

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

NUIT & JOUR

Une seule et même équipe : Rêve ou réalité?

Thérèse NUNES

DCS@15-16

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'Ecole Supérieure Montsouris.

Remerciements

Ce mémoire est l'aboutissement d'une année de formation riche et dense et d'un long travail personnel qui a nécessité une collaboration avec différentes personnes, aussi, je tiens à leur manifester toute ma gratitude.

Je remercie tout d'abord Madame Jacqueline SERREAU, ma directrice de mémoire pour sa disponibilité, son accompagnement, ses conseils et ses encouragements.

Je remercie également l'ensemble des cadres de santé et des professionnels de santé de nuit qui ont accepté de répondre avec sincérité et professionnalisme à mes entretiens. Leur réflexion m'a permis d'enrichir ce travail de recherche.

Mes remerciements vont également à Valérie, Anne, Isabelle et aux autres collègues de promotion pour leurs aides et leurs soutiens tout au long de cette année de formation. Je tiens aussi à remercier les formateurs et les assistantes pédagogiques de l'institut de formation des cadres de santé de l'École Supérieure de Montsouris pour leurs précieux apports théoriques ainsi que leurs encouragements.

Une pensée particulière pour toute ma famille qui a cru en moi, m'a accompagné et un immense merci à mon mari, à mes enfants à qui je dédie ce travail, pour leur patience extraordinaire, leur compréhension, leur soutien réconfortant dans les moments de faiblesse et d'incertitude, sans qui je n'aurais jamais pu réaliser cette formation.

Pour finir, je remercie ma sœur, Yvette pour son aide à la relecture de ce mémoire.

Sommaire

Sommaire	1
Liste des abréviations	4
Avertissements pratiques	5
Introduction	6
1 Le contexte humain et environnemental	7
1.1 Infirmière de nuit	7
1.2 Faisant fonction de cadre de nuit	9
1.3 Faisant fonction de cadre de santé de jour	9
1.4 Organisation de l'institution	10
1.5 Questionnement de départ	11
2 Le cadre conceptuel	12
2.1 Le travail de Jour et de Nuit	12
2.1.1 Spécificités du travail de Jour	12
2.1.2 Spécificités du travail de Nuit	15
2.2 L'Equipe	20
2.2.1 Equipe soignante et esprit d'équipe	21
2.2.2 Construction d'une identité groupale	22
2.3 Le travail en équipe	24
2.3.1 Modifications dans l'organisation du travail en équipe	25
2.3.2 Conditions du travail en équipe	29
2.3.3 Communication et travail en équipe	30
2.3.4 Equipe face au changement	31
2.4 Le management	35
2.4.1 Fonction managériale du cadre de santé	36
2.4.2 Fonction de leadership	38
2.4.3 Leader ou manager	39

2.4.4	Manager une équipe.....	40
2.4.5	Accompagner et « prendre soin » de l'équipe.....	42
2.4.6	Encadrement de nuit.....	44
3	La problématique et les hypothèses.....	45
4	L'enquête sur le terrain.....	46
4.1	Méthodologie de la recherche.....	46
4.1.1	Choix de l'outil.....	46
4.1.2	Essai et modifications.....	46
4.1.3	Echantillon des professionnels interrogés.....	47
4.1.4	Méthodes des entretiens.....	49
4.2	Limites de la recherche.....	49
4.3	Exploitation des données.....	50
5	Analyse des données.....	52
5.1	Entretiens auprès des cadres de santé.....	52
5.1.1	L'organisation des services.....	52
5.1.2	L'utilité de la communication.....	53
5.1.3	L'accompagnement par les cadres de santé.....	54
5.1.4	Le sentiment d'isolement de l'équipe de nuit.....	56
5.1.5	Les difficultés dans l'encadrement de l'équipe de nuit.....	58
5.2	Entretiens auprès des professionnels de nuit.....	59
5.2.1	L'organisation du travail de nuit.....	59
5.2.2	Les modes de communication.....	60
5.2.3	L'accompagnement de l'équipe de nuit.....	61
5.2.4	Le sentiment d'isolement de l'équipe de nuit.....	62
6	La synthèse des résultats.....	65
6.1	Retour sur la première hypothèse.....	65
6.2	Retour sur la deuxième hypothèse.....	68
6.3	Retour à la question de départ.....	69

7	Analyse critique	71
8	Perspectives professionnelles	72
	Conclusion	75
	Bibliographie.....	77
	Annexes	83

Liste des abréviations

ADG : Administrateur De Garde

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CAFIM : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmiers (ères) Moniteur (monitrice)

CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier (e) Surveillant (e)

CET : Compte Epargne Temps

CHIV : Centre Hospitalier Intercommunale de Villeneuve Saint Georges

CRESPPA : Centre de Recherche Sociologiques et Politiques de Paris

DPC : Développement Professionnel Continu

CTE : Comité Technique d'Etablissement

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FPH : Fonction Publique Hospitalière

IFCS : Institut de Formation de Cadres de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HAS : Haute Autorité en Santé

HTA : Hypertension artérielle

OMS : Organisme Mondial de la Santé

PEP : Pratique Exigible Prioritaire

RTT : Réduction du Temps de Travail

TSH : Thyroid Stimulating Hormone

Avertissements pratiques

Aide-soignant (e)

Directeur (trice)

Infirmier (e)

Moniteur (trice)

Patient (e)

Soignant (e)

Surveillant (e)

Introduction

Pendant notre formation Cadre de santé, un travail « *d'initiation à la recherche* » doit être réalisé. Il s'agit de prendre du recul avec une situation ou une pratique professionnelle, de construire un cadre conceptuel et théorique autour d'un questionnement et d'en analyser les données sur le terrain en s'appuyant sur les méthodes et outils de la recherche, le tout dans une optique d'amélioration.

« Le cheminement de l'élaboration du mémoire consiste à passer d'un constat, d'une opinion sur des phénomènes observés dans la pratique professionnelle à un point de vue argumenté par un étayage théorique et conceptuel¹ »

Au regard de mon parcours professionnel, il m'a paru évident de choisir le thème de la Nuit. L'isolement, le sentiment d'appartenance à une équipe différente, associés à un manque de reconnaissance ont motivé ce choix. Durant les huit années de travail nocturne, j'ai été très souvent confrontée aux clivages entre les équipes de jour et de nuit résultant la plupart du temps d'un manque de communication entre eux et d'une connaissance erronée du travail de chacun.

Ce travail de recherche vise à lever certains clichés sur les équipes de nuit, à comprendre comment créer une cohésion, une dynamique d'équipe « unique » au sein d'une unité de soin et aussi s'interroger sur les stratégies managériales que le cadre de santé de jour va pouvoir mettre en place pour accompagner ce rapprochement entre le jour et la nuit vers une identité commune.

Ainsi débute le cheminement réflexif de ce mémoire, dans un premier temps, je vais présenter le contexte humain et environnemental qui m'a conduit à cette posture réflexive puis je définirai les différents concepts qui en résultent et expliquerai la démarche de recherche utilisée. Ensuite, j'analyserai les résultats des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé, directement concernés par le thème afin d'en présenter une synthèse, de répondre à ma question de départ et à mes hypothèses de recherches. Pour finir, je ferai une courte analyse critique et j'envisagerai certaines préconisations pour ma future fonction de cadre de santé.

¹ Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2015-2016, IFCS GIP ESM - Formation & Recherche en Soins

1 Le contexte humain et environnemental

Depuis toujours, la nuit tient une place spécifique dans l'imaginaire de la société. La nuit s'apparente à l'inconnu et est associée au silence, à la mort. Elle s'oppose au jour qui représente la lumière et la vie. Souvent méconnu et mal reconnu, même au sein de l'hôpital, le travail du personnel de nuit tient néanmoins une place importante dans la continuité des soins

1.1 Infirmière de nuit

Durant mon parcours professionnel en qualité d'infirmière, j'ai exercé de nombreuses années de nuit dans le secteur Mère-Enfant (Maternité et Pédiatrie) au Centre hospitalier intercommunale de Villeneuve Saint Georges-Lucie et Raymond AUBRAC (CHIV). J'ai pu découvrir la spécificité du travail de nuit et participer à la vie de cette équipe. J'ai vraiment ressenti ce sentiment d'appartenance à un groupe, à une famille et cela m'a permis de développer des compétences plus spécifiques aux personnels de nuit comme l'autonomie, l'adaptabilité, la responsabilité.... Etant souvent seule infirmière responsable du service pendant la nuit avec deux aides-soignantes, j'ai pu prendre la mesure de l'intérêt du travail en binôme (infirmière, aide-soignante) et de sa complémentarité. L'organisation de la prise en charge dans le service était efficace grâce à une bonne répartition des soins. Ces pratiques ont renforcé mes convictions, sur l'importance du travail en équipe dans un service ayant une charge de travail importante et un effectif réduit. Les aides-soignants exprimaient souvent se sentir mieux reconnus dans leur fonction de nuit que de jour.

Travailler la nuit n'a pourtant pas été un choix personnel mais un passage obligé pour accéder à un poste en néonatalogie sans être infirmière puéricultrice. J'ai accepté ses fonctions pensant y rester seulement quelques mois (des postes de jour étaient à pourvoir dans l'année) mais finalement j'y suis restée huit ans. J'y ai découvert une grande convivialité, solidarité et entraide entre toutes les équipes qui ont répondu à toutes mes attentes.

J'ai pu aussi accompagner l'angoisse des patients (majorée la nuit) en adaptant ma prise en charge aux contraintes de la nuit (horaires, organisations et effectifs réduits). En effet, la nuit, le patient se retrouve seul, sans visite avec ses craintes, ses angoisses, ses douleurs, repensant à son diagnostic et il recherche à travers les soignants une écoute, une attitude rassurante et des réponses pertinentes à ces questions. Une relation de confiance s'établit entre eux, elle doit être effective afin que le patient se sente en sécurité.

De plus, à ma grande surprise, le travail de nuit correspondait à mon rythme de vie, il m'a permis de concilier ma vie personnelle et professionnelle en facilitant la garde de mes enfants.

Néanmoins, cet horaire décalé est devenu bien vite pénalisant car il ne me permettait pas d'assister aux réunions (horaires inadaptés), d'accompagner les projets de service et d'assister à de nombreuses formations (difficultés de remplacement).

Lors de mon affectation de nuit, mes collègues de jour ont vraiment essayé de me convaincre de ne pas accepter le poste. Elles ne comprenaient pas ce passage obligé par la nuit et trouvaient cela injuste, comme une punition. Elles prétendaient que j'allais m'ennuyer la nuit.

Certaines avaient vraiment une image négative de la nuit et l'exprimaient bien fort : « *Tu prends le poste pour te reposer, tu vas pouvoir dormir comme les autres* », ou bien « *tu as vraiment envie de faire partie de cette équipe, reste de jour, c'est quand même mieux* », ou encore « *ce n'est pas sain de travailler de nuit, c'est contre nature, ça va te rendre malade, tu vas déprimer* ». A ce moment-là, je n'ai pas perçu ces remarques comme dévalorisantes, je pense avec du recul que j'étais même plutôt d'accord avec elles. Mais une fois que j'ai intégré le poste d'infirmière de nuit, j'ai pu en mesurer leurs portées.

Tout d'abord lors des transmissions, qui sont de courts moments d'échanges avec les équipes de jour, où nos réflexions sur la prise en charge des patients n'étaient pas toujours entendues et prises en compte. Pour certains, on ne pouvait pas connaître les patients aussi bien que l'équipe de jour puisque la nuit, ils dormaient et donc les contacts étaient limités. Concrètement, j'ai vraiment ressenti un manque de considération par mes pairs sûrement par méconnaissance de l'organisation du travail de nuit. « *Tout se passe comme si ces deux mondes étaient frappés d'incommunicabilité. Le jour ne peut à l'évidence, accepter d'imaginer qu'il pourrait tirer enseignement de l'expérience de nuit²* »

L'équipe de nuit vit en opposition permanente avec le rythme normal de travail, elle connaît très peu l'encadrement de jour et souvent n'a jamais rencontré le chef de service. Elle a peu d'échanges avec ses collègues de jour et si elle n'est pas passée par une période d'intégration, elle les connaît à peine. Par conséquent, la nuit a peu accès aux informations, la communication n'est pas optimale même avec la présence d'un cadre de nuit sur l'établissement.

Je me suis donc interrogée sur les moyens de communication à renforcer pour améliorer la transmission des informations aux équipes de nuit.

² Anne PERRAUT SOLIVERES. *Infirmières, le savoir de la nuit*, 5^{ème} édition, 2^{ème} tirage, Paris : PUF, 2004, p 40.

1.2 Faisant fonction de cadre de nuit

Après cette expérience de cinq ans sur des fonctions d'infirmière de nuit, le Directeur des soins m'a proposé un poste de faisant fonction de cadre de santé de nuit, responsable plus particulièrement du secteur Mère-Enfant que je connaissais bien. C'était déjà la seconde fois que l'on me sollicitait pour un poste d'encadrement, j'avais refusé un premier poste de jour estimant mon projet professionnel pas encore mature mais là je me sentais prête et j'ai accepté sans vraiment mesurer la dimension de ce choix.

J'ai découvert le rôle transversal du cadre de nuit, avec les nombreuses sollicitations aux urgences pour résoudre les problèmes relationnels, administratifs et légaux. Étant le seul « cadre » présent sur tout l'établissement sous la tutelle de l'administrateur de garde, j'ai connu des moments d'incertitudes lors de situations complexes telles que le délestage des Urgences, la gestion de conflits entre communautés et les multiples agressions physiques sur les agents... Souvent faute de procédures administratives sur toutes les situations rencontrées, mon intuition était mon meilleur outil de décision. Je me suis souvent questionnée sur la pertinence des décisions prises mais n'ayant aucune collègue cadre vers qui me tourner, il fallait assumer mes choix. L'isolement, vécu par les équipes de nuit, se trouvait majoré dans cette fonction.

Une autre mission du cadre de nuit est de transmettre et de diffuser les informations émanant de la hiérarchie et de la direction tout en leur restituant les demandes et les projets du personnel paramédical de nuit. Je devais donc faire la connexion entre la direction, les usagers et l'ensemble des équipes de nuit. Pour ce faire, j'ai dû développer mes capacités d'écoute, de conseil, de médiateur et de soutien auprès des équipes. Cela m'a fait prendre conscience du rôle « charnière » et d'interface du cadre de nuit et de ses responsabilités au sein de l'activité hospitalière.

Par conséquent, il me semble pertinent de se questionner sur la « plus-value » d'un cadre de nuit pour les équipes.

1.3 Faisant fonction de cadre de santé de jour

Quelques années après, le Directeur des soins m'a proposé un nouveau challenge : gérer un service de chirurgie de jour sans cadre de santé depuis deux ans. Le rythme de nuit et ses conséquences sur le sommeil devenant difficiles à supporter, j'ai donc quitté la nuit avec cependant beaucoup de tristesse.

La priorité a été de dynamiser l'équipe pour l'accompagner au mieux dans son action collective afin de répondre de manière efficiente aux besoins des patients. Ensuite je l'ai responsabilisé dans ses fonctions en désignant des référents à qui j'ai délégué certaines tâches (commandes de matériel, audit sur la prise en charge de la douleur, gestion des toxiques et des plannings...) afin qu'ils s'investissent dans les projets de service et institutionnels.

J'ai pu alors mesurer la difficulté de rassembler et de fédérer les équipes de nuit autour de ces projets. Les réunions de groupe de travail institutionnelles sont organisées à 14 heures et ne sont donc pas accessibles au personnel de nuit qui dort à cette heure-là. J'essaye de les rencontrer en moyenne tous les quinze jours en décalant mes horaires de travail afin d'assister aux transmissions avec l'équipe de jour, d'assurer un temps d'échange d'informations autour de l'organisation du service, de la prise en charge des patients et au regard des demandes institutionnelles.

Mais malgré tout cela, le sentiment de clivage est toujours bien présent entre les deux équipes. Il est légitime de s'interroger sur les stratégies managériales utilisées par le cadre de santé de jour pour renforcer la cohésion entre ces deux équipes et créer une dynamique de groupe.

Ce rapprochement afin de minimiser les clivages est-il utopique ?

1.4 Organisation de l'institution

Au CHIV, les équipes de nuit et de jour sont fixes, en 10 ou 12 heures, même si un système de rotation sur un mois par an est mis en place dans certains services comme la Réanimation, l'Unité de gériatrie aigue (UGA) et les Urgences.

Mise à part dans ces services, les plannings de nuit sont gérés par les cadres de santé de nuit, au nombre de trois sur l'établissement (un seul par nuit) et validés par les cadres supérieurs de pôle qui réalisent également les entretiens annuels d'évaluation et de formation.

Mais il semble que cette organisation ne va pas perdurer dans le temps. En effet, un nouveau Directeur des soins a pris ces fonctions récemment et souhaite que le personnel de nuit soit géré par les cadres de santé de jour sur chaque unité de soins. Il conserverait néanmoins un cadre de santé de nuit pour assurer la permanence d'encadrement.

Au sein du pôle de chirurgie, un projet de réorganisation du travail et des horaires de jour et de nuit est en cours de réalisation, validé par le chef de pôle. La Direction souhaiterait mettre tout le monde en 12 heures avec une alternance sur un mois dans l'année. Les équipes de jour ont adhéré immédiatement au projet, soutenu par le chef de service et l'équipe médicale, en faveur d'une

meilleure continuité de prise en charge des patients mais les équipes de nuit sont plus réfractaires au changement d'horaires et à l'organisation de cette rotation.

Cela n'empêche pas la Direction des soins de parler de « grande équipe » ou « d'équipe unique » lorsqu'elle évoque les équipes de jour et de nuit d'une même unité, mais qu'en est-il vraiment sur le terrain ?

J'ai donc été amenée à m'interroger sur la notion du travail en équipe jour et nuit. Il est pertinent de se demander s'il existe des valeurs et des objectifs communs à ces deux équipes, si elles partagent certaines activités du service et s'il y a une véritable entraide ou solidarité entre elles.

1.5 Questionnement de départ

Dans le contexte économique actuel, les établissements de santé se réorganisent et le cadre de santé est fréquemment amené à gérer plusieurs équipes comme celles de jour et de nuit.

Tous les constats évoqués auparavant et les questionnements qui en découlent m'ont permis de confirmer mes axes de recherche sur la cohésion, la dynamique de travail au sein d'une « équipe unique » de soignants dans une unité de soins et de poser ma question de départ :

En quoi une dynamique d'équipe unique initiée par le cadre de santé de jour peut-elle contribuer à une cohésion et à une diminution du sentiment de clivage entre les équipes de jour et de nuit ?

Après une première approche contextuelle, je vais, pour débiter ce travail de recherche poser un cadre conceptuel autour des théories et des concepts énoncés dans ma question de départ.

Cela me permettra d'aboutir à une problématisation de ma recherche en faisant évoluer ma question de départ en question de recherche et de formuler des hypothèses.

Par conséquent, je vais développer les concepts suivant :

- **Travail de jour et de nuit**
- **Equipe et travail en équipe**
- **Cadre de santé et management**

2 Le cadre conceptuel

Pour commencer, je vais définir le concept de travail de jour et de nuit en mettant en avant les spécificités et les enjeux de chacun d'entre eux, puis je développerai celui du travail en équipe (cohésion, dynamique d'équipe, organisation et enjeux) et je finirai par celui du travail du cadre de santé (rôles et management).

2.1 Le travail de Jour et de Nuit

D'après les dictionnaires français Larousse et Le Robert, le travail est une « *activité professionnelle régulière et rémunérée*³ » et « *l'ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire quelque chose*⁴ ». Au regard de cette dernière définition, le travail est donc un lieu de production et de création où les individus communiquent entre eux.

Le Robert définit le jour comme « *une période de clarté entre le lever et le coucher du soleil* » mettant en avant la lumière et inversement pour le Larousse, la nuit est une « *durée comprise entre le coucher et le lever du Soleil et pendant laquelle ce dernier n'est pas visible, obscurité plus ou moins grande qui accompagne cette durée* », cette dernière est souvent associée au sommeil, au silence, au monde du rêve mais aussi à des représentations plus négatives comme l'obscurité, la peur, l'angoisse, l'insécurité et la mort. Nos sens et nos perceptions y sont souvent modifiés et cela influence nos représentations.

2.1.1 Spécificités du travail de Jour

- **La réglementation**

Dans les établissements publics hospitaliers, la durée du travail effectif de jour relève du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002⁵ et est fixée à 35 heures par semaine. Elle correspond au temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à leurs occupations.

³ Dictionnaire français Larousse. [En ligne]

⁴ Dictionnaire français Le Robert illustré 2014. [Version numérique].

⁵ Annexe I : Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002, modifié, 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.

En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour mais si les contraintes de continuité du service public l'exigent et après avis du comité technique d'établissement (CTE), l'amplitude de la journée de travail peut atteindre 12 heures.

Sur une période de sept jours, l'agent ne peut pas accomplir plus de 44 heures ou 48 heures avec les heures supplémentaires.

Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1607 heures maximum, réduite à 1582 heures pour les agents en repos variable qui travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés dans l'année civile, hors jours de congés supplémentaires. Celui qui effectue au moins vingt dimanches ou jours fériés par an bénéficie de deux jours de repos compensateurs supplémentaires.

