés, cela nécessite des études plus ciblées sur la grossesse et le travail de nuit. Les résultats de l'argumentaire des « Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit », quand à lui, conclut au fait que le travail de nuit peut conduire à une augmentation modérée du risque d'avortement spontané ou d'accouchements prématurés. En revanche, aucun lien n'a pu être établi avec un poids faible du bébé à la naissance.

L'ensemble de ces troubles du cycle circadien engendre des conduites à risques inopinées chez les travailleurs de nuit, une fatigue chronique et fini par une altération de l'état psychique du travailleur de nuit à long terme.

¹²⁴ IARC

[Consulté le 02 Mars 2019]

Disponible: <https://www.iarc.fr/fr/a-propos-du-circ/>

¹²⁵ INSERM rapport « Cancer et environnement »

[Consulté le 03 Mars 2019]

Disponible: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/102?show=full>

¹²⁶ INRS rapport « grossesse et travail »

[Consulté le 03 Mars 2019]

Disponible: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TD%20170>

SURVEILLANCE MÉDICO-PROFESSIONNELLE DES TRAVAILLEURS DE NUIT ET RECOMMANDATIONS

1. Troubles du sommeil et de la vigilance liés au travail posté et/ou de nuit				
Situation ou type de risque	Éléments cliniques à surveiller lors de chaque visite médicale	Outils cliniques et/ou paracliniques d'évaluation recommandés	Périodicité recommandée pour l'utilisation des outils cliniques et/ou paracliniques	Mesures ou contre-mesures recommandées
Troubles du sommeil	- Temps de sommeil sur 24 heures - Troubles du sommeil	- Agenda du sommeil	- 1 ^{ère} visite médicale et en cas de plainte	- Maintien d'un temps de sommeil > à 7 heures par 24 heures et d'une bonne hygiène de sommeil - Privilégier des rythmes de rotations intermédiaires (4 à 5 jours) - Sieste courte (< à 30 minutes) - Exposition à la lumière avant et/ou en début de poste - Limitation de l'exposition à la lumière en fin de poste - Éviter les excitants
	- Typologie circadienne : Êtes-vous du "matin" ou "du soir" ? Êtes-vous court (< 6 heures) ou long (> 9 heures) dormeur ?	- Questionnaire de chronotype (questionnaire de Horne et Ostberg)	- Si besoin, afin de compléter l'évaluation clinique du chronotype	
Somnolence et risque accidentel	- Troubles de la vigilance	- Echelle de somnolence d'Epworth	- 1 ^{ère} visite médicale puis annuelle	- Rotations en sens horaire (matin, après-midi, nuit) - Temps maximum par poste de travail court (≤ à 8 heures) - Régularité des horaires et des rythmes de travail - Sieste courte (< à 30 minutes)
	- Accidents du travail et accidents de trajet	- Statistique horaire des accidents de travail et de trajet - Suivi des arrêts de travail	- Rapport d'activité annuel du médecin du travail	- Caféine uniquement en début de poste, avec respect des précautions cardiovasculaires - Exposition à la lumière avant et/ou en début de poste - Limitation de l'exposition à la lumière en fin de poste
2. Troubles spécifiques chez la femme liés au travail posté et/ou de nuit				
Situation ou type de risque	Éléments cliniques à surveiller	Outils cliniques et/ou paracliniques d'évaluation recommandés	Périodicité recommandée	Mesures ou contre-mesures recommandées
Cancer	- Cancer du sein	- Orientation vers le médecin assurant le suivi gynécologique	- Examen gynécologique annuel	- Informer du sur-risque de cancer du sein - S'assurer qu'un suivi gynécologique est réalisé
		- Attestation d'exposition en lien avec la réglementation sur la traçabilité des expositions	- Copie remise au salarié à son départ de l'établissement	
Grossesse	- Grossesse	- Suivi des visites de reprise après congé maternité - Suivi des arrêts pour congé maternité	- Rapport d'activité annuel du médecin du travail	- Informer des risques pour la grossesse (fausses couches spontanées, accouchements prématurés, retard de croissance intra-utérin) - Suivi gynécologique de la grossesse - Éviter le travail posté et de nuit après 12 semaines d'aménorrhée
3. Autres troubles liés au travail posté et/ou de nuit				
Situation ou type de risque	Éléments cliniques à surveiller		Mesures ou contre-mesures recommandées	
Troubles gastro-entérologiques	- Signes fonctionnels dyspeptiques - Syndrome ulcéreux		- Prise en charge spécialisée si besoin	
Troubles cardiovasculaires	- Consommation de tabac - Tension artérielle		- Consultation d'aide au sevrage tabagique - Concertation entre médecin du travail, médecin généraliste traitant et médecin spécialiste en cas de troubles cardiovasculaires	
Nutrition et métabolisme	- Poids, calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) - Activité physique - Alimentation (fréquence et modes de consommation alimentaire, consommation d'alcool)		- Activité physique régulière - Conserver 3 repas par 24 heures suivant les conseils du PNNS concernant les fréquences de consommation des groupes alimentaires	
Troubles psychiatriques	- Signes de dépression et/ou d'anxiété Echelle de dépression HAD (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>) si besoin et en fonction de la plainte du salarié		- Prise en charge spécialisée si besoin	

Annexe 6 :

RECOMMANDATIONS POUR L'HYGIÈNE DE VIE DES TRAVAILLEURS DE NUIT & LÉGISLATION

A titre indicatif, la SFRMS a identifié le profil du travailleur le plus adapté au travail de nuit, comme étant les hommes jeunes, de typologie circadienne « du soir ».

Selon le code du travail, la santé des salariés est au cœur des préoccupations et la Médecine du travail a été institutionnalisée en France par la loi du 10 Octobre 1946. Elle a pour objectif de prendre en charge les problèmes évoqués dans la relation travail-santé, notamment par le biais de la prévention des risques professionnels et des décisions d'aptitudes au travail. Il est amené à prêter attention et améliorer les conditions de vie au travail, l'ergonomie des travailleurs et leurs éventuelles pathologies.

Au regard du travail de nuit, la loi prévoit en son article **L 31122-38** du Code du travail, que le médecin du travail soit consulté avant toute décision importante relative à la mise en place ou à la modification de l'organisation du travail de nuit.

Vu le nombre de troubles occasionnés avérés, la législation a d'ailleurs opté pour une visite médicale bi-annuelle selon l'article **L 3122-42** du Code du travail. Une surveillance médicale est réglementairement nécessaire tous les 6 mois pour les travailleurs de nuit mais ce texte ne précise pas exactement le contenu de la visite. Ce texte donne un rôle majeur au médecin du travail dans la surveillance des travailleurs de nuit reconnus comme « sujets à risque ».

En termes de surveillance médicale, le décret du 3 mai 2002 comporte une section concernant la surveillance médicale des travailleurs de nuit qui précise que la surveillance médicale renforcée doit « *permettre au médecin du travail d'apprécier les conséquences éventuelles du travail de nuit sur la santé et la sécurité des salariés concernés, notamment du fait des modifications des rythmes biologiques, et d'en appréhender les répercussions potentielles sur leur vie sociale* ».

Le médecin du travail peut évaluer les troubles du sommeil chez les travailleurs de nuit par des interrogatoires sur leur horloge biologique de façon à déterminer s'ils sont plutôt du « matin » ou du « soir ». Avec un cycle court ou plutôt long. Evaluer le temps de sommeil insuffisant.

Un temps de sommeil quotidien supérieur à 7h sur 24h est recommandé.

L'information en termes de prévention est majeure.

Dans ses recommandations publiées en 2007, l'AASM (American Academy of Sleep Medecin) recommande une exposition à la lumière durant le poste de travail et une réduction de l'exposition à la lumière le matin quand cela est possible. Ses études ayant prouvées que cela contribue à diminuer la somnolence et améliorer la vigilance durant le travail de nuit.