Un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum est obligatoire et une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives⁶. Les agents doivent bénéficier de quatre jours de repos pour deux semaines, deux d'entre eux, doivent être consécutifs et inclure un dimanche⁷.

Les horaires de travail sont aménagés et répartis selon les services afin d'assurer la continuité des soins et la prise en charge des usagers en semaine et les week-ends. Ils sont validés par le chef d'établissement, après avis du CTE.

L'organisation du travail se fait selon des cycles de travail qui sont définis par fonctions et par services. Il s'agit d'une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre, ne pouvant pas être inférieure à une semaine et pouvant aller jusqu'à douze semaines maximum. Les horaires de travail sont donc définis à l'intérieur du cycle comprenant des périodes de travail du matin ou du soir en fonction des besoins de chaque service. Tous les mois, le cadre de santé établit un planning mensuel précisant les horaires de chaque agent qu'il doit afficher quinze jours avant la date effective.

Si la durée moyenne de 35 heures hebdomadaires de travail est dépassée, l'agent bénéficie de jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail (RTT), leur nombre varie en fonction de la durée de travail effectif accomplie au cours du cycle de travail.

Pour pallier à des absences, les agents de la fonction publique hospitalière (FPH) peuvent être amenés à effectuer des heures supplémentaires qui doivent être compatibles avec leurs cycles de travail. Un

⁶ *Op.cit.* Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, Art. 7 4 (Annexe I).

⁷ *Ibid.* Art. 6.

quota maximum mensuel de 15 heures par mois, soit 180 heures par an, est fixé par le décret⁸. Ce plafond est porté à 220 heures par an pour certaines catégories de personnels comme les infirmiers. Les heures supplémentaires donnent lieu, soit à une récupération au moins d'égale durée, soit à une indemnisation.

- **Les motivations**

Le personnel, optant pour un poste de jour à l'hôpital, apprécie avant tout le travail en équipe interprofessionnelle. Le premier argument avancé est le besoin relationnel avec les autres paramédicaux, l'équipe médicale, l'encadrement, les autres services, les patients et les familles. Le sentiment de sécurité qui résulte de cette proximité avec les autres professionnels est aussi un élément important.

- **Les effets**

En Europe, environ un salarié sur cinq travaille par équipe ou en alternance (travail posté) et ces rythmes de travail peuvent comporter des risques pour la santé et la sécurité des agents.

Selon la Directive européenne du 23 novembre 1993⁹: « *le travail posté correspond à 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 le rythme 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* ».

Au sens strict, le travail posté est une forme d'organisation du travail dans laquelle des équipes se succèdent pour assurer la continuité d'un service. Il se traduit par des horaires de travail variables, atypiques, différents des cinq jours réguliers par semaine (du lundi au vendredi) suivi de deux jours de repos hebdomadaire.

Ce type de travail modifie les rythmes biologiques, favorise l'apparition de certaines perturbations sur l'organisme comme les troubles gastriques (ulcère gastro duodéal...), nerveux, de l'humeur (dépression...), du sommeil et alimentaires sans oublier les conséquences relatives sur la vie sociale et familiale¹⁰.

En ce qui concerne le sommeil, les perturbations portent à la fois sur les aspects quantitatifs et qualitatifs. En effet, lorsque l'agent est du matin, son sommeil est d'une durée inférieure à la normale.

⁸ *Op.cit.* Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 (Annexe I).

⁹ Directive du Parlement européen 93/104/CE du conseil du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. JO L 307 du 13/12/1993, p. 18.

¹⁰ G. VALLERY, C. HERVET, *Impact de diverses modalités organisationnelles du travail posté sur le sommeil, les comportements alimentaires, la vie sociale et familiale : le cas du personnel soignant en milieu hospitalier français*, Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne], 2005.

Ce déficit s'explique par une non-anticipation des horaires du coucher liée aux exigences familiales et à la difficulté de s'endormir avant 22 heures. De plus, les agents, prenant leur poste tôt le matin, ont un sommeil coupé avec des réveils précoces par crainte de ne pas se réveiller : « *Ceci laisse ainsi supposer que plus l'heure de prise de poste est matinale, plus la durée du sommeil sera écourtée* ¹¹ ». Le cycle du sommeil est constitué d'une succession de cinq phases (ou stades), qui s'enchaînent tout au long de la nuit : stade I : sommeil très léger, stade II : sommeil léger, stade III : sommeil moyen, stade IV : sommeil profond et stade V : sommeil paradoxal. Dans le cas du sommeil précédant la prise du poste du matin, il y a un déficit du sommeil paradoxal. Ce dernier stade est caractérisé par une activité cérébrale intense où se produit la majorité des rêves. L'agent a donc fréquemment recours à la pratique de la sieste qui s'avère être une bonne stratégie de récupération.

Lors de travail posté, les horaires (heures et intervalles) de repas sont perturbés. L'agent du matin retarde fréquemment l'heure du déjeuner de quelques heures et celui qui est d'après-midi fait de même avec l'heure du dîner.

En ce qui concerne la vie hors travail, la pratique des horaires atypiques réduit la participation aux activités familiales (sorties, repas en famille), sociales (vie associative, relations amicales) et impliquent une réorganisation de celles-ci. En effet, l'agent se retrouve confronté à des décalages entre les rythmes familiaux, sociaux et ceux qui lui sont imposés par le travail.

2.1.2 Spécificités du travail de Nuit

Le travail de nuit des soignants souffre toujours de représentations négatives, dues en partie à son histoire.

- **L'historique**

Longtemps, le service de nuit a été assuré par des « *mercenaires ignorants*¹² » et incompetents, sous la surveillance d'une religieuse qui occupait en journée tout autre activité : « *la responsabilité si grave de juger de l'état de nombreux malades (...) incombe souvent à une Sœur qui a pour spécialité la cuisine ou la surveillance des blanchisseuses* ». Elle était toute seule pour l'établissement et passait de son travail de jour à celui de « *garde-malades* » sans aucun temps de repos entre les deux. Elle changeait toutes les nuits, ce qui ne lui permettait pas de connaître les patients et de suivre leur état. Cette organisation était désastreuse pour la prise en charge des patients qui rechutaient ou décédaient pendant la nuit.

¹¹ *Ibid.*

¹² Anne HAMILTON, Félix REGNAULT, *Les Gardes-malade, Congréganistes-Mercenaires-Amateurs-Professionnels*, Paris : Vigot frères, 1901, pp. 38-39.

Devant un réel besoin de professionnalisation, des écoles d'infirmières sont ouvertes à partir de 1882 mais il faudra encore attendre 1922 pour que le brevet de capacité professionnelle soit créé et 1942 pour que le diplôme d'État d'infirmier soit obligatoire.

La nuit a souffert, pendant longtemps, d'un manque d'effectif, de qualification du personnel et l'image du « veilleur de nuit » reste encore bien ancrée dans les esprits.

- **La réglementation**

Le travail de nuit se situe entre 21 heures et 6 heures ou sur toute autre période d'au moins 9 heures consécutives, comprise entre 21 heures et 7 heures.

Depuis longtemps, il fait l'objet de textes de loi, aussi dès 1892, il est interdit aux femmes, sauf dérogations particulières dans les domaines de l'hygiène, de l'alimentation et en 1979, il est autorisé seulement pour les femmes ayant un poste de direction impliquant une responsabilité. C'est la loi du 9 mai 2001, relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, qui a levé l'interdiction du travail de nuit pour celles-ci.

En 1982, la pénibilité du travail de nuit est reconnue et se traduit par une réduction de la quotité du temps de travail à 35 heures par semaine, cependant, il faudra attendre 1991 pour que cela devienne effectif dans le secteur hospitalier. En effet, différents protocoles concernant les conditions de travail du personnel hospitalier sont signés entre 1988 et 1991 : « Evin¹³ » le 20 octobre 1988, « Durafour¹⁴ » le 9 février 1990 et « Durieux¹⁵ » le 15 novembre 1991, donnant lieu à la circulaire du 23 décembre 1991¹⁶ qui précise que le travail effectif, hebdomadaire, accompli pendant 35 heures de nuit équivaut à un travail effectué pendant 39 heures de jour. Elle évoque les difficultés occasionnées par la pénibilité de certaines situations de travail, l'isolement professionnel des équipes de nuit et également l'intérêt de faire évoluer les relations humaines entre les différents secteurs du milieu hospitalier.

A compter de la publication du décret du 4 janvier 2002¹⁷, la durée annuelle de travail effectif est fixée à 1 575 heures pour les agents travaillant exclusivement de nuit, c'est-à-dire effectuant au moins 90 % de leur temps de travail annuel de nuit, puis à partir du 1er janvier 2004, elle est réduite à 1 476 heures, soit l'équivalent de 32 heures 30 par semaine.

¹³ Protocole d'accord « Evin » du 21 octobre 1988 relatif aux rémunérations, aux conditions de travail et au dialogue social et à la formation dans la fonction hospitalière.

¹⁴ Protocole d'accord « Durafour » du 9 février 1990 relatif à la rénovation de la grille dans la fonction publique.

¹⁵ Protocole d'accord « Durieux » du 15 novembre 1991 relatif aux rémunérations, aux effectifs, au travail de nuit, à la formation initiale et à la promotion professionnelle dans la fonction publique hospitalière.

¹⁶ Circulaire DH/FH 3 n°91-68 du 23 décembre 1991 relative à l'application des protocoles I et II du 15 novembre 1991.

¹⁷ *Op.cit.* Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 (Annexe I).

Les agents de nuit travaillaient généralement 7 nuits de 10 heures sur une période de deux semaines (soit 35 heures hebdomadaires) et la réduction du temps de travail n'a pas bousculé cette organisation, sauf qu'ils bénéficient maintenant de RTT.

La durée quotidienne ne doit pas excéder 10 heures par nuit sauf dérogations accordées après avis du CTE.

- **Les motivations.**

Elles sont variables selon les individus et les conditions de prise de poste. En effet, dans certains établissements, le passage obligé par un poste de nuit est encore imposé avant l'obtention d'un poste de jour, notamment pour les agents voulant accéder à des fonctions d'encadrement (faisant fonction de cadre de santé) mais pour une grande majorité, travailler de nuit reste un choix personnel.

La première motivation, pour occuper des fonctions de nuit, est souvent liée à des obligations familiales (problèmes de gardes d'enfants...) puis vient l'ambiance (plus conviviale, solidaire), une plus grande autonomie dans l'organisation du travail, une responsabilité plus importante (prise de décisions par une accessibilité plus difficile au médecin) et enfin une plus grande disponibilité pour la relation avec les patients.

- **Les effets :**

Le travail prolongé de nuit a de nombreuses répercussions sur la santé et entraîne des perturbations de la vie sociale et familiale.

Dans le domaine de la santé, le problème majeur est la réduction de la qualité et de la quantité du sommeil, les travailleurs de nuit ont une « dette » de sommeil d'environ deux heures par rapport à leurs collègues de jour. Le travail nocturne s'oppose au rythme biologique circadien qui est défini par l'alternance entre la veille, c'est-à-dire la période de la journée pendant laquelle on est éveillé et le sommeil, c'est-à-dire celle pendant laquelle on dort, sur une durée de 24 heures.

D'après le Docteur Diane B. Boivin, Directrice du Centre d'étude et de traitement des rythmes circadiens humains à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSM), « *notre corps est conçu pour vivre le jour et dormir la nuit, selon un rythme de 24h, car nous sommes des êtres vivants diurnes* ¹⁸ ». Aussi, le travail de nuit provoque un décalage du rythme circadien, il en résulte un stress temporel, des troubles hormonaux et métaboliques (baisse de la température corporelle, de la TSH¹⁹, élévation de la glycémie...) augmentant le risque de diabète, d'hypertension artérielle (HTA), de

¹⁸ Dr Diane B. BOVIN, professeure agrégée de médecine et de psychiatrie à l'Université McGill, *Le Sommeil et Vous : Mieux Dormir, Mieux Vivre*, Québec : Trecarré, 2012.

¹⁹ Hormone Thyroïdostimuline, sécrétée par la thyroïde.

maladies endocrinienne et se traduit aussi par des signes d'irritabilité, d'anxiété, de fatigue importante et de dépression.

Le travail de nuit entraîne également un déséquilibre nutritionnel, des troubles digestifs, un surpoids, résultant de facteurs chronobiologiques et d'une modification du comportement alimentaire telle que la consommation de plats industriels, pauvres en fibres et d'une surconsommation de thé et de café. Les risques cardiovasculaires sont aussi accrus et résultent de plusieurs facteurs néfastes du travail de nuit comme le stress, l'HTA, les troubles du rythme cardiaque, le diabète et tabagisme²⁰.

De plus, le travail de nuit posté est de plus en plus associé à la probabilité de développer un cancer, notamment du sein ou colorectal. Le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) dépendant de l'organisation mondiale de la santé (OMS) a fait plusieurs études sur le sujet et a pu établir un lien entre les deux.

Le dernier problème de santé attribué au travail de nuit est directement lié à la grossesse avec une augmentation des retards de croissance intra-utérine, de prématurité et de risque de fausses couches.

Au niveau de la vie sociale et familiale, il existe un décalage important entre la vie personnelle et professionnelle à cause du rythme inversé du travail de nuit. Il est difficile de partager des activités avec la famille et les amis, ce qui conduit souvent à une altération des relations familiales et sociales.

De plus, les modes de garde collectifs pour les enfants ne sont pas adaptés aux horaires décalés et le personnel de nuit est contraint d'avoir recours à des moyens de garde individuels, plus flexibles mais aussi plus onéreux. Ce qui amène certains d'entre eux par soucis d'économie, à écourter leur temps de sommeil et de récupération dans la journée pour s'occuper de leurs enfants.

Enfin, dans son rapport, François Édouard évoque la question des transports qui « *représente également une difficulté encore plus prégnante pour les travailleurs de nuit souvent contraints à utiliser leur véhicule personnel, avec un risque accru d'accidents²¹* ». La fatigue ressentie en fin de nuit est souvent responsable d'un manque de vigilance au volant qui peut occasionner parfois des accidents sur le trajet du retour.

- **Les conditions de travail**

Elles varient selon les modalités qui ont accompagné la prise de poste de nuit, selon qu'elle résulte d'un choix personnel ou d'une contrainte de l'établissement.

²⁰ Conseil économique, social et environnemental. Rapport présenté par François ÉDOUARD, *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*, texte adopté le 8 juillet 2010.

²¹ *Ibid.* Première partie, p 11.

Le travail de nuit permet d'avoir plus de temps libre en journée tout en respectant le temps consacré au sommeil et de percevoir un supplément de salaire qui devient souvent un frein au passage de jour. L'équipe de nuit est réduite, composée généralement de deux ou de trois personnes qui doivent s'organiser ensemble en fonction des priorités. L'esprit d'équipe est primordial pour assurer une prise en charge optimale du patient. Il en résulte une meilleure ambiance de travail, une plus grande solidarité et une plus grande autonomie.

Mais le travail de nuit présente, aussi de nombreuses contraintes avec notamment, une baisse de vigilance entre 3 et 6 heures du matin pouvant entraîner de graves conséquences et un sentiment d'isolement lié à un manque de communication et d'information entre les équipes de jour et celles de nuit. L'équipe de nuit souffre souvent d'un manque de reconnaissance de la part de ses collègues de jour et parfois même du cadre de l'unité de soins. Leur travail est dévalorisé car souvent considéré comme moins technique et l'image du personnel de nuit qui dort est encore très présente.

Le personnel de nuit est également peu convié aux réunions de jour qui sont réalisées, pour la plupart, en début d'après-midi en plein milieu de leur cycle de sommeil. Les formations, aussi, ne sont pas toujours accessibles, pourtant nécessaires à l'actualisation et au développement des compétences. Il se sent ainsi, exclu des projets de service et cela ne favorise pas les échanges avec les équipes de jour. Au contraire, cela génère de la souffrance et un sentiment d'être en dehors de l'organisation du service, de travailler dans l'ombre et de ne pas appartenir à la même équipe. Cela est très bien décrit par Anne Perraut-Soliveres lorsqu'elle écrit : « *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*²² ».

Il est noté également comme une contrainte, la difficulté d'accès à certains services comme la direction, la médecine du travail, les services sociaux, les organisations syndicales...

Pour conclure sur ce cadre théorique sur le travail de jour et de nuit, on peut dire que bien que conscients des contraintes d'un système d'horaires décalés, les établissements de santé ont recours au travail posté afin de maintenir le fonctionnement continu de la prise en charge des patients, d'améliorer la qualité, la sécurité des soins et d'adapter étroitement les effectifs à la charge de travail afin de répondre aux objectifs de performance et d'efficience.

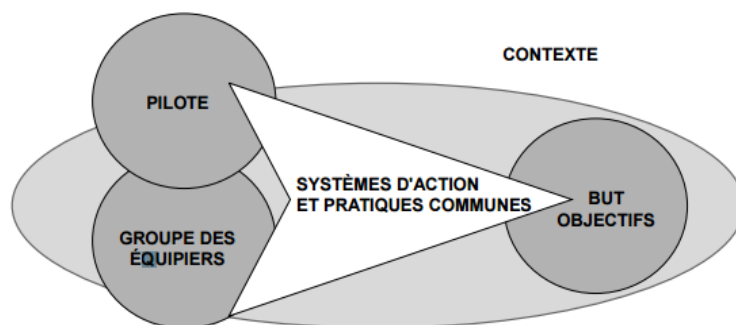
²² *Op.cit.* Anne PERRAUT SOLIVERES, p 41.

2.2 L'Equipe

Selon le dictionnaire Le Robert²³, l'équipe est un « *groupe de personnes unies dans une tâche commune* ». Si on remonte au moyen âge, ce terme viendrait du vieux français « *esquif* » qui désignait « *un groupe de bateaux attachés les uns aux autres, tirés depuis la rive par un groupe d'hommes* ²⁴ ». En 1860, il fait son apparition dans le milieu sportif et sera introduit dans le monde du travail qu'au début du XX^{ème} siècle.

Pour parler d'équipe, il faut qu'il y ait plus de deux individus qui soient en relation directe (interaction) et en collaboration autour d'un objectif commun. Ils doivent aussi exercer au même endroit, avoir des rôles bien définis, une interdépendance entre eux et tout cela doit être coordonné par un « *responsable désigné* »²⁵. Cette formulation met en évidence quatre composants internes indispensables à l'existence d'une équipe : un groupe de personnes, un manager, un objectif et des pratiques d'action concertées.

Les quatre composants du « Système équipe »



« Sans objectif, elle n'a pas de raison d'être. Sans pratiques communes, l'action se disperse. Sans chef, il n'y a pas de représentant de l'équipe ni de la direction »²⁶.

Il convient de différencier une équipe d'un groupe. Le groupe n'a pas besoin de l'interdépendance ni de la synergie requise par une équipe. Une équipe est considérée comme un groupe mais un groupe n'est pas nécessairement une équipe. Cette dernière est considérée comme une entité complexe, dynamique et adaptable.

²³ Dictionnaire français Le Robert illustré 2014. [Version numérique].

²⁴ M. FORMARIER, L. JOVIC, *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon : Mallet conseil, 2^{ème} édition, 2011, p.180.

²⁵ Gilles DESSERPRIT, *Le travail en équipe, Soins Cadre*, février 2015, n°93, p.1.

²⁶ Olivier DEVILLARD, *La dynamique des équipes*, Paris : Éditions d'Organisation, 2005, p 18.

2.2.1 Equipe soignante et esprit d'équipe

A l'hôpital, l'équipe est donc l'ensemble des agents unis autour d'une « *tache commune* » qui est d'assurer une prise en charge optimale du patient. Comment fonctionne-t-elle ?

Tout d'abord, il faut rappeler que chaque équipe est unique selon les objectifs, le contexte et les individus qui la composent. Olivier Devillard la décrit comme une « *identité vivante* » passant par différents stades de vies et de fonctionnement avec des périodes stables et instables. Elle dépend, la plupart du temps, d'une unité de soin faisant partie d'une autre entité : le pôle. Autrement dit, elle s'intègre dans un vaste système organisationnel.

L'équipe de soins se compose donc d'un groupe distinct d'environ cinq à douze personnes, le nombre variant selon le contexte. A noter, qu'un nombre trop petit peut engendrer des tensions et qu'inversement, « *plus le groupe est nombreux, moins les membres sont satisfaits car les difficultés de communication s'accroissent et les participants ont moins de chance d'exprimer également leurs points de vue* » (Golembiewski, 1962 ; Thomas et Fink, 1963)²⁷. Par conséquent, un nombre restreint de cinq à six agents semble être la taille optimale pour qu'une équipe soit efficace. C'est en effet avec ce nombre que les interactions sont les plus productives. Chacun a la chance de s'exprimer et la division du travail se fait sans perdre la perception globale des objectifs à atteindre.

Ils ne choisissent pas de travailler ensemble, ils sont affectés à une spécialité souvent choisie et doivent ensuite faire partie d'une même équipe, les amenant à côtoyer des personnes qu'ils n'auraient probablement jamais rencontrées dans la « société civile ».