Dans le même registre, les signes potentiels des symptômes dépressifs et anxieux chez ces travailleurs sont à déterminer.

Le dépistage pour le cancer du sein n'est pas envisagé mais la encore la prévention s'avère indispensable.

Il est recommandé que le médecin du travail porte une attention particulière sur le suivi gynécologique annuel et que leur gynécologue soit au fait de leurs horaires décalés pour une meilleure prise en charge. La notion d'ancienneté dans le poste est importante. Il est recommandé de faire un début de suivi pour celles qui ne se font pas suivre dès la 5^{ème} année de travail de nuit.

La personne enceinte doit être avertie des risques encourus et des précautions supplémentaires à prendre, elle doit avertir le médecin du travail dès la connaissance de sa grossesse. Il est d'ailleurs recommandé d'éviter le travail de nuit à partir de 12 semaines d'aménorrhée.

Elles sont protégées par la loi en vertu de **l'article L 122-25-1-1** qui stipule que les salariées enceintes ou venant d'accoucher bénéficient de mesures protectrices, à leur demande ou à la demande écrite du médecin du travail, elles seront affectées à un poste de jour pendant la durée de leur grossesse notamment, sans diminution de leur rémunération.

Il est également recommandé que le médecin calcule l'Indice de Masse Corporelle (IMC) à la première visite, puis le réévalue une fois par an. Cet indice, défini par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui ne met en relation que 2 variables, le poids et la taille, est simple à mesurer.

Un interrogatoire sur l'hygiène alimentaire et d'éventuel soucis digestifs est recommandé avec une évaluation de l'activité physique. Il est d'ailleurs recommandé d'informer les travailleurs de nuit de l'importance de garder 3 repas par jour selon les conseils du PNNS¹²⁷ (Programme National Nutrition Santé)

L'exposition à la lumière avant et au début de chaque prise poste est recommandée pour faciliter l'adaptation au travail de nuit. La limitation de l'exposition à la lumière en fin de poste est recommandée pour faciliter le sommeil.

Les études réalisées par la SFRMS rejoignent celles de l'AASM. Elles montrent que la lumière artificielle de haute intensité peut être une contre-mesure efficace aux troubles du sommeil et de la vigilance des de nuit. Toutefois, les études sont insuffisantes à l'heure actuelle pour recommander un matériel particulier d'exposition à la lumière artificielle (lampe de luminothérapie ou de photothérapie) ou d'évitement de la lumière (lunettes filtrantes).

Cependant les recommandations de l'AASM pour les travailleurs de nuit sont :

¹²⁷ PNNS

[Consulté le 08 Mars 2019]

Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>

Bright light (1 200 à 10 000 lux pendant 3 à 6 heures, arrêt 2 heures avant la fin du poste), administration de mélatonine qui améliore le sommeil et facilite l'adaptation mais n'a pas d'action sur la vigilance de nuit, siestes et caféine (250-400 mg) recommandés dans les 2 premières heures du poste, Modafinil 200 mg, 30 à 60 minutes avant la prise de poste : il améliore la vigilance, réduit le déficit neurocognitif, sans interférer sur le sommeil, mais ne permet pas de restaurer complètement la vigilance. Dans ses recommandations publiées en 2007, l'AASM recommandait même le recours à la caféine pour améliorer la vigilance durant le poste de nuit, après en avoir étudié les effets.

La caféine est présente dans de nombreux aliments, elle agit comme stimulant du système nerveux central et du métabolisme. Elle agit sur la vigilance et les performances cognitives. Elle modifie le sommeil et sa structure (allonge la latence d'endormissement, et diminue l'efficacité de sommeil). Sa demi-vie est d'environ 3-4h et un usage modéré est reconnu efficace dans le travail de nuit. Cependant l'étude ne met pas en évidence le lien avec une réduction du risque d'accident.