Ils doivent être unis autour du patient pour atteindre une efficacité de prise en charge, ce qui a été mis en lumière par le psychologue, Elton Mayo lors de ses expériences dans l'usine Hawthorne²⁸ de la compagnie Western Electric Company de 1927 à 1935 auprès de groupes de travailleurs en situation. Ses résultats ont montré qu'il n'existe aucune corrélation entre la productivité et les conditions de travail. L'appartenance à un groupe constitue de loin le plus important facteur de motivation et la productivité augmente lorsque les ouvriers se sentent traités comme des individus et non comme de la simple main d'œuvre, autrement dit lorsqu'on les considère avec respect en sollicitant leur point de vue. Il a pu ainsi établir « *la relation directe étroite entre les relations interpersonnelles dans un groupe de travail et le rendement de ce groupe* »²⁹

Les enquêtes d'Elton Mayo lui ont permis également d'affirmer que le désir d'être bien avec ses collègues de travail l'emporte facilement sur le simple intérêt individuel et sur la logique des

²⁷ Roger MUCCHIELLI, *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 16^{ème} édition, 2015, p.46.

²⁸ James MCGRATH, Bob BATES, *Le petit livre des {grandes} théories du management et comment les mettre en pratique*, Paris : ESF éditeur, 2013, p.10.

²⁹ *Op.cit.* Roger MUCCHIELLI, p.18.

raisonnements prônés à l'époque par Frederick Taylor³⁰ sur lesquels tant de faux principes de direction se sont fondés. En effet, au début du vingtième siècle, la conception dominante était l'emploi des « *hommes comme auxiliaires des machines, dans l'exécution des tâches de production routinières* » et la dimension psychosociologique du travail était négligée. Dans cette approche, les membres de l'organisation n'avaient pas leur mot à dire, devaient faire confiance et accepter les changements s'ils étaient favorables à l'organisation (changement rationnel).

Elton Mayo a dénoncé cette approche « pyramidale » en mettant en avant les relations de groupe créées par les ouvriers face au travail prescrit, de l'importance de prendre en compte leur besoin de reconnaissance et leur souhait d'exercer un travail valorisant et d'avoir de bonnes relations avec leurs supérieurs, sans toutefois s'intéresser à l'esprit d'équipe.

Pour Pierre Cauvin, Docteur en sciences sociales et politiques, l'équipe est « *un lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun* »³¹. Ce modèle est clairement celui du domaine sportif : pour être performant, c'est-à-dire, être les meilleurs dans l'environnement compétitif, il faut un esprit d'équipe, ce qui fait que la valeur de l'ensemble est supérieure à la somme des valeurs individuelles. L'esprit d'équipe exige également certaines qualités relationnelles telles que : la reconnaissance (acceptation d'autrui), la solidarité (équipe fait « corps »), la confrontation (meilleure compréhension des autres) et la loyauté (respect des règles fixées par l'équipe). Ce n'est pas pour autant un acquis, une équipe se construit, l'esprit d'équipe se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté, se doter des moyens appropriés, pour faire d'un regroupement d'individus, une équipe unie dans un but commun et pérenne dans le temps.

2.2.2 Construction d'une identité groupale

Le psychologue américain, Kurt Lewin fut le premier à s'intéresser à la notion de groupe qui est, selon lui, un système d'interdépendance entre les membres qui le composent et les éléments du champ (but, normes division des rôles...). Il parle de dynamique de groupe, autrement dit, de la manière dont « *les individus travaillent et se comportent entre eux* »³². Ainsi, une fois le groupe constitué, il est « *soumis à des forces motrices et à des freins, forces qui le font osciller autour d'une position d'équilibre* »³³ et il est primordial que les freins ne l'emportent pas sur les éléments moteurs. Pour cela, il faut étudier les relations du groupe entre chaque individu, avec l'environnement extérieur en tenant compte des forces (extérieures et intérieures).

³⁰ Frederick TAYLOR (1856-1915), ingénieur américain, père de l'organisation scientifique du travail et du management scientifique.

³¹ Pierre CAUVIN, *La cohésion des équipes : Pratique du team building*, Paris : ESF, 2007, p.9.

³² *Op.cit.* Gilles DESSERPRIT, p.2.

³³ *Op.cit.* Pierre CAUVIN.

Par conséquent, pour prétendre à une bonne dynamique de travail en équipe, il faut tenir compte de l'engagement personnel de chaque individu dans le travail collectif (soit leur identification au groupe), de la cohésion d'équipe fondée principalement sur la qualité du lien d'appartenance de ses membres et enfin de leur coopération ou de leur entraide dans la réalisation des activités. Il faut donc bien connaître et reconnaître les tâches de chacun au sein du groupe.

La construction d'une identité groupale passe par différentes étapes³⁴ qui vont de « *l'établissement de la confiance interpersonnelle* » à « *l'état de maturité du groupe* », en passant par « *le retour à la tâche (...)* à un *besoin de structuration et d'organisation internes* ».

En effet, après une période d'essai et de tâtonnement, les individus du groupe parviennent à se connaître réellement entre eux avec un souci de consensus, d'intégration « *on est content d'être ensemble* » et ils sont persuadés d'avoir fait ce qu'il fallait faire. Ils sont auto-satisfaits. Puis vient le moment où les membres du groupe s'investissent plus personnellement dans la réalisation de la tâche en défendant leurs idées. Ils rentrent alors en compétition et les personnalités s'affrontent avec l'émergence d'un leader. On note à ce stade, des départs dus aux tensions trop fortes au sein du groupe. La dernière étape repose sur l'acceptation par le groupe des différentes personnalités qui le composent, chacune apportant « *sa contribution à la solution des problèmes du groupe ou à la réalisation de ces tâches* ».

Par conséquent, les équipes de soins pourront construire leur identité groupale si elles ont le sentiment d'appartenir à une même organisation et cette appartenance doit se construire sur des bases solides.

En 1943, Abraham Maslow crée une pyramide³⁵ afin d'hierarchiser les besoins qui doivent être comblés par l'individu, dans un ordre chronologique. On peut les diviser en deux catégories : à la base de la pyramide, on a les besoins fondamentaux (physiologiques et de sécurité) et en remontant vers la pointe, on trouve les besoins sociaux et psychologiques (reconnaissance sociale, estime et épanouissement). Il explique que tant qu'on n'a pas satisfait un besoin, on ne peut pas accéder au niveau supérieur. Il affirme également que les personnes ne peuvent pas vivre si leurs besoins fondamentaux ne sont pas assurés et si les autres ne sont pas assouvis³⁶.

Le besoin d'appartenance à un groupe se situe dans cette pyramide après les besoins fondamentaux, juste avant l'estime et l'accomplissement personnel.

Et c'est sans doute le sentiment d'appartenance, à travers des valeurs partagées, qui va favoriser la participation, l'épanouissement de chacun au sein du groupe et conditionner un climat chaleureux, de confiance (une « bonne ambiance »).

³⁴ *Op.cit.* Roger MUCCHIELLI, p.27-30.

³⁵ Annexe II: Pyramide d'Abraham MASLOW.

³⁶ *Op.cit.* James MCGRATH, Bob BATES, p.60.

Dans les établissements de santé, l'équipe a ses valeurs, ses codes moraux, ses normes auxquels tous les soignants croient et adhèrent tels que le « prendre soin », la dignité, l'équité, le partage... C'est ce qui fédère les agents, crée le véritable esprit d'équipe et permet une véritable identification au groupe, « *c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens* ». Cette identification n'est pas nécessairement « *soumission, dévalorisation, démission* », « *elle est au contraire moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et par là valorisante* ³⁷».

Aussi, si deux équipes travaillent ensemble, il faudra prendre en compte tous les individus mais aussi l'identité groupale des deux équipes. Le cadre de santé devra concilier ce qui tient de l'individualité et ce qui se rapporte à l'équipe. Autrement dit, il cherchera à la fois une certaine homogénéité dans son équipe par le partage de valeurs, de buts communs et une certaine hétérogénéité des personnalités, sources de richesse des échanges et de créativité du groupe. En effet, « *chaque membre d'une équipe est une ressource pour l'autre* », leurs compétences ne « *s'additionnent pas, elles se potentialisent et se renforcent mutuellement* ³⁸».

Cependant, avoir un certain degré de compétition entre les membres d'une équipe peut s'avérer bénéfique, « l'émulation » permettant d'améliorer l'efficacité mais il faut être vigilant car cela peut vite créer des tensions, de par les fortes personnalités du groupe. Il faut donc un bon dosage entre compétition et collaboration.

Une équipe est fragile, sa construction est longue et c'est un lieu où chaque individu a son importance. Par conséquent, si un seul élément peut détruire cet équilibre instable, à l'inverse, une seule personne peut aussi devenir une source inestimable de motivation et d'apaisement dans une équipe.

2.3 Le travail en équipe

Lorsqu'on ajoute le mot travail au mot équipe, on obtient un regroupement formel dont l'objectif commun est de réaliser conjointement un ensemble de tâches précises, un travail collectif.

Travailler en équipe nécessite donc une collaboration et une coordination entre chaque membre afin d'accomplir les activités avec succès. Comme le démontre le psychosociologue Roger Mucchieli, il faut avoir envie de « *faire ensemble* », le travail en équipe est selon lui, « *une entité renforcée par le désir de collaborer au travail collectif en s'efforçant d'en assurer le succès* ³⁹ »

³⁷ *Op.cit.* Roger MUCCHIELLI, p.53.

³⁸ *Op.cit.* M. FORMARIER, L. JOVIC, p.181.

³⁹ *Op.cit.* Gilles DESSERPRIT, p.1.

Le travail en équipe est très certainement un atout majeur dans une prise en charge de qualité des patients. Néanmoins, la compréhension des rôles de chacun et des relations qui se créent est indispensable pour optimiser l'organisation et la coordination.

En effet, il existe une différence entre un groupe de personnes travaillant ensemble et un groupe de personnes travaillant efficacement en équipe. La pratique du travail en équipe rassemble les professionnels de santé autour de buts communs afin d'améliorer la prise en charge du patient en collaborant avec d'autres acteurs de l'établissement (voir extrahospitaliers). Pour assurer des soins adaptés, sûrs et délivrés au bon moment, il est indispensable d'avoir un collectif coordonné.

Les grands changements subis par les organisations au cours des dernières années ont contribué à une conception plus collaborative et coopérative du travail. Les institutions et les organismes publics et privés en sont bien conscients et les équipes sont de plus en plus utilisées dans les organisations. Cependant différents facteurs viennent modifier les organisations internes des établissements de santé et cela impacte le travail en équipe.

2.3.1 Modifications dans l'organisation du travail en équipe

L'Etat et plus précisément, le ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes avec ses deux directions : la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS), détermine la politique de santé en France. Il s'agit de l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité⁴⁰. Une politique de santé rassemble donc des plans, des programmes de santé et des orientations qui ont un impact direct ou indirect sur les établissements de santé et dans l'organisation du travail en équipe.

- **La Certification des établissements de Santé**

Ce sont les ordonnances du 24 avril 1996 dites « Juppé » portant réforme de l'hospitalisation qui ont introduit l'accréditation et crée l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), comme le précise l'article L. 710-5 : « *Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation* ».

Ce terme sera repris dans la loi du 4 mars 2002 dite « Kouchner » relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ainsi que dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui va remplacer l'ANAES par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'accréditation par la certification avec une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour tous les médecins.

⁴⁰ Loi n°2004-806 du 9 août 2004, modifiée, relative à la politique de santé publique, JO 11 et 12 août 2004.

Le décret du 14 avril 2005 indique clairement la relation entre formation continue et évaluation des pratiques: « *l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue* » et charge l'HAS « *de participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles* » (art 35)⁴¹.

L'HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant d'une autonomie financière. Elle exerce plusieurs missions au sein du système de santé dont l'une d'elle consiste à appuyer les professionnels de santé dans l'amélioration continue de leur pratique clinique pour « *prodiguer des soins plus efficaces, plus sûrs, plus efficaces* ».

La certification est donc une procédure obligatoire d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et des organismes de tutelle, effectuée par des professionnels de santé indépendants (experts-visiteurs) et qui concerne l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle se base sur un référentiel : le manuel de certification.

La procédure et le manuel ont évolué au fil des certifications. La première (V1) a été réalisée en 1999 et était centrée sur l'appropriation du manuel et de l'autoévaluation. La seconde (V2007) était basée sur les actions des EPP et la V2010 sur les pratiques exigibles prioritaires (PEP) et le suivi des indicateurs. La dernière en date, est la certification (V2014), encore en cours dans de nombreux établissements de santé, qui encourage les démarches de terrain en renforçant la prise en compte du patient dans l'évaluation : la méthode du patient traceur est préconisée (évaluation des modalités de sa prise en charge durant son parcours de soin).

L'objectif de la certification est :

- D'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient,
- D'apprécier la dynamique des démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques,
- D'impliquer les professionnels dans ces démarches en valorisant leurs actions.

Il s'agit également de renforcer la confiance du public par la communication des résultats, rendus publique sur le site de l'HAS et de formuler des recommandations explicites aux établissements de santé⁴².

La certification V2014 vise trois axes importants : « *l'évaluation sur l'identification des risques, la qualité réelle de la prise en charge et le travail en équipe* ⁴³ » mentionnés dans les critères (1f et 3a) du manuel. Cela a permis aux équipes de soins de modifier leur regard sur leurs propres pratiques professionnelles en mettant en avant une démarche pluriprofessionnelle lors des EPP mais aussi de

⁴¹ Maud PAPIN-MORARDET, Cours Master Management et Santé, *Qualité et Sécurité des Soins*, UE 4, ECUE 4.2, p 36.

⁴² *Ibid.* pp 37-47.

⁴³ *Op.cit.* Gilles DESSERPRIT, p.3.

renforcer le maintien et le développement des compétences collectives de l'équipe grâce à la coopération entre professionnels de santé. En effet, l'application de différents processus et l'accomplissement de diverses tâches nécessitent la collaboration et la coopération de plusieurs personnes dont le travail en interaction et la communication conduiront à une amélioration ultérieure de la qualité des soins.

- **La réduction du temps de travail (RTT)**

Le décret du 4 janvier 2002⁴⁴ qui fait suite à l'accord sur la réduction du temps de travail dans les établissements de santé, a fixé à 35 heures la durée hebdomadaire du temps de travail, puis à compter du 1er janvier 2004, à 32 heures 30 la durée hebdomadaire de travail de nuit.

Il a instauré la possibilité de bénéficier d'heures ou de jours supplémentaires de repos au titre de la RTT, afin de ramener la durée de travail moyenne à 35 heures. Ces jours et ces heures peuvent être pris dans la limite de 20 jours ouvrés par an.

Le décret de 2002 a également créé le compte épargne temps (CET) qui permet de provisionner un nombre de jours de congés ou de RTT non pris afin d'en disposer ultérieurement.

La mise en place des 35 heures a été comprise par les professionnels de santé comme la création d'un « droit » à des jours de congés supplémentaires avec une réduction de la pénibilité du travail et très peu d'établissements ont pris en compte les effets induits par la diminution du nombre de jours travaillés sur leurs organisations.

Pour un soignant, venir moins souvent au travail réduit ses frais de transports, ses frais de garde d'enfants et augmente son temps personnel. Au sein des établissements, la RTT a mis les organisations en tension avec d'un côté le nombre de jours travaillés en baisse et de l'autre, de nombreux postes non pourvus. Aussi, afin de garantir la continuité des soins, les agents sont rappelés pendant leurs RTT, changent de plannings et d'équipe sans arrêt et réalisent des heures supplémentaires non régulées par des adaptations d'organisations de soins et sans mise en avant du « *faire ensemble en équipe* ⁴⁵ ».

A noter, que les bilans sur les 35 heures, réalisés en 2014 mettent l'accent sur « *la nécessité de repenser les organisations de travail* » afin d'améliorer les conditions de travail, de remotiver les professionnels et de réhabiliter la « valeur travail » à l'hôpital.

⁴⁴ *Op.cit.* Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 (Annexe I).

⁴⁵ *Op.cit.* Gilles DESSERPRIT, p.3.

- **La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)**

Avec la loi HPST du 21 juillet 2009⁴⁶, qui a instauré une culture autour des pôles, l'équipe soignante n'est plus simplement limitée à l'unité de soins (au service). Le décloisonnement et la mutualisation sont devenus des termes familiers et cela modifie la perception du travail en équipe.

De plus, la loi HPST de 2009 a créé un nouveau chapitre dans le code de la santé publique, intitulé « Coopération entre professionnels de santé (article 51) » qui suppose une interaction, une relation, une communication entre les professionnels de santé. Elle est présentée comme une « évolution naturelle » du travail en équipe pour améliorer la qualité des soins et remédier aux problèmes de démographie médicale. L'objectif est également de favoriser de nouvelles organisations des soins qui répondent à des besoins de santé, faciliter l'émergence de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé et ainsi faire évoluer les progrès technologiques médicaux au bénéfice du patient.

Cette démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé quel que soit leur secteur et leur cadre d'exercice (libéral, salarié en établissements de santé public ou privé, centres de santé, maison de santé pluridisciplinaire...).

- **Le développement professionnel continu (DPC)**

La coopération se retrouve aussi dans les orientations concernant les programmes de développement professionnel continu (DPC). Ce dernier est obligatoire chaque année pour tous les professionnels de santé, quels que soient leurs modes et lieux d'exercice.

Le DPC a remplacé, depuis le 1er janvier 2013, le dispositif conventionnel de formation continue et a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique. Il comporte « *l'analyse, par les professionnels de santé, de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences* » dans une démarche individuelle et permanente.

Les programmes proposés doivent répondre à des orientations nationales et reposer sur une méthode validée par l'HAS. Les dernières orientations ont été définies dans l'arrêté du 8 décembre 2015 pour les années 2016 à 2018⁴⁷ qui comporte trois annexes : La première, présente les orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé, la deuxième, liste les orientations définies

⁴⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184, texte n° 1.

⁴⁷ Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018, JO n° 41 du 17 décembre 2015, p 23250.

par les professions de santé ou spécialités à partir des propositions des conseils nationaux professionnels et la troisième, est consacrée aux orientations nationales applicables aux professionnels de santé du service de santé des armées.

Dans l'annexe II, on retrouve dans la cinquième partie « *l'exercice en équipe* », valorisé notamment lors de l'élaboration de protocoles de soins pluriprofessionnels coordonnés pour une meilleure prise en charge des patients.

La norme est assimilée à une règle déterminant l'action valable pour tous les soignants concernés. Les normes et les protocoles deviennent ainsi partie intégrante des soins.

- **La loi de santé de modernisation du système de santé**

De nouvelles orientations importantes pour un meilleur travail en équipe se retrouvent aussi dans la loi de modernisation du système de santé de 2016⁴⁸, au niveau du titre II « *Faciliter au quotidien les parcours de santé* » et plus précisément dans le chapitre IV « *Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient* ».

L'équipe de soins y est définie comme « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination* » (Art. L. 1110-12) qui peut partager les informations concernant le patient si celles-ci sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins.

Dans le domaine de la santé, les équipes de soins, plus que toute autre équipe, ont besoin d'être coordonnées. Il en va de la sécurité, du suivi et de la qualité des soins aux patients. Pourtant, on constate parfois une grande difficulté de passage des consignes entre les équipes de jour et de nuit.

2.3.2 Conditions du travail en équipe

Le travail en équipe peut être une source de motivation pour les agents, faciliter l'épanouissement personnel et l'accomplissement de soi, cependant, certaines conditions comme un bon encadrement, une évaluation des tâches réalisées et un feed-back (communication des résultats) doivent être réunies.

Pour travailler efficacement en équipe, il faut s'investir dans un projet commun et s'engager personnellement pour atteindre les objectifs. La répartition des tâches entre chaque agent doit être claire, connue par tous et doit être en parfaite adéquation avec leur profil (niveau de compétences).

⁴⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1, Chapitre IV, Article 96.

Selon Roger Mucchielli, pour réussir un travail collectif, en équipe, il faut réunir les conditions suivantes⁴⁹:

- Une communication facile entre les personnes, sans discrimination et sans à priori
- Le respect de la parole et la libre expression des désaccords et des tensions
- La « *non mise en question de la participation affective au groupe* »
- L'entraide entre tous les membres
- La connaissance des aptitudes et des limites de chacun
- La « *division du travail après élaboration en commun des objectifs, et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche* ».

Il faut également développer au sein de l'équipe un climat de confiance qui permet aux agents de partager leurs savoirs entre eux et d'innover. Sans confiance, on ne peut pas résoudre les problèmes difficiles et gérer les conflits.

Pour maintenir la cohésion de l'équipe, il faut donc, s'accepter les uns les autres et faire preuve de solidarité, d'entraide en cas de difficultés. Le travail s'accomplit alors dans un climat chaleureux et détendu avec une motivation forte et la volonté de travailler ensemble.

2.3.3 Communication et travail en équipe

Dans une équipe, la communication est un élément indispensable permettant la circulation de l'information qui est la base même du travail en équipe. Elle doit englober autant les informations liées à la tâche que celles liées aux sentiments qui animent les membres de l'équipe qui participent à celle-ci. Il faut savoir écouter avant tout et tout faire pour se faire comprendre. Les membres de l'équipe doivent également partager leurs idées pour être complémentaires.

Toutefois, l'ambiance du groupe doit être propice à une communication fluide et doit permettre à chacun de s'exprimer librement avec confiance. En retour, l'écoute doit être effective. Pour une bonne communication en équipe, il faut savoir passer du rôle d'émetteur à celui de récepteur et vice versa. En effet, pour bien écouter et comprendre l'autre (ici l'émetteur), le récepteur doit se montrer intéressé, le laisser s'exprimer jusqu'au bout, lui poser éventuellement des questions et faire preuve d'empathie à son égard. De même, pour être écouté et compris, l'émetteur doit s'exprimer de façon concise, précise, utiliser un langage commun avec un ton avenant, établir un contact non-verbal positif avec un regard franc et une attitude saine⁵⁰. En effet, « *la perception des mimiques, des*

⁴⁹ *Op.cit.* Roger MUCCHIELLI, p.77.