La sieste fait également parti des recommandations publiées en 2007, l'AASM. Planifiées avant et après la prise de poste de nuit, elle améliore la vigilance et les performances des travailleurs de nuit. La sieste diminue la somnolence et le risque accidentel lors du travail de nuit. Elle améliore les performances cognitives lors du travail de nuit. Mais il existe un phénomène d'inertie du sommeil¹²⁸ immédiatement après la sieste ce qui rend difficile la préconisation du repos pendant la durée du travail. Pourtant selon les experts une sieste courte (inférieure à 30 minutes) est recommandée en cas de travail de nuit. Elle peut être effectuée avant la prise de poste ou au cours des pauses durant le travail selon les possibilités.

Les enquêtes de la SFRMS recommandent aussi la sieste pour réduire les troubles de la vigilance et diminuer la somnolence chez les travailleurs de nuit.

En France, le recours à des stimulants tel que le Modafinil¹²⁹ ou des hypnotiques pour tenter de rétablir un sommeil « normal » n'a pas d'indication. Ce qui n'est pas le cas au Etats-Unis. En effets, les études de l'AASM les préconisent même en tant que recommandations. Le bénéfice de la mélatonine n'est pas non plus réellement avéré.

Une brochure d'information destinée au personnel de nuit reste le meilleur moyen en guise de prévention pour les troubles occasionnés, et les risques encourus.

En termes de prévention collective, les actions peuvent se mener via les IRP (Instances de Représentation de Personnel) ou via le CSE (Comité Social Économique) pour prévenir des risques d'accidents quels qu'ils soient.

OUTILS DE SURVEILLANCE

- ✓ L'agenda du sommeil est l'outil recommandé en 1ère intention dans le suivi des travailleurs de nuit. Il est recommandé de faire remplir l'agenda de sommeil sur une période correspondant au moins à 2 semaines de travail lors de la 1ère visite médicale puis de compléter cette période en fonction de la plainte du travailleur.
- ✓ L'actimétrie¹³⁰ est indiquée, lors des troubles du sommeil et de la vigilance en seconde intention, après l'agenda du sommeil, pour faire un diagnostic plus précis.
- ✓ La polysomnographie¹³¹ (PSG) enfin, est un outil d'aide précieux à la pose du diagnostic positif d'un trouble du rythme circadien du sommeil lié au travail de nuit.
- ✓ L'échelle d'Epworth (ESS), l'échelle de somnolence de Stanford (SSS) et l'échelle de somnolence de Karolinska (KSS) sont 3 échelles qui permettent d'évaluer la somnolence au cours de la période de veille.
- ✓ L'échelle de dépression HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) est indiquée pour dépister les risques de dépression.
- ✓ L'IMC permet de tracer une courbe de poids.
IMC= poids / (taille)²
Avec des normes telles que :
Poids normal : 18 kg/m² < IMC < 25 kg/m²
Surpoids : 25 kg/m² < IMC < 30 kg/m²
Obésité : IMC ≥ 30 kg/m² sachant qu'on distingue une obésité modérée (grade 1) avec un IMC entre 30 et 34,9 kg/m², sévère (grade 2) entre 35 et 39,9 kg/m² et morbide (grade 3) ≥ 40 kg/m².

¹²⁸ Inertie du sommeil : défaut des performances juste après la sieste au moment du réveil

¹²⁹ Modafinil : Médicament indiqué chez l'adulte dans le traitement de la somnolence diurne excessive associée à une narcolepsie avec ou sans cataplexie.

¹³⁰ Actimétrie : examen du cycle veille-sommeil réalisé avec à un actimètre, un petit appareil de la taille d'une montre qui se porte au poignet. A l'intérieur, un capteur piézo-électrique détecte les accélérations des mouvements. Cet examen se réalise en ambulatoire, sur une durée minimale de 7 jours. Il permet d'avoir une bonne représentation du cycle veille-sommeil et de la qualité du sommeil.

¹³¹ Polysomnographie : examen de référence pour étudier le sommeil. Il consiste à enregistrer pendant le sommeil plusieurs variables physiologiques (électroencéphalogramme, électro-oculogramme, électromyogramme, paramètres respiratoires).