⁵⁰ Colette BIZOUARD, *Vivre la communication, Entrer en relation*, Lyon : Editions de la Chronique Sociale, 8^{ème} édition, 2008, pp 19-25.

*attitudes, des esquisses de mouvements, renseigne les coéquipiers sur les intentions ou les réactions de chacun*⁵¹» et cela peut être un frein au travail en équipe.

Les problèmes de communication dans une équipe nuisent à l'atteinte des objectifs. En éliminant tous les obstacles, le travail en équipe est plus efficace, performant, cela garantit un climat plus sain et plus stimulant pour chacun. En effet, selon Roger Mucchielli, « *tout obstacle à la liberté des communications dans une équipe l'atteint dans son essence et la ramène au rang d'un groupe structuré quelconque, sans appartenance authentique*⁵²».

En résumé, le travail en équipe n'est pas une tâche facile, il requiert certaines connaissances, habilités et aptitudes permettant à chaque individu de s'adapter à différentes situations dans un contexte déterminé, afin d'y faire face de manière efficace, efficiente, autonome et flexible. Le travail en équipe est donc le lieu de manifestation de différents comportements et attitudes, aussi, un des rôles du cadre de santé est de déterminer si les membres de l'équipe sont en mesure d'interpréter les objectifs communs et les tâches. Autrement dit, s'ils sont capables de coopérer entre eux, dans la réalisation d'activités en échangeant des informations, en assumant des responsabilités, en résolvant les difficultés qui se présentent et en contribuant à améliorer le développement collectif.

On ne peut pas parler du travail en équipe sans évoquer le changement. L'équipe est « l'outil du changement », mais comment l'intègre-t-elle et quels en sont les enjeux ?

2.3.4 Equipe face au changement

On peut voir la dynamique de l'équipe comme la concrétisation du changement, c'est-à-dire la mise en place des actions nécessaires pour briser les freins, favoriser une identité commune et le développement collectif. Pour cela, il est indispensable que tous les membres de l'équipe soient porteurs du changement, aussi, il est légitime de définir clairement le changement et ses enjeux.

Le petit Robert le définit comme « *état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique* » et pour Larousse, c'est une « *modification profonde, rupture de rythme; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi* »⁵³. Ces modifications peuvent porter sur des choses, des personnes ou des situations.

⁵¹ *Op.cit.* Roger MUCCHIELLI, p.54.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Op.cit.* Dictionnaires Le Robert et Larousse.

Dans un environnement contraint, les établissements de santé ont dû développer une stratégie de changement afin d'adapter la réponse aux besoins plus complexes des usagers, de limiter les stratégies défensives des acteurs en potentialisant leur engagement, de développer la coopération, de s'adapter aux normes, aux nouvelles réglementations et d'améliorer la qualité de vie au travail en donnant du sens aux actions. Les décisions de changement ne doivent plus provenir seulement du « *sommet stratégique* » décrit par Henry Mintzberg⁵⁴ comme la direction d'un établissement mais aussi du « *centre opérationnel* », soit les acteurs sur le terrain sous peine de conflits et de phénomènes de résistance.

Le psychiatre, Elisabeth Kübler-Ross a conçu un cycle de changement en cinq étapes⁵⁵ afin d'aider les gens à faire face au deuil (mécanisme de défense de l'organisme) et depuis ce modèle a été adapté pour faire face à tout bouleversement important dans le milieu professionnel. Même si elles sont successives, il est fréquent de ne pas suivre les étapes dans l'ordre énoncé et il arrive même de stagner dans un stade, voire de régresser. Il convient de bien les connaître pour les négocier au mieux⁵⁶:

- Le « *déni ou le refus* » est une étape de choc avec un rejet nécessaire de la réalité du changement. Il faut alors expliquer, écouter, comprendre tout en étant très factuel et en portant l'échange sur un plan concret et professionnel.
- La « *colère* » lorsque la réalité est acceptée, elle peut être tournée vers soi ou envers autrui (le leader). Il convient d'adopter une attitude d'évitement pour ne pas l'alimenter.
- Le « *marchandage* » pour détourner le problème et ne pas l'attaquer de front. Il faudra se montrer ferme vis-à-vis de l'objectif à atteindre mais rester souple sur les modalités.
- La « *dépression ou l'abattement* » font apparaître les émotions comme la tristesse, le regret et un sentiment de démotivation, voire de fuite. Le leader est souvent considéré comme seul responsable de la situation. Il convient de redonner des repères et de pratiquer un renforcement positif.
- « *L'acceptation* » de la situation qui va permettre l'émergence de nouvelles possibilités. Le changement devient permanent. L'attitude à adopter est d'encourager et de favoriser les initiatives tout en redonnant confiance.

Dans les situations difficiles, les interactions entre préoccupations individuelles et collectives sont encore plus fortes, d'où la nécessité d'une écoute attentive et compréhensive, sans oublier d'apporter des solutions ou des propositions.

⁵⁴ Jean-Michel PLANE, *Théorie des organisations*, Paris : Dunod, 4^{ème} édition, 2013, p 69-70.

⁵⁵ Annexe III : La courbe du changement d'Elisabeth KÜBLER-ROSS.

⁵⁶ *Op.cit.* James MCGRATH, Bob BATES, p.128.

Conduire un changement n'est donc pas chose facile. Il faut identifier les possibilités d'action qu'ont les différents acteurs sur la situation afin de comprendre s'ils vont être, un élément moteur, une force ou un frein pour le changement.

Michel Crozier et Erhard Friedberg insistent sur l'intérêt de considérer le changement comme un problème, dans la mesure où « *il n'est pas naturel*⁵⁷ » et de le comprendre comme un processus de création collective. Acteur, pouvoir, incertitude, système sont les piliers de l'analyse stratégique élaboré par ces deux auteurs permettant de comprendre le fonctionnement des organisations, d'analyser l'action collective et le changement social. Pour cela, il faut étudier les enjeux, les intérêts, les règles du jeu des organisations et comprendre les stratégies développées par les acteurs. Ils insistent sur la notion de pouvoir comme élément central d'explication permettant d'orienter la conduite de l'autre, de l'influencer ou de la diriger. Ce pouvoir « *peut ainsi se préciser comme une relation d'échange, donc réciproque, mais où les termes sont plus favorables à l'une des parties en présence*⁵⁸ ».

Ils ont démontré également que dans toute organisation, il existe certaines failles appelées « *zones d'incertitudes* » dans lesquels les acteurs peuvent exercer leur marge de liberté. En effet, même si l'organisation et les missions sont bien définies, les situations de travail engendrent toujours des « aléas » (zones d'incertitudes) entre le prévu et l'imprévu tels que les défaillances techniques, les changements d'individus, d'organisation ou les contraintes issues de l'environnement. Le pouvoir s'exerce par le contrôle de ces zones d'incertitudes qui augmente la marge de liberté individuelle des acteurs.

Les établissements de santé emploient un nombre important de professionnels très compétents dans leur domaine d'activité respectif et la multiplicité des spécialisations des professionnels de santé permet la maîtrise d'une zone d'incertitude indispensable au bon fonctionnement du système. De ce fait, ils acquièrent un pouvoir réel dans l'organisation et plus la zone d'incertitude est étendue, plus grand est le pouvoir. En conséquence, l'organisation est en permanence un lieu de tensions et une régulation est donc nécessaire pour parvenir à la coopération. C'est dans ce contexte qu'il faut envisager la notion de changement.

Tout individu n'y est pas forcément réfractaire et certains y sont même plutôt favorables mais à l'annonce d'un changement, ils commencent souvent par manifester une forme de résistance. Les acteurs commencent souvent par le rejeter car il est synonyme de rupture, de remise en cause, de perte des points de repère antérieurs et suscite une peur de l'inconnu. La première réaction est donc souvent « *affective* » et pour la dépasser il faut donner « *du sens au changement* » et le

⁵⁷ Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG (directeurs de recherches au CNRS et du Centre de sociologie des organisations), *L'acteur et le système*, Paris : Edition du Seuil, 1977, p 34.

⁵⁸ *Ibid.* p 69.

« *rationaliser* » en travaillant sur la compréhension afin qu'il ne soit pas subi⁵⁹. Aussi, même si les professionnels de santé reconnaissent qu'il faut s'adapter à de nouveaux modes d'organisation en modifiant leurs cultures et leurs habitudes de travail, ce changement ne va pas de soi en raison des obstacles individuels et organisationnels à surmonter et génère une certaine anxiété. Les individus craignent de quitter une situation qu'ils connaissent bien, dans laquelle ils sont reconnus et de remettre en question leurs acquis.

De plus, si le bénéfice du changement n'est pas identifié et que les acteurs ressentent une perte de pouvoir ou de « zones d'incertitudes », la résistance sera plus dynamique avec la mise en place d'actions visant à faire échouer le changement.

Kurt Lewin a réalisé un important travail d'analyse à propos des forces motrices et résistantes qui opèrent lors d'un changement (1947) et a ensuite identifié trois phases dans le processus de celui-ci⁶⁰. Selon lui, il existe deux ensembles de facteurs : ceux qui soutiennent le changement (les forces motrices) et ceux qui s'y opposent (les résistances) et en déterminant la force de chaque facteur, on peut « estimer » la réussite ou non d'un changement.

Il démontre également qu'il est nécessaire, avant de mettre en place un changement, de minimiser les résistances en remettant en cause les idées solidement ancrées. Il se sert d'une analogie pour décrire les trois phases de son concept : « *transformer un cube de glace en cône* ».

Tout d'abord, il faut faire fondre le cube (phase de « *dégel* ») qui correspond à la mise en question des croyances, des attitudes et parfois même des valeurs culturelles. Autrement dit, il s'agit de faire fondre « *les idées au sujet de l'ancienne façon de procéder* » puis, vient la phase, dite de « *transition* » entre les anciens repères et les comportements nouveaux. Il faut donner une nouvelle forme au « cube » en le transformant en « cône », ce qui correspond à « *façonner la nouvelle vision des choses* ». Pour finir, dans la phase de « *regel* », il faut solidifier le « cône », ce qui correspond à une consolidation des nouveaux comportements et « *des idées en accord avec la nouvelle façon de procéder* ». A chaque stade, les acteurs concernés par le changement doivent faire l'objet d'un accompagnement particulier, ce point sera abordé dans la partie « management ».

Modèle de gestion du changement de Lewin



http://www.mindtools.com/pages/article/new99M_94.htm

⁵⁹ Michel SIMART, *Management du changement*, EMAMH, novembre 2014-2015, p 37.

⁶⁰ *Op.cit.* James MCGRATH, Bob BATES, pp.132-135.

En matière de changement, il est très important de valoriser le rôle des acteurs, il ne suffit pas d'expliquer, ni de comprendre pour changer, il est primordial d'obtenir leur coopération. Dans un contexte en évolution permanente, il est indispensable de s'intéresser aux membres de l'organisation, aux équipes qui doivent faire l'apprentissage de comportements nouveaux. Il faut qu'ils puissent se les approprier, ils doivent se sentir acteur et « gagnant » dans le changement.

Dans les établissements de santé, les responsables institutionnels et les cadres de santé sont les facteurs de réussite de toutes transformations dans les organisations de travail à travers un accompagnement adapté auprès des acteurs qui constituent l'équipe. Ils sont eux même, soumis régulièrement à des changements et cela modifient leurs modes de management.

2.4 Le management

Face à un environnement contraint et mouvant, le management est devenu une fonction indispensable de toute organisation. Le dictionnaire Larousse le définit comme un « *ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise* ⁶¹ ».

Henry Fayol, ingénieur de l'Ecole des mines, fut le premier théoricien français à s'intéresser à la fonction administrative des entreprises et l'un des précurseurs du management. Selon lui, pour administrer, il faut « *prévoir* » (planifier et anticiper), « *organiser* » (établir les ressources humaines), « *commander* » (indiquer les tâches et instructions), « *coordonner* » (harmoniser et faciliter le fonctionnement) et « *contrôler* » (vérifier l'application des procédures)⁶².

Pour Peter Drucker, conseillé en management aux Etats-Unis, la priorité est de définir la mission, de fixer des objectifs clairs aux équipes, d'analyser, d'organiser le travail, d'informer, d'écouter les employés, d'évaluer les résultats à l'aide de normes et enfin faciliter l'accès à la formation⁶³.

Ces deux théories ont été critiquées par Henry Mintzberg, universitaire canadien en sciences de gestion et auteur de nombreux ouvrages de management, qui s'est intéressé à la structure des organisations et à l'efficacité managériale. Il s'est appliqué à montrer que l'activité du manager est plus complexe et qu'elle s'exerce sur trois niveaux différents⁶⁴ : le contact avec les personnes, l'information et l'action, autrement dit, « *c'est à l'aide des relations interpersonnelles qu'il s'informe et agit* ».

⁶¹ *Op.cit.* Dictionnaire Larousse

⁶² Jean Louis PEAUCELLE, *Présentation et commentaire du livre d'Henri Fayol, Administration industrielle et générale*. [En ligne], Université Paris I, Panthéon-Sorbonne, I.A.E, 2000, p 12.

⁶³ *Op.cit.* James MCGRATH, Bob BATES, p.14.

⁶⁴ Henry MINTZBERG, *Le management, Voyage au centre des organisations*, Paris : Editions d'organisations-Groupe Eyrolles, 2ème édition, 5ème tirage, 2010, pp 36-37.

2.4.1 Fonction managériale du cadre de santé

Le manager est une personne qui, selon sa position dans l'organisme, dispose d'une autorité nécessaire et des moyens appropriés pour organiser le travail, coordonner les actions individuelles, formuler des décisions et des stratégies pour son unité. Il assure la gestion de l'information au sein de l'organisation ainsi que la gestion des équipes et du changement. En effet, le manager est le porte-parole des décisions de l'institution et le relai de l'information ascendante du service vers la direction. Il doit privilégier la communication et encourager vivement la circulation des informations. Il est également gestionnaire de son équipe, des individus qui la composent aussi bien au niveau individuel que collectif et doit être aussi acteur du changement en assurant un accompagnement auprès de l'équipe.

Henry Mintzberg a décomposé le travail de manager en 10 rôles répartis sur trois niveaux cités précédemment (information, contact et décision). Les trois premiers, découlent directement de la notion d'autorité : « *figure de proue, leader, agent de liaison* », les suivants, décrivent les aspects liés à l'information du travail des gestionnaires : « *observateur actif, diffuseur, porte-parole* » et les quatre derniers, évoquent le manager dans une optique plus décisionnelle : « *entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur*⁶⁵».

Face aux évolutions constantes des structures hospitalières, le statut de cadre de santé, initialement associé uniquement à la profession infirmière, n'a cessé d'évoluer depuis la moitié du XX^{ème} siècle. La première école des cadres a été créée en 1952, à Paris par la Croix-Rouge Française mais l'obligation d'une formation pour encadrer les équipes n'a été officialisée qu'avec le décret de 1958⁶⁶ en créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur (CAFIM) et aux fonctions d'infirmier surveillant (CAFIS). Jusqu'en 1975, le cadre est identifié à une infirmière responsable, experte dans le domaine des soins : une surveillante et il faudra attendre le décret d'octobre 1975⁶⁷ et le certificat de cadre infirmier (CCI) pour supprimer les deux fonctions distinctes d'un même métier (surveillant et moniteur) et voir apparaître la fonction d'encadrement. Cette fonction consistait essentiellement à organiser le travail infirmier, à planifier les horaires de présences, de repos et à contrôler la réalisation des soins dans les services. Depuis 1995, avec l'arrivée d'une nouvelle réglementation⁶⁸, quatorze professions peuvent maintenant accéder au diplôme de cadre de santé. « *L'objectif de cette interprofessionnalité étant l'acquisition d'un langage commun et l'amorce d'un*

⁶⁵ *Ibid.* pp 37-48.

⁶⁶ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères) moniteur (monitrice) et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier (e) surveillant (e), Journal officiel du 19 novembre 1958.

⁶⁷ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier, abrogée le 20 août 1995.

⁶⁸ Décret n°95-926 du 18 août 1995 modifié, portant création d'un diplôme de cadre de santé et Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, Journal officiel n°193 du 20 août 1995, page 12469.

décloisonnement au sein des établissements de santé⁶⁹». La formation « contribue à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités », ainsi naît la notion de « cadre de santé » et son nouveau statut sera régi par le décret du 31 décembre 2001⁷⁰.

De nos jours, le cadre de santé doit faire « le grand écart » entre son métier d'origine, sa culture soignante et sa nouvelle posture de manager. Cette dernière est déterminée par différents facteurs tels que le mode organisationnel de la structure et ses objectifs, sa construction identitaire et son parcours professionnel. Pour ce faire, il doit apprendre d'autres manières d'être et d'agir afin de s'adapter à des évolutions continues (politiques, économiques, technologiques...) et d'être en capacité d'animer et de mobiliser l'équipe. En 2005, la direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles de l'HAS a créé un guide autour des pratiques de management afin « d'apprécier la manière dont les différents responsables de l'établissement (...) remplissent à leur niveau la composante managériale de leur mission ». Elle caractérise le management à partir de « cinq fonctions : prévoir; organiser; décider; motiver; évaluer⁷¹», d'où la notion de management situationnel.

En unité de soin, le cadre de santé anticipe, organise l'activité de soin, manage (encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens mis à sa disposition en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Il doit par conséquent, mobiliser en situation plusieurs compétences que l'on retrouve dans la fiche le concernant, dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière⁷² : Anticiper, prévoir, prioriser, décider, arbitrer, négocier, gérer les conflits, organiser et piloter, déléguer, animer, encadrer, mobiliser, évaluer, valoriser, analyser et communiquer.

Il est également responsable du travail des membres de son équipe qu'il motive pour atteindre les objectifs fixés en exerçant son leadership. Il s'agit d'une autorité d'influence, basée sur les relations que le leader noue avec les membres de l'équipe et qui implique de communiquer efficacement avec eux et de les faire adhérer à un but commun.

⁶⁹ Sophie REINHARDT, *Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ?* [En ligne], Université Paris8, CRESPPA, G.T.M, p 3.

⁷⁰ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

⁷¹ HAS, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* [En ligne], Janvier 2005, p 8.

⁷² Annexe IV : Fiche métier : Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

2.4.2 Fonction de leadership

Rober R. Blake, médecin et Jane S. Mouton, psychologue ont établi en 1964 une « grille de leadership ⁷³» pour comprendre les caractéristiques et surtout les conséquences, des différents styles de management. Elle détermine le degré d'intérêt d'un leader pour la production (axé sur le résultat) et pour l'élément humain (axé sur l'équipe) à travers cinq styles de leadership⁷⁴ :

- Le « *management social* » avec une grande attention accordée aux besoins d'appartenance de son équipe et un intérêt faible pour la tâche. L'ambiance dans le travail est agréable.
- Le « *management autocratique (autoritaire)* » où inversement le leader se soucie peu du personnel mais s'intéresse énormément à la réalisation des objectifs en imposant ses idées et son autorité.
- Le « *management de compromis dit intermédiaire* » avec un intérêt moyen aussi bien pour la production que pour le facteur humain et le maintien d'un équilibre entre les besoins des personnes et la nécessité de résultats.
- Le « *management du laisser-faire* » avec peu d'intérêt pour la production et pour l'équipe.
- Le « *management intégrateur* » où le leader porte un intérêt élevé aussi bien sur les résultats des opérations que sur d'excellentes relations avec son équipe. Selon les deux spécialistes, tous les leaders devraient adopter cette approche qui, avec l'engagement de tous, permet de créer des relations de confiance, de respect et d'obtenir de bons résultats.

Pour d'autres théoriciens comme Paul Hersey et Kenneth Blanchard, il n'existe pas de bon ou de mauvais style de leadership. Ils ont développé dans les années 1970, la théorie dite du « leadership situationnel⁷⁵ » selon laquelle le leader doit adopter le style le plus approprié à la situation. Elle est très appréciée des formateurs en management et des managers car « elle donne des conseils clairs pour diriger une équipe ». Selon eux, le leader doit à la fois diriger ses collaborateurs en donnant des instructions détaillées pour qu'ils puissent accomplir leur mission (la tâche) et les soutenir en les encourageants, en les aidants.

Ils proposent « quatre lois du management situationnel du développement à la mise en place de l'autonomie des collaborateurs ». L'autonomie d'une personne regroupe ses compétences et sa motivation. Ainsi, son efficacité au travail dépend de son niveau de professionnalisme mais également du niveau d'énergie qu'elle est prête à investir dans la situation. Pour ce faire, ils ont identifié « quatre postures types de leadership ⁷⁶» :

⁷³ Annexe V : La grille de leadership de R. BLAKE et J. MOUTON.

⁷⁴ *Op.cit.* James MCGRATH, Bob BATES, p 34.

⁷⁵ *Ibid.* p.40.

⁷⁶ Annexe VI : Les quatre styles de leadership de Paul HERSEY et Kenneth BLANCHARD.