Annexe 7

DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL - KURT LEWIN¹³² - 1947a et 1947b

Pour déterminer s'il faut réduire l'attachement des individus à la norme ou modifier la norme, Lewin a conduit aux États-Unis en 1943, une recherche qui repose sur un dispositif expérimental. Celle-ci visait à inciter les ménagères américaines à consommer des abats (dévalorisés à l'époque, car difficiles à conserver) afin d'éviter la pénurie des autres morceaux de viande.

L'objectif de cette recherche était de comprendre comment influencer le comportement d'un groupe, les ménagères américaines, pour les convaincre de modifier leurs habitudes de consommation.

Deux méthodes furent mobilisées auprès de clubs et d'associations féminines de petites villes américaines :

- La première consistait à donner des conférences qui mettaient en évidence les mérites nutritifs des abats (groupes 1)
- La seconde proposait aux femmes invitées, après une brève information, de discuter du problème en groupe sous la conduite d'un animateur (groupes 2)

Dans les 2 cas, l'expérience dura 45 minutes. Une vérification réalisée au domicile des ménagères une semaine après l'expérience montra que la consommation d'abats fut dix fois plus importante dans le deuxième groupe que dans le premier. Cette consommation a progressé de 3 % dans le premier groupe d'expérimentation comparée à 30 % dans le second groupe.

En s'appuyant sur ces résultats K. LEWIN confirme qu'il est plus efficace et plus facile de diminuer les résistances au changement en modifiant les normes sociales du groupe, qu'en réduisant l'attachement des individus à ces normes.

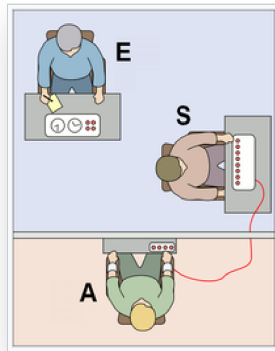
En effet, l'entretien individuel et la propagande de masse (groupes 1), laisse l'individu dans une situation solitaire et psychologiquement isolée face à lui-même, favorisant ainsi les phénomènes de résistance au changement. Or, pour K. LEWIN, l'expérience montre que ces résistances tiennent plus à des facteurs collectifs et affectifs (crainte de s'écarter des normes communes de son groupe d'appartenance) qu'à des facteurs individuels et rationnels. À l'inverse, la discussion et la prise de décision en commun (groupes 2) améliorent le degré d'implication des individus et peuvent susciter un mouvement collectif de changement des comportements au sein d'un groupe.

Toutes les expériences réalisées dans ce domaine vont dans le même sens. Même si l'on remplace l'exposé par un conseil individuel de même durée, l'effet de groupe reste largement dominant pour le changement. Le fait d'être en groupe, parce que celui-ci permet l'interaction sociale et cognitive, permet de produire une baisse de la résistance au changement et favoriser l'émergence de conduites nouvelles. De la même façon, un groupe adopte collectivement des solutions plus risquées à un problème donné, que ne le fait chacun des individus du même groupe pris séparément.

¹³² Dynamique des communications dans les groupes, Gilles AMADO et André GUITTET, éditions Armand Colin, 2017, p78

Annexe 8

EXPÉRIENCE DE STANLEY MILGRAM SUR LA SOUMISSION A L'AUTORITÉ¹³³ RÉALISÉE ENTRE 1960 ET 1963



L'expérimentateur (E) amène le sujet (S) à infliger des chocs électriques à un autre participant, l'apprenant (A), qui est en fait un acteur. La majorité des participants continuent à infliger les prétendus chocs jusqu'au maximum prévu (450 V) en dépit des plaintes de l'acteur