- Style « *directif* » : Très organisationnel et peu relationnel, « *je décide* ». Le leader vise à structurer son équipe avec des objectifs bien précis. Il prend les décisions, planifie et garde le contrôle.
- Style « *persuasif* » : Très organisationnel et très relationnel, « *je décide mais j'explique* ». Le leader mobilise, fédère l'équipe autour d'un but commun en les persuadant de son intérêt, prend des décisions et explique ses choix.
- Style « *participatif* » : Peu organisationnel et très relationnel, « *nous décidons ensemble* ». Le leader écoute, conseille, parle peu et travaille sur un pied d'égalité avec ses collaborateurs avec qui il partage la prise de décision.
- Style « *déléгатif* » : Peu organisationnel et peu relationnel, « *vous décidez* ». Le leader décide de responsabiliser les membres de son équipe, il reste en retrait pour laisser place aux initiatives de chacun mais est disponible et répond à toutes leurs sollicitations. Il laisse la responsabilité de prise de décision à son équipe.

2.4.3 Leader ou manager

Il est souvent difficile de distinguer un leader d'un manager.

Le leader est défini par Larousse comme une « *personne qui, à l'intérieur d'un groupe, prend la plupart des initiatives, mène les autres membres du groupe, détient le commandement*⁷⁷ ». Il tient son autorité des membres de l'équipe et il n'existe que par l'intermédiaire de celle-ci. Il est difficile d'établir les principales caractéristiques d'un leader mais les traits de personnalité les plus attendus sont : « *la confiance en soi, l'aisance relationnelle, l'aptitude à motiver, l'intégrité, la responsabilité, l'intelligence, la vision d'ensemble*⁷⁸ ».

Être un leader est une reconnaissance, non un statut. Il tire son pouvoir des relations qu'il noue avec les autres membres de l'équipe et est centré sur les personnes. Il est en quelque sorte le moteur au sein de l'équipe et c'est souvent de lui que viennent les propositions et les initiatives. Son rôle est donc de proposer et d'influencer. Il a une vision, cherche à la réaliser et est un élément indispensable dans une institution afin de motiver les équipes.

Larousse définit le manager comme « *une personne qui gère les intérêts d'un sportif, qui entraîne une équipe* » et qui est « *spécialiste du management* ».

Être un manager dans une entreprise est avant tout un statut. En effet, le manager tient son autorité de la hiérarchie qui l'a désigné et imposé à une équipe sur laquelle il exerce son pouvoir. Son rôle

⁷⁷ *Op.cit.* Dictionnaire Larousse.

⁷⁸ *Op.cit.* James MCGRATH, Bob BATES, p.30.

principal est centré sur la tâche et c'est lui qui organise, coordonne et contrôle l'activité de son équipe. Il a des objectifs qu'il cherche à atteindre et est utile à l'institution afin d'assurer une bonne organisation globale.

Un leader n'est pas foncièrement meilleur qu'un manager et vice versa, Ils sont tous les deux indispensables au bon fonctionnement des institutions et doivent collaborer car ils ont besoin l'un de l'autre. Ce sont des entités qui se complètent et un manager peut parfaitement être un leader au sein de son équipe. Le cadre de santé est reconnu par son équipe qu'il manage au quotidien. Il est à la fois, leader et manager.

2.4.4 Manager une équipe

Bien manager son équipe de soignants ne s'improvise pas. Il s'agit de faire preuve d'organisation et d'un certain nombre de compétences pour mener à bien cette mission.

Il faut être un excellent communicant. Cela passe tout d'abord, par l'écoute et la capacité à respecter chaque agent, une manière de faire accepter les différences au sein de l'équipe et de faire émerger l'estime de soi.

Dans une unité de soin, le cadre de santé pilote une équipe, favorise la communication fonctionnelle entre les différents partenaires et diffuse à bon escient les informations nécessaires au fonctionnement du service.

Il donne des signes de reconnaissance positifs (compliment, éloge, félicitation) ou négatifs (jugement ou critique), dans le cadre de l'activité du service, identifie et reconnaît le potentiel individuel de chaque agent afin de les valoriser dans leur domaine de compétence.

Il prend également des décisions en fonction du contexte, adapte son style de management à la situation de travail et au profil des agents.

Manager une équipe, c'est aussi prévenir et gérer les conflits, négocier des solutions adaptées et afficher un comportement impartial et équitable.

Enfin, le manager doit être présent pour soutenir et conseiller le personnel dont il a la charge, il doit fédérer l'équipe autour d'objectifs communs, de manière à faire ressortir les responsabilités et les capacités d'adaptation de chacun.

Tout cela tend à placer la reconnaissance et la compétence au centre des préoccupations du cadre de santé.

La demande de **reconnaissance** est devenue une composante essentielle de la vie au travail. Elle concerne autant la personne que le travail, peut être à la fois individuelle et collective, financière ou « symbolique ».

Pour Jean Pierre Brun, professeur de management, cela correspond à une considération de l'individu dans sa globalité. Il fait apparaître quatre dimensions « *complémentaires et interdépendantes*⁷⁹ » :

- Reconnaître la personne : « *une conception humaniste et existentielle* » qui s'intéresse aux personnes en tant qu'êtres singuliers. Ici, la reconnaissance porte sur l'individu et non sur l'employé.
- Reconnaître les résultats : « *une approche comportementale* » qui s'intéresse aux résultats effectifs, observables, mesurables et contrôlables du travail. La reconnaissance est donc considérée comme une récompense (salaire, prime...).
- Reconnaître l'effort : « *la perspective subjective* » où les résultats ne sont pas forcément proportionnels aux efforts fournis. Ici la reconnaissance porte sur l'effort, l'engagement et prend en compte les motivations, l'équilibre psychique de l'individu, ses plaisirs et ses peines. Elle est indépendante des résultats finaux et « *se vit surtout dans le registre du symbolique* ».
- Reconnaître les compétences : « *la perspective éthique* » qui s'intéresse aux compétences de l'individu, aux responsabilités individuelles en mettant en avant la qualité de la relation. Cette conception s'appuie sur les valeurs et les principes moraux qui guident une organisation.

Pour Christophe Dejours⁸⁰, la reconnaissance passe par le regard de l'autre et par le jugement qui sera porté sur la qualité et l'utilité de notre travail. Son approche repose plus sur la notion de travail collectif. Pour lui, ce sont les supérieurs hiérarchiques, les collègues et les usagers qui sont en mesure de porter un jugement sur le travail accompli et ainsi donner un sens à nos efforts et à notre investissement. Le jugement peut se présenter sous deux formes : « *le jugement sur l'utilité* » du travail, son importance pour l'organisation ou pour les usagers (utilité sociale, économique et technique) et « *le jugement de beauté* » sur la qualité du travail accompli porté par ses pairs, par ceux qui connaissent et qui comprennent les difficultés du travail. Ce regard d'expert est plus important que celui porté par les supérieurs car il permet une reconnaissance des efforts consentis et de la beauté du travail.

Le fait d'être reconnu par ses pairs n'est pas une simple formalité, elle permet à l'individu de se sentir intégré à un groupe (sentiment d'appartenance). La nuit, lorsque l'IDE est seul, il n'y a pas cette reconnaissance par ses pairs qui « *octroie l'appartenance à un collectif* », pourtant indispensable pour qu'il puisse se considérer comme un professionnel compétent.

⁷⁹ Jean Pierre BRUN, Ninon DUGAS, *La reconnaissance au travail : Une pratique riche de sens*, [en ligne], Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Octobre 2002, pp 8-10.

⁸⁰ Christophe DEJOURS, Isabelle GERNET, *Évaluation du travail et reconnaissance*, [En ligne], Nouvelle revue de psychosociologie 2/2009 (n° 8), pp. 27-36.

La **compétence** peut se définir comme les capacités mises en place, en situation professionnelle, afin d'exercer correctement une fonction (savoir agir en situation).

Pour Guy Le Boterf, Docteur en sociologie⁸¹, c'est « *la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés* ». Il distingue deux types de compétence :

- La compétence individuelle

Elle combine différents savoirs tels que le « *savoir mobiliser* » qui nécessite la mise en œuvre en pratique, à bon escient des connaissances et des capacités, le « *savoir combiner* » où le professionnel doit puiser dans ses ressources afin de sélectionner, organiser et utiliser les éléments nécessaires pour réaliser une activité, le « *savoir transférer* » et le « *savoir-faire éprouvé et reconnu* » qui suppose une mise à l'épreuve de la réalité.

- La compétence collective

« *La compétence des équipes ne peut se réduire à la somme des compétences individuelles qui les composent. Elle dépend largement de la qualité des interactions qui s'établissent entre les compétences des individus. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif* ». Elle se reconnaît au niveau des équipes de travail grâce à une « *image opérative commune* », un « *code et un langage communs* », un « *savoir-coopérer* » et un « *savoir apprendre de l'expérience* » (apprentissage collectif par et dans l'action).

La compétence collective au niveau de l'unité de soins ne peut exister qu'en créant des « *réseaux et des chaînes de compétences* ».

Sa performance est donc liée au niveau de coopération qui existe entre les différentes équipes qui la composent.

2.4.5 Accompagner et « prendre soin » de l'équipe

L'accompagnement, dans les concepts en sciences infirmières, est composé étymologiquement de « AC » qui veut dire rapprochement, proximité et de « compagnon ». Il implique « *une relation à l'autre dans un espace et un temps donné avec bienveillance et sollicitude*⁸² ».

Le bien être des soignants sur leur lieu de travail influe sur la prise en charge des patients, aussi, il est indispensable de développer un collectif et de « prendre soin » de l'ensemble de l'équipe de travail.

Le cadre de santé doit encourager la communication et les relations entre tous les agents afin d'entretenir une dynamique de groupe en prévoyant des lieux et des temps d'échanges. Ces moments permettent à l'équipe de définir des objectifs communs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins

⁸¹ Guy Le BOTERF : *Construire les compétences individuelles et collectives*, 7^{ème} édition, Collection : Livres-Outils, Edition : Eyrolles, 2015, pp 100-117.

⁸² *Op.cit.* M. FORMARIER, L. JOVIC, p 42.

et de favoriser une dynamique de projet. Ils peuvent être formels (réunions organisées et planifiées) mais aussi informels (autour d'un café, d'une pause...). « *Ces moments sont importants dans la vie collective d'un service et favorisent la création du lien social dans une équipe. Apprendre à se connaître, c'est aussi apprendre à travailler ensemble* ⁸³ ».

Le cadre de santé est également attentif à ce qu'aucun agent ne soit exclu de l'équipe, il favorise l'entraide, responsabilise son équipe et la rend autonome. Il doit prendre en considération les besoins et les attentes de chaque individu (conciliation entre vie professionnelle et privée) qui pourront être satisfaits, seulement si les contraintes liées à l'unité de soins le permettent.

Prendre soin, c'est aussi, valoriser la qualité du travail effectué, pas seulement lors de l'évaluation annuelle, mais aussi quotidiennement en montrant sa confiance à l'équipe. Pour cela, il doit fonder « son mode de management sur la relation, l'écoute et l'échange ». Ce management de proximité, respectueux de l'équipe préserve l'usure professionnelle et prévient la banalisation des soins. Il s'agit de prendre « soin de l'équipe » pour qu'elle puisse « prendre soins des patients ». Walter Hesbeen définit le métier du cadre de proximité comme « *un métier qui se situe pour nous, résolument au cœur du soin et qui reflète, plus que jamais, la nécessité de penser et d'accompagner une éthique concrète du quotidien des soins* ⁸⁴ ».

Cet accompagnement est plus difficile avec l'équipe de nuit, de par la distance physique avec le cadre du service. Il est donc plus compliqué de « prendre soin » de cette équipe et cela génère souvent plus des résistances au changement. Le cadre de santé utilise alors, des moyens concrets d'accompagnement au changement afin d'aboutir à une meilleure coopération entre les différents acteurs de soins. Il élabore un projet commun, met en place un plan de formation commun, développe la communication entre eux (journal interne élaboré par tous...), valorise le travail effectué, facilite l'intégration des nouveaux arrivants (période de jour avant le passage de nuit), crée des espaces conviviaux et un mode d'encadrement fondé sur la confiance et favorise l'autonomie.

Manager une équipe à distance (ici l'équipe de nuit), c'est créer et entretenir une communication adaptée avec l'ensemble des membres de l'équipe autour de valeurs professionnelles communes pour améliorer la prise en charge des patients. Pour élaborer un projet collectif de service (nuit et jour), il faut tout d'abord se connaître et se comprendre. La cohésion d'équipe repose, en effet, sur « *l'acceptation et l'expression des différences* ⁸⁵ ». L'équipe à distance est souvent très autonome et le fonctionnement est basé sur une confiance réciproque qui n'exclut pas la vigilance.

⁸³ Anthony VALLAT, De l'humanisme dans le management, *Soins Cadres*, 05/2014, n°90, pp 27-28.

⁸⁴ Walter HESBEEN, *Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin*, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, p 7.

⁸⁵ *Op.cit.* Anthony VALLAT

Le cadre de santé doit se positionner clairement en fixant les règles, en déléguant certaines missions à l'équipe et en assurant le suivi de la qualité des soins dont il est garant. Manager à distance reste un challenge pour le cadre de santé de proximité.

Je ne pouvais pas clore ce paragraphe sur le management sans évoquer le rôle du cadre de nuit dans les institutions et auprès des équipes.

2.4.6 Encadrement de nuit

Le cadre de nuit⁸⁶ répond à « *l'urgence des situations de soins* », est garant du fonctionnement des services, coordonne les ressources humaines, les flux de patient, « *assure la sécurité des personnels, des patients, des soins et des biens* ».

Il a un rôle communicant très important en transmettant les informations dans les différentes unités, en communiquant avec l'administrateur de garde (ADG) pour le tenir informé des situations difficiles et en adressant en fin de nuit, un mail faisant état des différentes situations gérées dans la nuit aux différents directeurs de l'établissement ainsi qu'aux cadres de santé. Il est un partenaire essentiel de l'ADG qui s'appuie sur « *son expertise soignante* ». Il présente différentes qualités indispensables à sa fonction comme l'adaptabilité, la mobilité, la rigueur, la discrétion, le respect d'autrui et le sens des priorités. Il a également une bonne connaissance des équipes de nuit qu'il encadre avec bienveillance (valorisation et reconnaissance), est à l'interface du jour et de la nuit en créant du lien et en donnant du sens aux multiples décisions prises par l'institution. En revanche, il existe un véritable sentiment de solitude et d'isolement pour le cadre de nuit qui n'appartient pas vraiment à une unité de soin, ne gère plus d'équipe propre et qui n'a pas toujours la possibilité de participer à certains projets institutionnels (horaires non adaptés).

Il reste néanmoins un collaborateur indispensable, un atout pour l'établissement et une personne ressource pour les équipes de nuit.

⁸⁶ Carole SYLVESTRE, Christine LEMETAIS, Dossier : Le cadre de nuit, une plus-value, *Soins Cadres*, 07/2015, Supplément au n°95, pp 11-22.

3 La problématique et les hypothèses

Le manager utilise toutes les ressources et compétences de l'équipe (techniques, relationnelles, organisationnelles) afin d'apporter aux patients une qualité de soins efficiente et optimale. Il adapte son style de management à son environnement (nuit, jour). Le cadre de santé mobilise, implique, accompagne son équipe dans différents projets communs de service ou institutionnels en tenant compte de leur identité groupale et de leurs spécificités. Ici, le terme « équipe » est à prendre au sens de « l'équipe unique » du service, soit l'équipe de jour et de nuit.

Ce travail de recherche documentaire présente quelques limites, car il a fallu faire des choix et renoncer à développer certaines théories, mais a permis d'approfondir mes connaissances, de mieux définir et développer ma réflexion. Il a permis également de faire évoluer ma question de départ en une problématique de recherche.

Le cadre de santé responsable du personnel de jour et de nuit avec des identités groupales différentes doit-il adapter son type de management pour faciliter leur appartenance à une équipe « unique » de l'unité de soins ?

A partir de cette question, j'ai pu formuler deux hypothèses :

Les professionnels de santé identifieront les avantages liés au regroupement des équipes jour et nuit s'ils bénéficient d'un accompagnement par la communication.

Dans le contexte institutionnel en pleine évolution, la construction d'une équipe « unique » (jour et nuit) dépend de l'approche managériale du cadre de santé de jour auprès des professionnels de nuit.

4 L'enquête sur le terrain

Pour ce travail de recherche, j'ai réalisé une enquête sur le terrain ce qui m'a permis de rencontrer différents professionnels. J'ai souhaité m'entretenir avec des cadres de santé de jour et des agents de nuit afin d'échanger, de recueillir des informations sur leurs vécus et expériences autour du thème : le travail de nuit.

4.1 Méthodologie de la recherche

L'enquête s'est déroulée au mois de mars 2016 dans différents établissements de santé publics : deux en région parisienne et un autre dans le Vaucluse.

4.1.1 Choix de l'outil

Afin de répondre à ma question de recherche et valider (ou pas) mes hypothèses, j'ai choisi d'utiliser l'entretien semi directif qui me semblait le plus adapté, en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé. A partir de questions, relativement ouvertes, la personne interviewée peut s'exprimer ouvertement dans les mots qu'elle souhaite et dans l'ordre qui lui convient. L'entretien semi directif est une technique d'enquête qualitative très utilisée en recherche sociologique.

Tous les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement validé par ma directrice de mémoire et envoyé pour acceptation aux directeurs des soins des différents établissements concernés. Pour le réaliser, j'ai formulé des questions simples, claires, précises sur les différents thèmes que je voulais aborder et j'ai également prévu des questions de relance afin d'approfondir certaines réponses ou de les recentrer sur le sujet.

La méthode a consisté en un contact direct avec les interviewés sur la base d'un véritable échange à type de conversation. Ils devaient répondre à onze ou quinze questions (selon la catégorie de personnel) dont la plupart étaient ouvertes ou semi ouvertes pour les amener à effectuer un récit ou une description. Très peu de questions fermées.

4.1.2 Essai et modifications

J'ai testé mon guide d'entretien sur une collègue cadre de santé mais non sur un soignant car les deux se ressemblent beaucoup et le temps imparti était trop court. J'ai pu m'apercevoir en réalisant cet

entretien que certaines questions étaient trop directes et que pour d'autres, plusieurs interprétations étaient possibles. Je les ai donc modifiées.

Ce premier entretien a duré 35 minutes, ce qui nous a paru convenable compte tenu de l'emploi du temps chargé des professionnels de santé que j'allais interroger.

Mes grilles de questions finalisées, j'ai pu alors débiter mes entretiens.

4.1.3 Echantillon des professionnels interrogés

Les entretiens n'ont pas pour but d'être « représentatifs », contrairement aux questionnaires. C'est la singularité de chaque cas qui est intéressante. Aussi, j'ai choisi d'interroger cinq cadres de santé de jour, responsables de l'encadrement des équipes de nuit dans différents secteurs de soins et cinq professionnels de nuit (4 IDE et 1AS) exerçant leur fonction dans les mêmes unités (service d'enfants, d'adultes et de personnes âgées).

- **Profil de l'échantillon de cadre de santé**

	Cadre A	Cadre B	Cadre C	Cadre D	Cadre E
Age	47 ans	54 ans	38 ans	42 ans	45 ans
Diplôme de cadre de santé	En 2009	En 1996	En 2004	En 2009	En 2003
Etablissement	Hôpital public de la région parisienne	Hôpital public de la région parisienne	Hôpital public de la région parisienne	Hôpital public de la région parisienne	Hôpital public dans le Vaucluse
Unités de soins	Unité de gériatrie aigue (UGA)	Réanimation polyvalente	Pédiatrie	Hématologie clinique	Médecine infectieuse
Ancienneté dans l'unité	Création du service en 2013	Cadre de l'unité depuis 2005	Cadre de l'unité depuis 2004	Cadre de l'unité depuis 2009	Cadre de l'unité depuis 2011
Ancienneté de la gestion de l'équipe de nuit	Depuis 2013	Depuis 2005	Depuis 2012	Depuis 2012	Depuis 2011

L'échantillon est constitué de cinq cadres de santé que j'ai choisi de nommer, par respect de confidentialité : « Cadre », associé à une lettre allant de A à D pour les différencier.

L'âge minimum est de 38 ans contre 54 ans pour le maximum.

Leur expérience dans la fonction varie entre sept et vingt ans et ils gèrent une équipe de nuit depuis plus de dix ans pour le Cadre B et moins de cinq pour les autres cadres. Deux d'entre eux, ont débuté leur fonction dans l'unité de soins sans avoir dans un premier temps, l'équipe de nuit à gérer (Cadre C, D, E).

- **Profil de l'échantillon des professionnels de nuit**

	Agent 1	Agent 2	Agent 3	Agent 4	Agent 5
Age	30 ans	25 ans	53 ans	26 ans	45 ans
Fonction	IDE	IDE	AS	IDE	IDE
Ancienneté du Diplôme	En 2006	En 2014	En 1988	En 2013	En 1993
Etablissement	Hôpitaux publics de la région parisienne				
service	UGA	Hématologie	Hématologie	Pédiatrie	Pédiatrie
Ancienneté de nuit	Depuis 2006	Depuis 2014	Depuis 2001	Depuis 2013	Depuis 2005
Ancienneté dans le service	Depuis 2013	Depuis 2014	Depuis 2011	Depuis 2013	Depuis 2008

Cet échantillon est constitué de cinq agents de nuits nommés, par respect de l'anonymat : « Agent », associé à un chiffre allant de 1 à 5 pour les différencier.