DEROULÉ DE L'EXPÉRIENCE¹³⁴

- ⌘ Un expérimentateur, un biologiste d'une trentaine d'année vêtu d'une blouse grise avec une expression plutôt sévère et impassible, demande au sujet d'effectuer une expérience de laboratoire sur un élève qui est, en fait, un comédien. L'expérience est sensée tester l'acquisition de connaissances par la punition, des chocs électriques allant jusqu'à 450volts. En fait, on teste la résistance du sujet à l'autorité, celle de l'expérimentateur.
- ⌘ On attache le faux élève sur une chaise électrique. On lui passe de la pommade pour éviter les brûlures et les ampoules. Le technicien rassure : « même si les chocs sont extrêmement douloureux, ils ne risquent pas de provoquer de lésions permanentes ».
- ⌘ L'expérience commence. Dans un premier temps, des couples de mots sont lus par série de 4. Puis, l'expérimentateur dit le premier terme. L'élève doit alors mentionner le terme associé. L'élève se trompe 3 fois sur 4 environ. A chaque erreur, le sujet doit infliger le choc électrique d'une intensité supérieure de 30 volts et ainsi de suite jusqu'à 450 volts. L'expérimentateur se contente de dire le protocole de l'expérience et incite à la poursuivre par 4 incitations graduées : « continuez, s'il vous plaît », « l'expérience exige que vous continuiez », « il est absolument indispensable que vous continuiez », « vous n'avez pas le choix, vous devez continuer ». Si le sujet refuse d'obéir à la 4^{ème} incitation, l'expérience prend fin. Le ton de voix est ferme et courtois.
- ⌘ Le comportement de l'élève est aussi protocolisé.
 - Vers 90-120 volts : il gémit
 - 130 volts : il pousse des hurlements
 - 150 volts : « je refuse de continuer »
 - 180 volts : « je ne peux plus supporter »
 - 270 volts : il crie d'agonie, il demande à être libéré de l'expérience
 - > 300 volts : il pousse des hurlements et refuse de répondre

Ce comportement très expressif de l'élève a été conçu à la suite des expériences pilotes qui montrèrent qu'en l'absence de feed-back très manifeste de la part de l'élève, la quasi-totalité des sujets poursuivaient l'expérience jusqu'à 450 volts ne permettant donc pas d'analyser le point de rupture avec l'autorité.

- ⌘ Une fois l'expérience achevée, un débriefing systématique avec les sujets est organisé pour leur apprendre la réalité de l'expérience et tenter d'analyser leur attitude

¹³³ Soumission à l'autorité, Stanley MILGRAM, édition Pluriel, septembre 2017

¹³⁴ La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et action, Jean Paul DUMOND, maître de conférences habilité à diriger des recherches, université Paris-Est Créteil, Institut de Recherche en Gestion, 2018, p9-10

RÉSULTATS DE L'EXPÉRIENCE

Caractéristiques des élèves		% chocs ¹³⁵	Remarques
1	Elève invisible et inaudible. Réponses sur l'écran de signalisation. A 300V, coups dans la cloison du laboratoire	65%	2/3 des individus sont prêts sur ordre à infliger 450V à des humains
2	Elève dans une pièce inaudible	62,5%	
3	Proximité. Elève et moniteur dans la même pièce à quelques dizaines de cm l'une de l'autre	40%	La présence de l'élève à proximité fait légèrement baisser le taux d'obéissance
4	Contact. L'élève doit poser sa main sur une plaque pour recevoir la décharge. A 150V, il refuse. Le sujet doit lui prendre la main pour l'appliquer sur la plaque	30%	Le contact entre le sujet et l'élève limite la soumission à l'autorité de l'expérimentateur
5	Expérience 2 et maladie du cœur. Elève invisible et audible, il annonce au préalable une maladie du cœur	65%	Le sujet reste soumis à l'expérimentateur. La situation de l'élève l'importe peu
6	Expérience 5 avec changement d'expérimentateur et d'élève	50%	Peu de modifications
7	Expérience 5 avec départ de l'expérimentateur après les premières instructions. Il donne ses ordres par téléphone	20,5%	Chute de l'obéissance. Tricherie des sujets
8	Expérience 5 avec des sujets féminins	65%	Pas de modifications
9	Expérience 5 avec engagement contractuel modifié. Avant l'expérience, l'élève indique qu'il s'estime libre de partir à sa demande. L'expérimentateur ne tient pas compte de cette remarque	40%	La clause initiale de l'élève relative à sa liberté et son absence de respect par l'examinateur n'ont eu qu'un effet limité. Celui-ci a conservé son influence auprès de 40% des sujets
10	Expérience 5 dans une usine	47,5%	Changement de cadre peu important pour la plupart. Seule expérience où des sujets ont refusé d'administrer le moindre choc
11	Expérience 5 et le sujet administre le niveau du choc qu'il souhaite. Il décide du niveau de punition.	2,5%	Facteur considérable. 3 personnes se sont limitées à 15V, 28 n'ont jamais dépassé les 150V, et 2 ont utilisé les 375 et 450V
12	Cadre classique. L'expérimentateur indique que l'élève est plus souffrant que les autres sujets et refuse d'administrer des chocs. L'élève veut poursuivre malgré sa souffrance pour montrer qu'il peut les endurer	0%	La victime a moins de droits sur elle-même que l'autorité
13	Cadre classique. Le sujet arrive au laboratoire en même temps qu'un complice de l'expérimentateur. Celui-ci doit quitter la salle. Le complice en homme ordinaire, prend sa place par tirage au sort. Il a une idée, celle de l'incrémentement des chocs	20%	
14	Le sujet arrive en même temps qu'un complice. Il est tiré au sort pour être élève, mais ne le souhaite pas. L'expérimentateur propose de le remplacer, si ensuite le complice prend sa place. Le complice, en homme ordinaire, joue le rôle de l'expérimentateur. Il insiste pour poursuivre l'expérience, tandis que l'expérimentateur sur la chaise électrique proteste.	0%	Ce qui conduit à l'action n'est pas le contenu de l'ordre, mais l'autorité qui le prononce : « <i>ce qui compte, ce n'est pas ce qu'ils font, mais pour qui ils le font</i> »
15	Autorité double. Cadre classique avec deux expérimentateurs qui donnent alternativement les ordres. A 50V, ils se désolidarisent	0%	Effet net. Il n'est pas possible de se référer à deux systèmes d'autorité
16	Autorité en position d'élève. Même cadre que la 14, mais le complice, l'élève qui devait venir, ne vient pas. L'un des deux expérimentateurs, par tirage au sort, accepte de devenir élève jouant un rôle classique	65%	Les résultats sont proches du cadre normal. L'expérimentateur qui devient l'élève perd toute autorité. Pourquoi ? d'une part, parce que l'autorité est liée à un cadre et des signes, et d'autre part, parce que deux autorités sont incompatibles.
17	Le conformisme et l'obéissance. 2 pairs, 4 personnes dont 3 complices. Tirage au sort truqué : le sujet entre deux pairs dont l'un lit les couples de mots, le second dit juste ou faux. Le sujet administre les décharges. A 150V, le premier pair complice proteste et quitte l'expérience en restant dans la salle. A 210V, le second pair cesse également sa participation.	10%	L'efficacité des pairs est redoutable. L'action contre l'autorité ne peut-être que collective. Dans le cas de l'expérience : les pairs avancent l'idée de se rebeller, lui donnent une assise sociale, peuvent élargir la responsabilité de l'insoumission et mettent en cause l'autorité.
18	Division du travail. Un pair administre les chocs. Le sujet énonce les couples de mots, etc. Un pair complice agit les manettes.	92,5%	Cette expérience simule le découpage bureaucratique des grandes entreprises. Seules, une minorité d'individus est en contact des victimes. L'effet est radical.
	Auto-estimation des groupes	0%	Des psychiatres, étudiants, membres des classes moyennes

La capacité à faire souffrir les innocents sans menace physique, sans aucun intérêt d'une sorte, sous la seule pression de l'autorité scientifique, à la fois limitée et ponctuelle, s'avère manifeste. La plupart des sujets, 80% selon leurs aveux, croyaient en une douleur infligée.