L'âge varie de 25 à 53 ans, soit une représentation pluri-générationnelle (génération X et Y) et l'ancienneté dans la fonction va de deux à vingt-huit ans selon les agents. Ils occupent un poste de nuit depuis quinze ans pour l'Agent 3, plus de 10 ans pour deux d'entre eux (Agent 1, 5) et moins de cinq ans pour les deux autres. Dans l'unité de soin actuelle, ils ont pour la majorité moins de cinq ans d'ancienneté, seul l'Agent 5 y travaille depuis huit ans.

J'ai choisi des professionnels qui étaient gérés par les cadres de jour que j'avais déjà interrogé. Je n'ai pas pu interroger un agent de nuit travaillant en réanimation car il a décommandé notre entretien pour raison médicale et pour le service de maladie infectieuse dans le Vaucluse, je n'avais pas le temps de m'y rendre.

4.1.4 Méthodes des entretiens

J'ai tout d'abord ciblé les différents établissements où je souhaitais réaliser mes entretiens. J'ai ensuite envoyé des mails explicatifs sur ma démarche d'enquête aux différents directeurs des soins afin d'obtenir leurs accords pour rencontrer les cadres de santé et les professionnels de nuit de leur établissement. Certains n'ont pas répondu et d'autres ont souhaité me rencontrer avant pour avoir de plus amples informations sur mon thème. Au final, trois établissements m'ont donné une réponse positive.

J'ai ensuite pris les rendez-vous avec les cadres et les professionnels de santé en fonction des disponibilités de chacun, de jour comme de nuit. Les dix entretiens ont été réalisés sur plusieurs jours et nuits avec une durée variant de 25 à 45 minutes.

4.2 Limites de la recherche

Les limites ont été nombreuses et le temps imparti pour réaliser cette recherche en a été la première. J'aurais souhaité interroger plus de professionnels (cadres et agents) afin de pouvoir croiser davantage, leurs réponses mais j'ai dû me restreindre à dix entretiens, cinq de chaque et ce faible échantillon ne permet pas de confirmer ou d'infirmer de manière certaine mes hypothèses mais cela donne une tendance d'opinions.

La prise de rendez-vous a été aussi un frein car il n'a pas toujours été simple de trouver des créneaux horaires communs.

Une autre difficulté a été les entretiens avec les équipes de nuit (très restreintes), j'ai dû souvent attendre des heures avant de pouvoir les interroger sans être trop dérangée. Certains entretiens ont du même être fait en deux fois après une longue interruption (en pédiatrie).

Enfin, le démarrage n'a pas été très facilitant, en effet, mes deux premiers entretiens auprès de deux cadres n'ont pas été exploitables. Le premier n'a pas souhaité poursuivre l'entretien lorsque j'ai abordé le thème de la relation avec l'équipe de nuit. Il m'a affirmé ne pas avoir de contact avec le personnel de nuit précisant que c'était le rôle du cadre de nuit. Lui ne s'occupait que de la gestion de leur planning. Il a ensuite appelé sa collègue cadre qui a annulé notre entretien programmé à la suite. La directrice de soins qui m'avait donné son accord, m'a alors contacté par mail pour m'expliquer que l'hôpital était en pleine restructuration et que la gestion de l'équipe de nuit n'était pas une priorité, « *consciente des difficultés relationnelles et de management avec les équipes de nuit, il y a aujourd'hui d'autres problèmes plus urgents à régler* ».

Déçue, quelque peu agacée mais motivée, j'ai contacté d'autres établissements.

4.3 Exploitation des données

Tous les entretiens ont été enregistrés et j'ai fidèlement retranscrit leur contenu. Je me suis astreinte à le faire le jour même afin de respecter, de préserver l'authenticité et la richesse des échanges.

Les entretiens ont pris différentes formes en fonction des obligations de chacun.

- **Cadre A**

Elle m'a reçue dans son bureau. On avait rendez-vous à 14 heures 30 mais elle n'a pu se libérer, d'une réunion non programmée avec son cadre de pôle, qu'à 15 heures 20. N'ayant pas ces coordonnées téléphoniques (nous avons échangé par mail), j'ai demandé au bout d'1/2 heures à une infirmière de la joindre pour savoir si elle maintenait notre entretien ou s'il était nécessaire de le reporter. Elle l'a maintenu en me demandant de patienter. L'entretien a duré 45 minutes et nous n'avons pas été interrompues.

- **Cadre B**

L'entretien s'est aussi déroulé dans son bureau en début de journée, à 8 heures du matin. Elle a prévenu l'équipe de ne pas trop nous déranger mais a souhaité laisser la porte de son bureau entrouverte. Cela m'a un peu déstabilisé car nous entendions les transmissions des infirmières dans le bureau attenant au sien. Je craignais ne pas pouvoir enregistrer correctement l'entretien et qu'elle ait du mal à se concentrer. L'entretien a duré 1 heure mais nous avons été dérangées trois fois par le téléphone et une fois par l'intrusion d'un réanimateur qui venait lui dire bonjour.

- **Cadre C**

Elle a préféré me recevoir dans la salle de staff de son service afin de ne pas être dérangée pendant notre entretien. Celle-ci est excentrée par rapport au service. Elle a juste gardé son téléphone qui a sonné deux fois mais après avoir regardé qui appelait, elle n'a pas répondu à ces appels. L'entretien a duré en tout 40 minutes.

- **Cadre D**

L'entretien s'est déroulé dans son bureau. Malgré une transmission orale auprès des équipes et un mot mis en évidence sur sa porte, nous avons été dérangées deux fois, une fois pour lui demander une clé pour fermer une fenêtre bloquée et une autre fois pour l'interroger sur une nouvelle procédure mis en place dans le service. Elle a répondu à ses demandes puis est sortie du bureau pour rappeler à son équipe qu'elle ne souhaitait plus être dérangée. Nous avons pu terminer l'entretien sans être à nouveau interrompues, elle avait aussi éteint son téléphone. L'entretien a eu lieu à 20 heures car elle avait décalé ces horaires pour rencontrer l'équipe de nuit et a duré 45 minutes.

- **Cadre E**

Je ne l'ai pas rencontré sur son lieu de travail, connaissant très bien ce cadre de santé, je l'ai reçu à mon domicile. Les conditions n'étaient pas tout à fait identiques aux quatre autres entretiens. Nous nous sommes isolées dans une pièce en éteignant toutes les deux nos téléphones. L'entretien a duré 30 minutes sans aucune interruption.

- **Agents A, B, C**

J'ai réalisé mes entretiens dans le bureau des infirmières des différents services, portes fermées. Les infirmières avaient remis leur téléphone à leur collègue aide-soignante. Il n'y a pas eu d'interruption et les entretiens ont duré entre 25 et 30 minutes.

- **Agents D et E**

Faisant partie du même service, elles m'ont reçu toutes les deux en salle de repos qui se trouve juste à l'entrée du service. Elles n'avaient pas leur téléphone sur elles. Nous avons été dérangées une seule fois par des parents qui cherchaient une infirmière. Il a fallu suspendre l'entretien et le reprendre 20 minutes plus tard. Si je ne compte pas cette interruption, les entretiens ont duré 25 minutes.

La lecture attentive et répétée de tous ces entretiens m'a permis d'en extraire des points clés me permettant une analyse fine du contenu et d'avancer dans ma réflexion :

- **La communication**
- **L'accompagnement de l'équipe de nuit**
- **Le sentiment d'isolement de l'équipe de nuit**

5 Analyse des données

5.1 Entretiens auprès des cadres de santé

La guide d'entretien présentait quinze questions⁸⁷. Les premières questions étaient axées sur l'organisation du travail et les suivantes questionnaient la relation avec l'équipe de nuit et son encadrement par le cadre de jour.

5.1.1 L'organisation des services

Les organisations sont différentes selon les unités de soins :

	Effectifs du service	Effectifs de nuit	Horaires de nuit
Cadre A (UGA)	10 IDE et 15 AS en 12h	4 IDE et 6AS	19h30-7h30
Cadre B (Réanimation)	28 IDE et 24 AS en 12h	11 IDE et 12 AS	19h30-7h30
Cadre C (Pédiatrie)	13 IDE et 13 AS/AP en 12h	6 IDE et 6 AP/AS	20h-8h
Cadre D (Hématologie)	17 IDE et 11 AS en 12h	4 IDE et 2 AS	19h30-7h30
Cadre E (Médecine infectieuse)	11 IDE et 13 IDE En 7h30 de jour et en 10 h de nuit	2 IDE et 2 AS	21h- 7h

Par nuit, l'effectif varie entre une IDE en Médecine infectieuse et cinq IDE en Réanimation qui est un secteur normé en personnel (deux IDE pour cinq patients et une AS pour 4).

Suivant les fonctionnements du service, les agents de nuit réalisent un passage de jour plus ou moins long dans l'année.

Aucune rotation entre le jour et la nuit pour l'UGA et le service de Médecine infectieuse.

En Pédiatrie, il est demandé aux agents de travailler un mois de jour mais ce n'est pas une obligation. C'est sur la base du volontariat, même si, c'est fortement conseillé par le cadre de santé lors de

⁸⁷ Annexe VII : Guide d'entretien pour les cadres de santé

l'entretien d'embauche afin de faciliter les rencontres et les échanges inter-équipes et avec les médecins.

En réanimation, faute d'effectif suffisant de nuit, ce sont les agents de jour qui basculent de nuit un mois dans l'année afin de pallier au manque et d'assurer une continuité de prise en charge optimale des patients. « *C'est dommage pour les infirmières de nuit car ce serait bénéfique pour elle de passer de jour pour qu'elles gagnent en compétences et en performance* » déplore le Cadre B.

La situation du service d'Hématologie est un peu différente puisqu'il n'y a pas, contrairement aux autres unités de soins, une équipe fixe de nuit. Le personnel tourne entre le jour et la nuit avec une période obligatoire, d'au moins un mois et demi, de nuit dans l'année. « *Les agents choisissent leur période de nuit à tour de rôle et s'inscrivent sur le planning, édité à l'année* » précise le Cadre D.

5.1.2 L'utilité de la communication

Tous les cadres se rejoignent sur la nécessité d'une communication adaptée avec une équipe de nuit gérée à distance.

Les cinq cadres utilisent des tableaux d'affichages ou des tableaux Velléda pour transmettre les informations générales, du service ou institutionnelles.

Deux d'entre eux communiquent également beaucoup par téléphone en respectant certains horaires pour appeler les agents afin de ne pas les réveiller comme le souligne le Cadre A : « *je suis toujours disponible au téléphone et je les appelle aussi, si besoin mais pas avant 16 heures pour respecter leur sommeil* ».

Deux cadres (C et D) ont mis en place un cahier de transmission mais qui n'est pas toujours rempli et quatre sur cinq échangent par des petits mots sur papier libre insérés dans le planning ou affichés sur le tableau. Tous ont également un classeur pour les comptes rendus de réunion et pour ranger les notes de services importantes. Deux d'entre eux (Cadre B et D) font émarger les agents pour être sûr que l'information soit lue.

Enfin, quatre sur cinq se déplacent le soir ou le matin pour rencontrer et discuter avec les agents de nuit. La Cadre D décale ses horaires tous les quinze jours pour finir à 20 heures 30, le Cadre A reste un soir tous les deux mois jusqu'à 21 heures 30 et le Cadre B passe, un vendredi par mois, une partie de la nuit, « *jusqu'à 2 heures* » avec l'équipe.

Malgré cela, le Cadre D s'aperçoit que « *certaines informations ne passent pas* » et pour le Cadre B : « *on a toujours l'impression que les gens découvrent les informations même si on met plein d'outils en place* ». Il reconnaît cependant, « *qu'il y a énormément de messages à transmettre et que l'information doit aussi être expliquée pour être comprise* ».

Communiquer est un besoin mais c'est aussi un outil managérial pour atteindre un objectif auprès de l'équipe. Les réunions permettent d'établir une relation en transmettant des informations. La fréquence varie selon les services.

En Hématologie, le cadre réunit ses équipes tous les mois pour une réunion à thème de 18 heures 30 à 20 heures sur les organisations du service et en fait une autre tous les deux mois avec le cadre de pôle, juste pour transmettre des informations.

A l'UGA, le cadre ne fait pas de réunions régulièrement mais elles sont organisées à 17 heures et en Réanimation, il n'y en a qu'une par an avec tout le personnel. Le reste de l'année, il fait des réunions à 18 heures entre professionnels d'une même catégorie de personnels. Ces horaires permettent à tous les agents d'être présents, y compris l'équipe de nuit.

Les deux autres cadres (C et E) organisent des réunions mensuelles en début d'après-midi, à 14 heures et ont « *conscience que cet horaire est inadapté pour l'équipe de nuit* ». Selon eux, l'horaire importe peu : « *même si les réunions ont lieu à 17 heures, on ne les voit pas beaucoup* ».

Pour les cinq cadres de santé interrogés, la majorité des réunions n'ont pas de caractère obligatoire. Des comptes rendus sont ensuite réalisés et mis à la disposition des agents.

Le cadre de santé doit donc avoir une communication descendante mais aussi ascendante comme l'explique Henry Mintzberg⁸⁸. En effet, selon lui, le cadre de santé doit avoir un rôle « *d'observateur actif* » en recherchant les informations, de « *diffuseur d'information* » auprès de ses équipes et enfin de « *porte-parole* » en charge de la communication vers l'extérieur.

Les objectifs principaux de la communication au sein de l'équipe sont d'apporter à chacun des intervenants l'information nécessaire pour améliorer les organisations et la prise en charge des patients.

5.1.3 L'accompagnement par les cadres de santé

L'accompagnement des équipes par les cadres de santé se manifeste par sa présence auprès de celle-ci, passe par l'écoute, les travaux de groupes, les conduites de projets, la responsabilisation des agents et les changements.

Les équipes considèrent souvent que les changements sont imposés par la hiérarchie et le rôle du cadre est d'en expliquer les intentions. En effet, si on reprend la théorie de Michel Crozier et de Erhard Friedberg, lors d'un changement, les agents se retrouvent dans une « *zone d'incertitude concernant leur avenir et le pouvoir* ⁸⁹ » et le pouvoir se trouve sous le contrôle de la hiérarchie.

⁸⁸. Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Paris : les Editions d'organisation, 2ème édition, 2006, 283 p.

⁸⁹ *Op.cit.* Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG

Le cadre de santé doit faciliter la mise en œuvre du changement en diminuant ces zones d'incertitudes et en répartissant les pouvoirs. Il va rendre les agents acteurs du changement afin qu'il ne soit pas subi. Il s'agit de comprendre si les agents se sentent du côté du gagnant ou du perdant, autrement dit, comment ils perçoivent le changement et ce qu'ils redoutent de devoir abandonner. Olivier Devillard conseille de « *visualiser la représentation que son équipe se fait de la situation* ⁹⁰».

Dans notre enquête, un seul cadre de santé n'a pas vécu de changement avec les équipes de nuit (Cadre E). Trois autres en ont vécus plusieurs comme la mise en place des 12 heures de nuit, la gestion des commandes, la réalisation des toilettes pour les patients intubés et la prise en charge des entrées la nuit en Réanimation... Ce sont essentiellement des changements organisationnels et la mise en application n'a pas toujours été facile comme le fait remarquer le Cadre B : « *on sent que c'est difficile pour eux de s'adapter* » et le Cadre C lors du passage en 12 heures : « *ce fut très difficile à accepter, elles n'en voyaient pas l'intérêt, il y a eu tellement de résistance que la direction a fini par l'imposer* ».

Ces deux cadres de santé soulignent aussi que tout changement doit être accompagné afin d'éviter les résistances : « *j'ai fait quelques nuits pour accompagner les agents dans ces changements, ce qui a limité les résistances* ». Le cadre D précise même que « *tout changement nécessite bien un accompagnement des équipes mais que cela n'évite pas toutes les résistances* ».

La situation décrite par le Cadre A est un peu différente puisqu'il s'agit d'une création de service, pour elle « *ce n'est pas un changement, il n'y avait rien (...), personne ne savait vraiment où on allait (...), il a fallu se projeter mais tout le monde était partie prenante, c'était l'aventure, il fallait tout créer, avoir une dynamique* » et il rajoute que son rôle a été « *d'accompagner les équipes pour que tout se passe bien* ».

Accompagner, c'est aussi mettre en place une dynamique pour fédérer les équipes autour de projets communs.

Les cinq cadres de santé confirment que les équipes de nuit participent aux projets de service, de pôle ou institutionnels. Deux d'entre eux, soulignent leur dynamisme et leur investissement, « *les gens de nuit sont assez moteurs, ils sont demandeurs, mobilisés et deviennent des porte-paroles en relayant le résultat du groupe de travail aux autres membres de l'équipe de nuit* » et « *ils sont souvent force de proposition* ». Un des cadres remarque tout de même que « *ce sont toujours les mêmes personnes qui participent et que certains, on ne les voit jamais* ». Un seul mentionne les horaires souvent inadaptés des réunions de groupe de travail, « *faites à 14 heures* ».

Se rassembler autour d'un projet permet d'avancer ensemble, de donner du sens au travail et permet au cadre de santé de jour, d'être plus près des équipes de nuit.

⁹⁰ *Op.cit.* Olivier DEVILLARD

Bien que l'accompagnement soit un des rôles majeurs du cadre de santé, le temps qu'elles peuvent y consacrer est limité au vu de toutes les activités quotidiennes qu'elles doivent réaliser.

5.1.4 Le sentiment d'isolement de l'équipe de nuit

Le travail est bien une activité sociale qui s'adresse à l'autre, aussi la relation aux collègues, au cadre est un facteur crucial dans la faculté des individus à supporter ou non la situation de travail la nuit. Le soutien social au travail est un élément indissociable du bien-être au travail. La vie professionnelle est donc un espace social, d'échange, de construction de soi et de reconnaissance.

Quatre cadres sur cinq ont employé le mot « *isolé* » pendant les entretiens en parlant de l'équipe de nuit. L'isolement n'est pas assimilable à une simple solitude, il se manifeste par une coupure des liens avec le groupe d'appartenance (équipe) qui n'est pas la manifestation d'une volonté, mais celle d'une incapacité.

Les cadres interrogés tentent de réduire ce sentiment d'isolement et aussi le manque de reconnaissance qui lui est souvent associé. Le Cadre D, lui crée du lien entre les équipes en organisant des repas partagés avant les vacances d'été et à Noël afin de « *maintenir une cohésion et une dynamique d'équipe* ».

Tous les cadres reconnaissent également des compétences spécifiques au personnel de nuit. Ils attendent de « *l'autonomie, une bonne capacité d'analyse, un très bon esprit d'équipe, de l'entraide au travail, un excellent relationnel, un vocabulaire professionnel, de solides connaissances* » pour « *être capable d'anticiper et de prendre des initiatives* » en l'absence de médecins. Ce qui amène le Cadre A à prendre position : « *je pense que mettre des professionnels nouvellement diplômés de nuit, par exemple une infirmière toute seule dans un service, ce n'est pas aidant. Ce n'est pas bien pour les patients et ce n'est pas bien pour le professionnel non plus, mais ça cela n'engage que moi. Il me semble qu'il faut quand même avoir un peu d'expérience professionnelle et avoir des connaissances solides* ».

Pour ne pas mettre les agents en difficulté, quatre cadres sur cinq font une intégration de jour, de quinze jours pour les aides-soignants et de trois semaines à deux mois pour les infirmiers, « *il faut au moins ça pour les accompagner dans leur prise de poste de nuit* ». En Hématologie, la situation est différente et un nouvel infirmier ne passe pas de nuit avant six mois de fonction de jour.

Afin de faciliter les relations inter-équipe, le Cadre A procède tous les deux mois à des changements de roulement pour mixer les équipes entre elles la journée ou la nuit afin d'éviter les cloisonnements.

La reconnaissance consolide le sentiment de compétence et entraîne une certaine satisfaction de la part des membres de l'équipe. Aussi la campagne d'évaluation annuelle et de formation est un

moment privilégié d'échange entre l'agent et le cadre de santé, parfois, même il s'agit de l'unique rencontre dans l'année entre eux.

Pour tous les cadres interrogés, les entretiens sont planifiés en avance et les agents reçoivent une convocation. Pour la plupart, ils essaient de les programmer dans des créneaux horaires adaptés au rythme de nuit.

Trois cadres sur cinq ont avoué avoir des difficultés pour évaluer les compétences des agents de nuit puisqu'ils ne les voient pas, ou très peu, travailler : « *les évaluations me posent problème car je ne les vois pas travailler en vrai* » et « *je me base sur de l'observation, sur les commentaires des personnels de jour, les transmissions écrites, le dire des patients et sur les enquêtes de satisfaction* ».

	Horaires d'évaluations
Cadre A	Le soir à 18h30, avant la prise de poste
Cadre B	A 6h du matin avant leur départ
Cadre C	Entre 14h et 17h 30
Cadre D	En journée lors de leur passage de jour ou à 18h30 avant leur prise de poste
Cadre E	Le matin après leur nuit ou bien le soir, juste avant leur prise de poste.

Un seul cadre ne décale pas ses horaires le matin ou le soir pour rencontrer les agents de nuit et leur demande donc de revenir en journée. Les quatre autres s'adaptent en fonction des disponibilités de chacun, le soir ou le matin.