¹³⁵ % des participants ayant obéi jusqu'à infliger des chocs de 450V

ENTRETIENS CADRES DE SANTÉ DE NUIT 17/03/2019
ENQUÊTE DE TERRAIN

Partie 1- le travail de nuit :

- 1) Pensez-vous que le rythme du travail de nuit ait un impact sur l'investissement au travail des soignants ?
- 1) Pensez-vous que les équipes de nuit aient un profil particuliers ? (isolées, résistantes, sous motivées, rebelles, anciennes), si oui pourquoi ?
- 2) Quels sont les spécificités du management des équipes de nuit selon vous ? Quels sont vos leviers ?

Partie 2 - la communication :

- 1) Comment communiquez-vous avec vos équipes?
- 2) Comment transmettez-vous vos informations à l'équipe ?
- 3) Procédez-vous à une évaluation de la bonne compréhension de vos informations ? Si oui, comment ?
- 4) Quelle place à la communication avec vos équipes de nuit dans votre management ?

Partie 3 - l'accompagnement des équipes de nuit au changement :

- 1) Comment accompagnez-vous vos équipes de nuits dans les projets qui induisent des changements à leur niveau ? quelle est votre stratégie ?
- 2) Ressentez-vous de la résistance de la part des équipes ? si oui comment se manifeste-t-elle ? comment y répondez-vous ?
- 3) Selon vous, la communication permet-elle de favoriser l'acceptation au changement ? Favorise-t-elle l'implication des professionnels de nuits aux projets institutionnels les concernant ?
- 4) En cas de difficulté dans l'accompagnement de vos équipes de nuits, avez-vous identifié les personnes ressources qui peuvent vous aider ? Comment vous apportent-elles le soutien et l'aide escomptée ?
- 5) Etes-vous, vous-même accompagné pour conduire le changement au sein de vos services ?

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@18-19

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

La communication, au cœur du changement la nuit

LE MERCIER Séverine

MOTS CLÉS

COMMUNICATION-ACCOMPAGNEMENT-
CHANGEMENT-NUIT-PROJETS

KEY WORDS

COMMUNICATION- ACCOMPANIMENT-
CHANGE-NIGHT-PROJECTS

RÉSUMÉ

Les évolutions successives de l'hôpital ont conduit le système de santé à modifier et à adapter son organisation. Le contexte de rationalisation financière des établissements de santé impose des projets de restructuration et d'amélioration des pratiques. Ainsi, le cadre de santé se voit manager aujourd'hui des équipes qui subissent cette transformation plus qu'elles n'y participent.

L'objectif de ce travail de recherche consiste à explorer la place de la communication dans le management des cadres de nuit pour accompagner les équipes au changement.

J'ai procédé à l'analyse des données qualitatives que j'ai recueillies sur le terrain au cours d'une enquête. Cela m'a permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle la communication a une place majeure dans l'accompagnement au changement des projets institutionnels.

Il résulte de cette étude que la communication, la nuit, est centrale dans l'accompagnement des équipes. Il est clairement identifié que les explications répétées et l'écoute favorisent l'implication des soignants dans les projets ce qui facilite leur acceptation au changement.

En conclusion, le cadre de santé de nuit doit faire preuve de qualités relationnelles majeures. Sa communication doit être soignée, afin d'accompagner ses équipes notamment dans les changements induits par les projets professionnels.

ABSTRACT

The successive evolutions of the hospital have led the health system to modify and adapt its organisation. The context of financial rationalization of health care institutions requires projects to restructure and improve practices. As a result, the nurse manager is now managing teams that are enduring this transformation more than they are participating in it.

The objective of this research work is to explore the place of communication in the management of night shift nurse managers to support teams in change.

I analyzed the qualitative data collected in the field during an investigation. This allowed me to confirm the hypothesis that communication has a major role in supporting change in institutional projects.

The result of this study is that communication, at night, is central to the support of teams. It is clearly identified that repeated explanations and listening encourage the involvement of healthcare professionals in projects, which facilitates their acceptance of change.

In conclusion, the night nurse manager must demonstrate major interpersonal skills. His (her) communication must be attentive, in order to support teams, particularly in the changes brought about by professional projects.