Accorder de la reconnaissance aux autres, c'est en recevoir en retour mais cela demande une connaissance du travail de l'autre.

Pour tous les cadres interrogés, les relations entre les équipes de jour et de nuit sont plutôt « *bonnes* ». Cependant quatre d'entre eux évoquent aussi un équilibre fragile qui peut vite « *déraper* ». Selon eux, « *la collaboration se fait bien* » mais « *il faut tenir compte des caractères de chacun, du facteur humain* ». Il y a encore trop souvent « *des reproches, des tiraillements* » comme : « *tiens, ils n'ont pas fait ci, tiens, ils n'ont pas fait ça* » ou bien « *ça, c'est encore la nuit* » et le rôle du cadre de santé est « *d'apaiser les tensions* », de « *recadrer, de fixer des limites dans les propos de chacun* ».

Pour le Cadre B, « *c'est toujours un peu tendu, les agents de nuit ont toujours l'impression qu'on leur colle les rangements et d'autres tâches et que la journée se décharge sur eux* ». Il faut donc être « *attentif au quotidien, aidant et conciliateur* ».

Le mot « *clivage* » a été cité par trois cadres de santé lors des entretiens.

Pour terminer sur la reconnaissance du travail de nuit, il me semble important de citer une remarque faite par la Cadre A qui essaie de « *donner souvent de la valeur et du sens au travail de nuit car de jour, les agents sont souvent félicités par les familles et la nuit il n'y pas cette forme de reconnaissance* ».

5.1.5 Les difficultés dans l'encadrement de l'équipe de nuit

Les dernières questions de mon guide d'entretien interrogeaient les cadres de santé sur leur mode de management avec leur équipe de nuit et sur les difficultés rencontrées.

Tous décrivent un management plutôt participatif qui repose sur la construction d'une relation de confiance entre le manager et son équipe. Cette dernière doit s'impliquer, s'engager fortement dans la prise de décisions et avoir une grande capacité d'autonomie. Le manager doit s'intégrer à l'équipe et la responsabiliser.

Deux d'entre eux évoquent aussi, selon les situations et au vue de la distance physique, un management plus directif basé sur des consignes strictes et sur l'application de procédures. Dans ce type de management, l'autonomie, la confiance sont limitées et cela génère certains comportements hostiles ainsi que des problèmes relationnels avec un mal être au travail.

Le Cadre B affirme avoir un management différent envers l'équipe de nuit. Il est plus dans l'observation, ne veut pas les brusquer et ressent même une gêne lorsqu'il passe une partie de la nuit avec eux. Il a presque l'impression que les rôles sont inversés et que c'est lui qui doit se faire accepter par l'équipe de nuit : « *je suis là depuis plus de dix ans et j'arrive comme une petite fille (...) en me disant qu'il faut que j'aille doucement pour qu'ils m'acceptent. C'est presque le ressenti inverse* ».

Le Cadre A essaie d'avoir un « *management identique, de ne pas faire de différences* » entre le jour et la nuit, « *l'important est la sécurité de la prise en charge des patients et que chacun respecte ses engagements* » mais il avoue, comme trois autres de ses collègues, que cette mission n'est vraiment pas simple.

Les principales difficultés résident dans la distance et dans le défaut d'encadrement des équipes de nuit. Le Cadre A souhaiterait « *être plus présent* », le Cadre B le vit comme une « *frustration* » car il n'est pas disponible pour résoudre les problèmes en temps réel, comme en journée, le Cadre C se plaint de ne pas les rencontrer, d'avoir peu de communication avec eux et le Cadre E déplore de ne pas les voir travailler, de se baser sur des « *on-dit* ».

Seul le Cadre D gérant « *une équipe unique* » ne rencontre pas de difficultés et ne fait pas de différence. Sa conclusion est la suivante : « *l'organisation d'une rotation entre le jour et la nuit est selon moi, idéale car j'ai une parfaite connaissance de tout mon personnel* ».

Pour finir, j'ai souhaité savoir si cette gestion de l'équipe de nuit avait été un choix pour le cadre de santé de jour ou au contraire, imposée par la hiérarchie.

Pour deux d'entre eux, cette gestion leur a été imposée par la direction des soins, pour deux autres, au contraire, ce fut un choix et ils ont même été à l'initiative du projet. Avoir le choix est vraiment une notion fondamentale dans l'acceptation de tout changement. Pour le Cadre B, la gestion de l'équipe de nuit se faisait déjà par le cadre de santé de jour lorsqu'il était infirmier dans cette unité, alors, aucune surprise et « *c'est très bien comme ça. Il faut gérer la nuit pour avoir la même qualité des soins* ».

5.2 Entretiens auprès des professionnels de nuit

Le guide d'entretien présentait onze questions⁹¹. Les premières questions faisaient référence à l'organisation de travail de nuit puis les suivantes étaient centrées sur la communication et sur la relation entre le jour et la nuit.

5.2.1 L'organisation du travail de nuit

Au niveau des organisations, tous les agents interrogés travaillent sur un cycle de douze heures, certains commencent à 19 heures 30 et finissent à 7 heures 30 (UGA, Hématologie) et d'autres, comme en Pédiatrie travaillent de 20 heures à 8 heures.

L'effectif infirmier de nuit est plutôt de deux soignants sauf pour la pédiatrie qui en compte trois par nuit. En ce qui concerne les aides-soignantes ou auxiliaires de puéricultrice, l'effectif varie d'un à trois agents. On retrouve de façon logique trois aides-soignantes dans les services où il y a la plus de nursing (UGA et Pédiatrie). L'Agent 3 insiste sur le travail en collaboration avec l'infirmière « *ce que moi j'aime bien c'est qu'on travaille en étroite collaboration avec l'infirmière, on travaille vraiment main dans la main en binôme* » et les Agents 4 et 5 sur la notion d'entraide et d'organisation du travail « *on organise le travail entre nous* », « *on se répartit les tâches (...) et quand il y a besoin d'entraide, on est tous là* ». Aucun agent n'a évoqué le manque d'effectifs de nuit dans leur unité. L'Agent 2 précise juste que certaines nuits, il y a du personnel de remplacement pour compenser certaines absences.

Mise à part le service d'hématologie, tous ont une équipe fixe de nuit, néanmoins certains d'entre eux ont une période à effectuer de jour.

En UGA, il n'existe aucune rotation du personnel de nuit avec celui de jour, ce qui convient parfaitement à l'Agent 1 même s'il reconnaît qu'une période de jour d'un mois serait bénéfique pour

⁹¹ Annexe VIII : Guide d'entretien pour les professionnels de santé de nuit

mieux comprendre le travail de la journée *« si c'est bien organisé, cela permettrait de savoir ce qu'elles font la journée et peut être de réorganiser le travail de nuit »*.

En Pédiatrie, il est demandé de faire un mois de jour dans l'année sur la base du volontariat, l'Agent 4 accepte volontiers *« Moi j'aime bien car ça me permet de me former aux nouvelles techniques, de rencontrer les pédiatres, d'échanger avec les filles de jour autrement que pendant les transmissions du soir et du matin »* alors que l'Agent 5 refuse cette rotation *« moi je préfère rester de nuit et comme ce n'est pas obligatoire, je ne passe pas de jour »*.

En ce qui concerne l'Hématologie, les agents tournent entre le jour et la nuit avec un minimum d'un mois de nuit pour tous. L'organisation n'est pas figée, chacun les fait quand il veut. L'Agent 3 en fait même un peu plus et précise qu'on ne passe pas de nuit quand on arrive avant d'avoir fait six mois de jour. Pour l'Agent 2 *« Ça permet de changer de rythme et les soins qu'on fait ne sont pas les mêmes la nuit et le jour. Ça permet de connaître le travail de nuit et de mieux comprendre certaines difficultés comme le manque de sommeil »*.

La plupart est donc favorable à une courte période de rotation entre le jour et la nuit qui permettrait d'acquérir de nouvelles compétences et de suivre plus facilement des formations.

5.2.2 Les modes de communication

Comme nous l'avons évoqué dans le cadre conceptuel, la communication est l'élément de base qui permet la circulation de l'information. Pour tous les agents interrogés, la communication passe par des rencontres régulières avec le cadre de santé, les médecins et les collègues de jour lors de réunions. Mais quand est-il vraiment sur le terrain ?

La réunion animée par le cadre de santé est un des moyens de communication permettant de donner des informations et de créer de véritables échanges mais pour les agents, le problème majeur reste les horaires qui restent souvent inadaptés. Comme je l'ai déjà mentionné dans l'analyse des questionnaires des cadres de santé, il y a encore des réunions qui sont faites à 14 heures ou à 15 heures et cela ne permet pas aux agents de nuit d'y assister comme le dit très bien l'Agent 4 : *« Ça ne me pose pas de problème de revenir en journée mais à 14 heures pour ceux qui ont travaillé la veille, se réveiller à midi pour venir ici à 14 heures c'est assez difficile »*. Cependant, il rajoute : *« Ces réunions sont pourtant utiles car elles nous permettent d'échanger entre nous et d'obtenir certaines informations sur l'hôpital »*. L'Agent 1 y va rarement car il dit ne pas être convié lors de l'affichage des convocations.

Tout cela démontre que les agents de nuit se sentent parfois exclus des réunions, pourtant ils les trouvent très utiles pour *« échanger avec l'équipe de jour et avec les médecins qu'on ne voit pas de nuit et avec la cadre qu'on ne voit pas non plus tout le temps »* (Agent1).

Pour les agents du service d'Hématologie, cela permet également de rencontrer la contre équipe « *qu'on ne voit jamais* » et ils apprécient également des moments d'échanges plus informels comme le repas de service organisé par le cadre de santé avec les médecins.

L'autre moyen de transmettre les informations, ce sont les tableaux d'affichages. Tous les agents interrogés en ont parlé mais déplorent le nombre trop important de notes, « *il y a trop d'affiches à lire sur le tableau* » (Agent 3) ou « *il y a trop de papier, du coup, on ne lit pas* » (Agent 5).

Certains ont aussi évoqué la recherche d'information sur Intranet (service d'Hématologie) mais tous préfèrent la transmission orale.

Comme je l'ai mentionné dans mon cadre conceptuel, une bonne communication, une bonne transmission d'informations permet un travail en équipe plus efficace et plus performant.

5.2.3 L'accompagnement de l'équipe de nuit

En quelques décennies seulement, le caractère instable de l'environnement de travail a provoqué de nombreuses transformations et le monde de la santé n'a pas échappé à ces bouleversements. En effet, depuis quelques années, réorganisations du temps de travail, mise en place des pôles et autres changements sont venus modifier le travail des équipes et ont engendré des changements d'organisation et/ou de fonctionnement pour le jour et la nuit.

L'Agent 4 récemment recruté de nuit, n'a pas encore connu de changement au sein du service. L'UGA, est un nouveau service créé en 2013 et il a connu de nombreux changements comme par exemple, la mise en place des prescriptions informatisées et de nouvelles procédures mais pour l'Agent 1, « *ils n'ont pas été vraiment accompagné, on est allé à une formation de jour pour les prescriptions et après il a fallu se débrouiller* ». Il met en avant la solidarité de nuit, « *heureusement la nuit, on s'entraide beaucoup avec les autres infirmières. Ça aide* »

Un autre changement douloureux a été celui du passage en 12 heures de nuit au lieu de 10 heures en Pédiatrie. L'Agent 5 déplore lui aussi le manque d'accompagnement par l'encadrement « *personne ne nous a accompagné, il a été même un peu imposé* » et a même le sentiment d'avoir été trahi. « *On nous a dit que c'était pour améliorer la prise en charge des enfants, moi ce que je vois c'est que ça nous a rajouté des soins. Les raisons n'étaient pas très claires et on a eu l'impression de se faire avoir, enfin c'est comme ça, la nuit, on subit* ».

Cela démontre bien que tout changement doit être expliqué. Les objectifs doivent être spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et temporellement définis (S.M.A.R.T)⁹² pour qu'ils soient

⁹² Annexe IX : Objectif S.M.A.R.T

acceptés par la majorité du personnel. L'équipe doit être accompagnée dans son fonctionnement, sa réflexion, sa prise de décision et ses actions, pour qu'elle puisse cheminer et gagner en autonomie, performance et créativité. Ceci est confirmé par les Agents 2 et 3 du service d'Hématologie qui adhèrent parfaitement aux changements impulsés et accompagnés par le cadre de santé. Les changements ne sont pas seulement vécus par l'équipe de nuit mais par toute l'équipe de l'unité de soins, qu'on pourrait aussi appeler : « grande équipe » ou « équipe unique du service, *« on travaille ensemble et les changements sont toujours très bien acceptés si c'est pour améliorer le confort du patient »*.

Certains changements peuvent être vécus comme des événements violents et peuvent engendrer des souffrances psychiques, ébranler les relations entre les membres d'une équipe qui perdent un certain nombre de leurs repères essentiels, provoquant des insatisfactions et une mauvaise ambiance au travail. L'Agent 3 a travaillé de nuit dans d'autres services où les changements n'étaient pas accompagnés et en est arrivé à la conclusion suivante : *« on se retrouvait seule face aux changements et du coup, on n'y adhérerait pas du tout ; Je pense que tout passe par la communication et par les explications, on doit comprendre ce que l'on fait »*.

Pour reprendre Michel Simard, il faut donc donner du sens au changement et qu'il soit bien compris pour ne pas être subi.

Mais accompagner l'équipe permet aussi une meilleure socialisation. Cette dernière apporte une certaine reconnaissance du travail fourni et lui accorde de la valeur. L'intégration des agents de nuit dans les différents projets de l'unité, du pôle et institutionnels favorise cette socialisation et la construction d'une identité professionnelle à travers les relations avec autrui.

Les cinq agents interrogés soulignent l'importance de participer à ces projets pour améliorer la continuité de prise en charge des patients mais déplorent les horaires inadaptés de ces groupes de travail. Il faudrait *« les inclure dans notre temps de travail afin de ne pas revenir systématiquement sur nos repos ou adapter les horaires au personnel de nuit »* (Agent 5).

Le partage d'idées et la participation à la réalisation d'objectifs communs participent aussi au renforcement du sentiment d'appartenance à une même équipe.

5.2.4 Le sentiment d'isolement de l'équipe de nuit

Le terme « isolement » se retrouve dans la majorité des entretiens. Les équipes de nuit doivent répondre aux exigences de conformité et de qualité des soins. Cet objectif, évidemment également poursuivi en journée, prend une dimension particulière la nuit, du fait de l'absence des médecins. En effet, alors que, dans la journée, de nombreux intervenants (équipe médicale, cadres de santé...) sont

présents, l'équipe de nuit, composée le plus généralement de deux ou trois infirmières et d'une à trois aides-soignantes, ne voit jamais ou rarement les médecins et les cadres de santé.

Je ne vais pas trop m'attarder sur l'Hématologie car grâce à la rotation du personnel entre le jour et la nuit, il n'y a aucune difficulté pour rencontrer le cadre de santé.

A l'UGA, « *le cadre passe de temps en temps le soir* », *ce n'est pas régulier* » et en Pédiatrie, elle ne vient jamais les voir, « *elle ne décale pas ces horaires (...), on ne la voit pas la nuit* ». L'Agent 5 a connu l'ancien cadre qui venait tous les mois de 20 heures à 23 heures rencontrer l'équipe et ces moments d'échanges étaient très importants « *ça nous permettait de discuter avec elle sans que l'équipe de jour soit là, elle nous écoutait et essayait de répondre à nos questions* ».

On peut voir qu'il y a de grandes disparités entre les services en ce qui concerne la fréquence des rencontres avec le cadre de santé de jour. Or, si on reprend la théorie de Mucchieli, le manque de communication avec l'équipe de nuit ne permet pas à celle-ci de développer un sentiment d'appartenance à l'équipe du service.

En ce qui concerne les médecins, ce sont toujours les mêmes remarques qui reviennent comme : « *ils ne nous connaissent pas et on ne les connaît pas non plus* » ou « *on ne les voit jamais* ». Seul les agents du service d'Hématologie ont une autre approche avec l'équipe médicale « *les médecins nous font confiance car ils nous connaissent bien grâce aux périodes de travail de jour et à leurs astreintes la nuit et les weekends* ».

La majorité des soignants de nuit se plaignent de leur isolement au sein de l'hôpital. Cette situation peut générer des situations parfois difficiles à surmonter, notamment lorsque les infirmiers n'ont aucune expérience du travail de nuit et qu'ils doivent prendre en charge un service.

Les soignants de nuit font également souvent part d'un manque de reconnaissance. Ce dernier va de l'oubli et de la non prise en considération de l'équipe de nuit (pas de participation aux décisions, manque de transfert d'informations, matériel de soins mis sous clé...) pouvant aller parfois jusqu'au dénigrement du travail accompli.

Les deux dernières questions de mon guide d'entretien portaient justement sur les relations avec l'équipe de jour et aussi sur le sentiment d'appartenance à « l'équipe » du service.

	Relations avec l'équipe de jour	Sentiment d'appartenance à l'équipe du service
Agent 1	« Correctes »	« C'est mitigé, il faudrait plus nous intégrer, on est souvent oublié »
Agent 2	« Bonnes »	« Un grand oui, on fait partie vraiment de l'équipe du service, on se sent bien intégré ».
Agent 3	« Normales »	« On forme une seule équipe, il y a une bonne cohésion d'équipe »
Agent 4	« Bien »	« On est moins entendu, il y a une distinction entre équipe de jour et de nuit, il n'y a pas d'équipe réunie, je pense que ça n'existe pas. Ce sont deux mondes trop différents et je ne vois pas comment on pourrait faire pour les rapprocher ».
Agent 5	« Bien avec certaines, plus tendues avec d'autres ».	« Je m'intègre plus à l'équipe de nuit, tout le monde se comprend et s'entraide, avec les filles de jour, je me sens un peu jugée et pas toujours écouté. Il y a un réel manque de considération et de reconnaissance. Il faudrait que ça change un peu car sans nous il n'y aurait pas de continuité des soins ».

La reconnaissance est essentielle pour pouvoir se construire et pour reprendre le concept développé dans mon cadre conceptuel, elle s'exprime au niveau vertical ou hiérarchique et au niveau horizontal par les pairs. Comme on peut le voir sur le tableau, trois agents sur cinq souffrent d'un manque de considération, ils ne se sentent pas intégrés à l'équipe du service et ont le sentiment d'être « oubliés », de ne pas faire partie du « même monde », ce qui favorise et majore les clivages.

Tout individu a besoin de l'autre pour s'identifier, se construire et pour être reconnu dans son travail. Le regard de l'autre est très important, or la nuit, l'isolement social nuit à cette dynamique de construction professionnelle et crée des incertitudes. Comme nous le rappelle Christophe Dejours, ce regard sur le travail de l'autre permet d'apporter un jugement d'utilité et d'esthétique sur le travail effectué, autrement dit une reconnaissance.

6 La synthèse des résultats

L'enquête réalisée auprès des cadres de santé et des professionnels de santé de nuit a été très riche en informations. Elle m'a permis de faire des liens entre ma partie conceptuelle et les expériences des professionnels sur le terrain. Il est important de souligner la concordance entre les réponses aux questions des cadres de santé et de leurs agents de nuit.

Partant du constat qu'un sentiment de clivage était bien présent entre les équipes de jour et de nuit, j'ai pu grâce à mes recherches théoriques et à l'analyse des entretiens en identifier les raisons.

6.1 Retour sur la première hypothèse

Ma première hypothèse était la suivante :

Les professionnels de santé identifieront les avantages liés au regroupement des équipes jour et nuit s'ils bénéficient d'un accompagnement par la communication.

Pour la totalité des professionnels interrogés (cadres de santé et agents de nuit), **la communication** permet d'améliorer les relations et d'échanger des idées entre les différentes équipes, facteurs déterminants du bon fonctionnement du service. C'est une dimension à part entière du management. En effet, il ne s'agit pas seulement « *d'un état naturel et spontané* » mais d'un véritable « *levier de management*⁹³ ». La valeur ajoutée de la communication dépend donc du type de management pratiqué dans l'unité de soin.

Dans un service hospitalier, il semble évident que le cadre de santé détient un rôle prépondérant en matière de communication car il est au carrefour de l'information. Il a une position stratégique en transmettant les informations provenant de la direction, de l'administration et du pôle... au sein du service mais aussi en restituant les demandes, les remarques de l'équipe à ces mêmes niveaux (information descendante et ascendante). Pour cela, le message transmis doit être parfaitement clair et doit permettre aux agents de réagir en donnant leur avis sur l'information (possibilité de feedback). Le cadre de santé doit donc savoir écouter, avec empathie (se centrer sur l'autre) tout en maintenant son positionnement pour faire valoir ces arguments.

Les réunions semblent pour tous les professionnels de l'enquête, une solution efficace pour fédérer tous les membres d'une équipe autour de projets communs, de créer des échanges, de valoriser les

⁹³ MICHON Christian, *Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer*, Communication et organisation [En ligne], 1994.

compétences, de renforcer le sentiment d'appartenance, de stimuler l'efficacité et la créativité du personnel et d'améliorer le climat général, l'ambiance au travail. En croisant les données conceptuelles et les entretiens, il faut selon moi, pour animer une réunion de manière efficace :

- Une information à transmettre,
- De la convivialité permettant la construction d'un bon climat relationnel, d'une dynamique.
- Une participation active des agents pour favoriser le dialogue et la concertation.
- Une adhésion aux objectifs partagés et une identification à des valeurs communes (esprit de groupe, entraide, solidarité).
- De l'implication se traduisant par un investissement et un engagement personnel dans le travail. A noté qu'un manque d'implication diminue le niveau d'échanges et appauvrit la qualité de la communication.

Le problème soulevé par la majorité des agents de nuit reste les horaires qui ne sont pas toujours adaptés au rythme du travail de nuit. En effet, dans deux services, les réunions ont lieu à 14 heures, ce qui est considéré par l'équipe de nuit comme un manque de considération et cela renforce davantage le sentiment de clivage.

En ce qui concerne les outils techniques, on retrouve dans tous les entretiens, les supports écrits (mots, cahiers de transmissions, notes de service...) dont la plupart sont affichés sur des tableaux. Très peu ont évoqué la voie informatique et tous privilégient le monde oral pour transmettre les informations.

Pour ma part, je pense que le cadre de santé qui gère une équipe de nuit doit repenser son mode de communication en s'adaptant à de nouveaux supports (mails, intranet collaboratif...) et aux spécificités de chaque entité groupale. Pour autant, il ne doit pas oublier qu'une communication efficace repose plus sur des comportements que sur des supports, autrement dit, plus sur le management que sur des techniques. Il semble nécessaire d'améliorer les temps d'échanges (formels ou informels) afin de permettre aux professionnels de réunir leurs savoirs et de confronter leurs idées. « *Vouloir communiquer, c'est reconnaître que tous les humains ont des choses en commun et qu'ils sont capables de les partager*⁹⁴ ».

Un autre terme ressort de la plupart des entretiens : **Accompagner ou Accompagnement.**

On a vu dans le cadre conceptuel que ces termes indiquent une relation à l'autre en privilégiant l'empathie, l'authenticité et non le jugement. Ils visent à l'autonomisation des personnels.

⁹⁴ *Op.cit.* Colette BIZOUARD, p 9.

Le management de proximité permet cet accompagnement de l'équipe et la difficulté mise en avant par les cadres de santé interrogés est la distance physique avec les équipes de nuit. Par conséquent, une présence régulière, la nuit, du cadre de jour est indispensable pour guider et accompagner les agents, notamment dans les différents changements organisationnels et/ou fonctionnels.

Le point positif est que quatre cadres de santé sur cinq aménagent leurs horaires pour venir à la rencontre de l'équipe de nuit, ce qui est confirmé par les agents interrogés. Pour ces derniers, ces échanges sont un besoin, une nécessité pour apprendre à se connaître et pour être reconnus dans leurs compétences spécifiques, liée au travail de nuit.

En effet, accompagner une équipe, c'est lui donner les moyens de grandir en redonnant du sens à la pratique soignante, en suscitant l'engagement et en l'amenant à décider en ayant établi des liens de confiance. Pour autant, accompagner « n'est pas faire à la place de » n'y « imposer à l'autre » pour qu'il agisse.

La simple annonce du changement conduit déjà à l'émergence de résistances, ce qui implique de mettre en place une démarche d'accompagnement. Les agents sont souvent réticents à adopter de nouvelles pratiques, organisations qu'ils jugent en inadéquation avec leurs représentations et leurs valeurs professionnelles. Ils craignent une certaine perte de contrôle, d'où la nécessité d'un accompagnement et d'un soutien lors de leur application.

D'ailleurs, sur le terrain, les agents qui ont bénéficié d'un accompagnement par le cadre de santé lors de la mise en place de nouvelles organisations, ont adhéré aux changements sans opposer de résistance. Cette proximité avec l'équipe a permis aux cadres de santé de repérer en amont, les agents hostiles, favorables, suiveurs, de mieux anticiper les réactions et de mieux maîtriser les effets de groupe.

Selon moi, les cadres de santé doivent être force de proposition d'accompagnement des équipes de nuit. Ils doivent s'engager réellement à les rencontrer, à les impliquer dans les projets de service, de pôle et institutionnels. En participant à ces projets, les agents se sentiront alors, plus intégrés dans l'unité de soins en partageant avec les autres, leurs connaissances et leurs expériences.

En conclusion, le regroupement jour/nuit passe obligatoirement par la communication que l'on retrouve dans différentes missions du cadre de santé : rassembler, réunir, motiver en montrant l'intérêt du projet, impliquer, favoriser l'interactivité et la communication ascendante. Il doit également, écouter, impliquer la direction, privilégier le face-à-face, les réunions, faire vivre le projet, accompagner et fédérer en valorisant les agents et leurs actions accomplies.

Ce sont des communicants qui doivent encourager toutes les formes ouvertes de débats pour que se partagent les opinions. Autrement dit, développer une communication empathique permettant l'émergence de terrains d'ententes sans lesquels aucune action collective n'est possible.

Par conséquent, les réponses des cadres et des professionnels de santé me permettent d'affirmer ma première hypothèse.

6.2 Retour sur la deuxième hypothèse

Ma seconde hypothèse émise, était la suivante :

Dans le contexte institutionnel en pleine évolution, la construction d'une équipe « unique » (jour et nuit) dépend de l'approche managériale du cadre de santé de jour auprès des professionnels de nuit.

L'hôpital est une **organisation complexe en pleine mutation**, exposé aux problèmes économiques, à l'agitation sociale et aux incertitudes budgétaires. Il peut être considéré comme un lieu de professionnalisation dans lequel évoluent et coopèrent différentes équipes soignantes dont la mission est la prise en charge globale et de qualité du patient. Il est tenu de s'adapter à un environnement de plus en plus contraignant qui l'oblige à une évolution permanente et qui impacte les pratiques professionnelles hospitalières et l'encadrement.

Les données de l'enquête montrent que les cadres de santé sont plutôt dans une **approche managériale participative** avec leur équipe. Ils favorisent leur adhésion aux projets en les responsabilisant et en développant leur autonomie. Ils les accompagnent et les guident dans la réalisation de différents projets. Ils ont un rôle de leader, fixent des objectifs, définissent les rôles de chacun, inspirent et motivent les agents afin de créer ou de conserver un esprit d'équipe et de maintenir une cohésion de groupe. En impliquant les agents dans le processus de prise de décision et en renforçant leur engagement, ce type de management améliore le climat social au sein du service.

Le management participatif accorde donc plus d'égards aux agents en leur donnant la parole et en leur accordant plus d'autonomie dans l'accomplissement de leurs fonctions. Il satisfait leurs besoins fondamentaux de sécurité, de création de liens sociaux, d'estime, d'accomplissement de soi et apporte une reconnaissance.

Un des points positifs de cette enquête est que les agents de nuit souhaitent pour la plupart, s'impliquer dans la vie du service et cela se traduit par une motivation évidente, une cohésion, un esprit d'équipe et par une diminution des tensions et des conflits.

Inversement, certains cadres n'hésitent pas à passer quelques heures de nuit avec eux afin de les valoriser dans leur travail et de leur donner des signes de reconnaissance. Ils apprennent ainsi à se connaître et à se reconnaître dans leurs fonctions respectives. Les périodes d'intégration de jour avant tout passage de nuit, évoquées lors des entretiens, permettent aussi de construire des relations avec les collègues et l'encadrement.

Au final, la reconnaissance mutuelle au sein de l'équipe favorise l'engagement et la cohésion.

Au terme de cette enquête, je pense comme la plupart des cadres de santé, que le management participatif correspond le mieux à la gestion de l'équipe de nuit afin de leur laisser davantage d'autonomie, de responsabilités et de les faire participer aux organisations du service. Pour autant, je pense qu'il n'y a pas de bon ou de mauvais management (directif, délégatif, persuasif et participatif), il faut seulement l'adapter aux situations et aux profils des agents. Certains cadres m'ont d'ailleurs confié avoir un management plus directif avec les équipes de nuit qui avait besoin d'être rassurées, encadrées et dirigées.

Pour construire cette équipe « unique », le cadre de santé doit garantir à tous les agents de jour comme de nuit, les mêmes droits, les mêmes devoirs et la même considération.

Toutes ces données me permettent donc de valider également ma deuxième hypothèse.

6.3 Retour à la question de départ

Au final, ce travail de recherche m'a permis de répondre à ma question de départ, axée sur la cohésion et la dynamique de travail au sein d'une équipe « unique » de soignants (nuit et jour) dans une unité de soins.

En quoi une dynamique d'équipe unique initiée par le cadre de santé de jour peut-elle contribuer à une cohésion et à une diminution du sentiment de clivage entre les équipes de jour et de nuit ?

Au vu de mes lectures et de mon enquête sur le terrain, je peux conclure que la construction de l'équipe « unique » de l'unité de soins passe obligatoirement par une communication et un accompagnement optimal de l'équipe. En effet, ce dernier permettra d'obtenir l'adhésion, une cohésion de l'équipe autour de projets communs afin d'améliorer la prise en charge auprès des

patients dans le respect des normes institutionnelles, en tenant compte de la culture et de l'histoire de l'équipe, des valeurs professionnelles et des spécificités du service de soins.

Le besoin d'appartenance est une notion essentielle dans la construction identitaire d'une équipe. De nuit, les agents sont très attachés à leur équipe. En effet, le contexte particulier du travail de nuit, l'effectif réduit induisent plus de solidarité, d'entraide, de coordination ainsi qu'un sentiment fort d'appartenance à une équipe plutôt qu'à un service. Anne Perraut Soliveres écrit sur ce sujet : « *La connivence de la tribu qui l'habite me rassure sur le devenir du monde en ce qu'elle sait produire des liens, montrer de cohésion, de solidarité, m'inquiète aussi parfois, par le rejet symbolique qu'elle subit de ses pourtant semblables de jour*⁹⁵ ». Pour que l'équipe de nuit s'identifie enfin à l'équipe de l'unité de soin, le cadre de santé devra favoriser la collaboration et la cohésion d'équipe. La connaissance du travail de l'autre permettra ainsi de diminuer le sentiment de clivage entre la nuit et le jour. Le système de rotation évoqué dans les entretiens me semble un bon moyen pour améliorer les relations, initier une dynamique d'équipe et diminuer ce sentiment de clivage.

Je ne pouvais pas terminer cette synthèse sans évoquer le sentiment d'isolement de l'équipe de nuit qui a été exprimé dans tous les entretiens des professionnels et reconnu par les cadres de santé. C'est une des caractéristiques inhérentes au travail de nuit. D'un point de vue professionnel, l'isolement exprimé par les agents de nuit traduit un important manque de communication avec les équipes (temps de transmissions trop court), l'encadrement et les médecins. Aussi, je pense, au vue des résultats de mon enquête que pour rompre ce sentiment d'isolement, le cadre de santé doit favoriser le décloisonnement entre les équipes, rendre visible le travail de nuit et faciliter la communication et la transmissions des informations.

J'ai fait le choix de ne pas analyser les réponses à la question sur le cadre de santé de nuit car elles n'étaient pas significatives. Il y a bien un cadre de nuit dans les structures mais il n'intervient pas dans la gestion de l'équipe et certains agents ne les connaissent pas.

⁹⁵ *Op.cit.* Anne PERRAUT-SOLIVERES.

7 Analyse critique

Tout d'abord, mes hypothèses ont été validées sur les résultats d'une enquête auprès d'un échantillon de cinq cadres et de cinq professionnels de santé, par conséquent, elles ne peuvent en aucun cas avoir valeur de règle. Un entretien avec un cadre supérieur et/ou un directeur afin de recueillir son point de vue sur le thème, aurait pu apporter une dimension complémentaire à ce travail de recherche.

De plus, certains points auraient pu être abordés comme la place du cadre de santé de nuit dans les unités de soins et auprès des équipes de nuit. Il aurait été intéressant de s'interroger sur les relations qu'il entretient avec les cadres de jour et sur la légitimité de ses fonctions dans des services totalement gérés par le cadre de santé de jour.

De même, de manière volontaire, je ne me suis pas trop attardée sur la continuité des soins qui est une obligation de fonctionnement au sein des établissements de santé. En effet, j'avais peur de m'éloigner un peu de mon sujet même si l'amélioration des relations entre le jour et la nuit et une meilleure ambiance de travail contribuent à une meilleure prise en charge des patients. Voilà un sujet qui pourrait faire l'objet d'un autre travail de recherche.

J'aurai pu également interroger davantage les professionnels de nuit sur leur sentiment d'isolement. Mon expérience professionnelle en tant qu'infirmière puis de faisant fonction de cadre de santé de nuit ont motivé ce choix de ne pas développer davantage ce thème. En effet, j'ai pu croiser dans ma carrière professionnelle, de nombreux soignants de nuit se plaignant d'être méconnus, isolés mais ne souhaitant pas pour autant, une présence effective de l'encadrement. On ne les voyait jamais aux réunions et ils ne participaient à aucun projet de service. Cette ambiguïté mériterait aussi une étude plus approfondie.

8 Perspectives professionnelles

Il apparait clairement au terme de ce travail de recherche que la construction identitaire d'une équipe unique jour/ nuit dépend du management du cadre de santé et passe par une socialisation professionnelle. En effet, les agents construisent leurs identités autour de valeurs communes et partagées par tous. Le cadre de santé dispose de certains outils pour favoriser cette socialisation : la communication, les travaux de groupe, les réunions et les formations. Ils ont pour objectif de fédérer l'équipe autour d'objectifs et de projets communs en encourageant une réflexion d'équipe sur les organisations et l'amélioration de la prise en charge des patients dans l'unité de soin. La construction identitaire de cette équipe « unique » dépend également de certains facteurs liés à l'institution et de la volonté de celle-ci, par conséquent, elle se développe dans le temps et doit passer par différentes étapes.

Reprenons ici ma situation de départ qui est la mise en place de la gestion de l'équipe de nuit par le cadre de jour dans le pôle de chirurgie et le passage en 12 heures pour les équipes de jour et de nuit. Ce projet a été initié par le cadre de pôle, soutenu par le chef de pôle et validé par le directeur de soin ainsi que le directeur de l'établissement. Une lettre de mission devra être rédigée en ce sens.

Au vu des résultats de mon étude, il apparait essentiel dans un premier temps **d'évaluer l'environnement** afin de pouvoir construire ce projet.

La matrice de SWOT⁹⁶ acronyme anglophone de Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunités (opportunités) et Threats (menaces) est un outil très utilisé qui permet d'analyser l'environnement et d'obtenir une vision synthétique d'une situation. Une fois, complété, il permet d'insister sur les points forts, de profiter des opportunités du projet et de surmonter les faiblesses pour prévenir les menaces.

A la suite, un groupe de travail devra être constitué et plusieurs réunions devront avoir lieu avec les équipes afin de leur expliquer les objectifs de ce changement de fonctionnement. Il faudra recentrer les débats sur l'amélioration de la prise en charge des patients et de la continuité des soins. Plusieurs personnes devront être présentes afin que les intérêts de chacun soient représentés : un membre de la direction, le cadre de pôle et/ou le chef de pôle, le cadre de santé de l'unité de soins, un délégué du personnel et bien entendu les agents. L'appui et le soutien institutionnel est un élément indispensable à la réussite du projet. Une date d'échéance de la réalisation du projet devra être fixée.

Cette première étape me semble essentielle pour cadrer le projet et débiter l'accompagnement des agents dans la construction identitaire de cette équipe unique. J'ai pu en discuter avec le cadre du service d'hématologie et de Pédiatrie qui ont vécu le même changement de situation.

⁹⁶ Annexe X : La matrice de SWOT

Il conviendra tout au long de la mise en place du projet **d'informer, de communiquer** sur toutes les étapes et de faire participer les agents concernés.

Ce travail de recherche m'a permis de me projeter dans ma future fonction de cadre de santé et dans la gestion de l'équipe de nuit dans mon unité qui servira de service test avant de l'initialiser à tout le pôle de chirurgie et à plus long terme au pôle de médecine.

Malgré une organisation du travail de nuit ne facilitant pas le sentiment d'appartenance à l'unité de soins, le cadre de santé doit accompagner cette nouvelle construction identitaire de l'équipe « unique ». Les résultats de mon enquête montrent que l'utilisation de certains outils ou méthodes favorise cette appartenance à l'unité de soins et m'ont ainsi, permis d'émettre certaines propositions que j'ai hiérarchisé selon leur degré de faisabilité.

Les missions du cadre de santé ne s'arrêtent pas à la mission de jour, elle doit se poursuivre la nuit et il est important que sa légitimité soit admise par tous les agents (jour et nuit).

Le sentiment d'appartenance des agents de nuit, à l'unité de soins s'appuie sur la gestion par le cadre de santé, **d'un planning unique jour/nuit en 12 heures**, sur un même support. Les attentes seront une équité parfaite avec le respect de la réglementation du temps de travail.

Les agents de nuit doivent pouvoir assister aux réunions et aux groupes de travail qui sont réalisés en journée. Les **horaires des réunions doivent être adaptés**, donc pas avant 17 heures afin de respecter leur cycle de sommeil. Cet horaire convient-il vraiment à tous les agents ?

Au vu des entretiens, il est certes, moins contraignant mais semble compliqué au niveau de la vie privée (garde d'enfants).

L'idéal serait **d'inclure dans le planning de nuit, des temps de travail pendant la journée**, à raison d'une à deux demi-journées par mois. Le personnel de nuit pourrait ainsi, participer plus facilement aux différents groupes de travail.

Le cadre de santé est responsable de l'organisation, du fonctionnement du service de jour comme de nuit, aussi il doit **décaler ces horaires** afin d'aller rencontrer l'équipe de nuit et ainsi mesurer les écarts qu'il peut y avoir entre le réel et l'attendu. La fréquence reste à définir avec le cadre supérieur ou de pôle et les autres collègues qui devront assurer le remplacement du cadre de santé pendant son absence de jour. Une fois tous les quinze jours permettrait de rencontrer l'équipe et la contre équipe.

D'autres part, afin de faciliter les échanges, de partager des savoirs, il faudrait instaurer une période de **rotation entre la nuit et le jour et inversement**. Il faudra convenir en amont, de la durée de celle-ci en respectant les changements de rythme. Il faudra également prendre en compte les

contraintes liées à la vie privée des agents (parent isolé, gardes alternées, famille recomposée...). Un mois par an me semble une bonne moyenne.

Pour terminer, il faudrait travailler avec la direction sur le recrutement et sur la nécessité d'une **période de jour en intégration** avant tout passage sur un poste de nuit. En effet, tous les cadres interrogés, ont démontré le bénéfice de cette période d'intégration. De plus, à long terme, il me semble pertinent de **limiter en général les affectations des agents de nuit dans le temps (de 5 à 7 ans)**.

Pour favoriser la construction identitaire de cette équipe unique et le sentiment d'appartenance à l'unité de soins, il faudrait également envisager de **ne plus affecter les agents sur un poste de nuit mais sur l'unité fonctionnelle du service, mis à la disposition de la nuit**. Ce jeu d'écriture me semble important pour créer une dynamique, une cohésion d'équipe unique et diminuer le sentiment de clivage.

Certaines de ces perspectives pourront être réalisées assez rapidement, d'autres seront plus longues à mettre en place, voir à ce jour, un peu utopiques.

Conclusion

Ce travail de recherche a été un long parcours, parfois complexe. Néanmoins, il m'a permis de prendre une posture de chercheur qui m'a beaucoup apporté. J'ai pu acquérir une méthodologie de recherche, développer mes capacités d'analyse et enrichir mes apports intellectuels et personnels. Comme tout chercheur, j'ai pu conserver un regard critique et une indépendance dans le choix de la méthode. C'était la première fois que je réalisais des entretiens semi-directifs et à mon sens, j'aurai dû utiliser plus de techniques de reformulation pour amener mes interviewés à développer davantage leurs propos et leurs idées.

En abordant les notions d'équipe, de travail en équipe et d'approche managériale, j'ai pu mettre en évidence le besoin pour le personnel de nuit d'être accompagné pour favoriser un sentiment d'appartenance à l'unité de soins dont il dépend.

Il apparaît évident aujourd'hui, que cet accompagnement passe par la communication. Le cadre de santé utilise majoritairement le modèle systémique en étant à l'écoute des agents, en assistant aux transmissions entre le jour et la nuit, Elle leur permet ainsi de verbaliser, d'exprimer leurs idées et de mobiliser son équipe dans des projets en interrogeant leur intelligence collective.

Cela passe également par un management participatif. En effet, ce type de management positif favorise la création d'une cohésion d'équipe, l'expression d'une entraide, d'une convivialité au sein de l'équipe tout en respectant l'individualité de chacun, permettant ainsi, d'augmenter l'autonomie et la responsabilisation de tous.

Au travers de cette enquête, j'ai pu constater, notamment lors de mes toutes premières prise de rendez-vous que la nuit reste encore, pour certains cadres de santé, directeur des soins, un « domaine à part » qu'il considère comme un « problème non prioritaire ». Nous sommes bien loin de la notion d'équipe unique de soin jour/nuit et cela m'amène à me questionner sur la place que l'on accorde aux professionnels de santé de nuit dans une telle institution.

Une évolution des mentalités me paraît nécessaire car en dépit de ses contraintes, les horaires de nuit à l'hôpital sont souvent une pratique appréciée des agents. Ils en acceptent les conditions de travail difficiles, parce que des contreparties positives existent, non seulement sur le plan personnel (solution pour garder les enfants, légère compensation financière), mais également sur le plan professionnel (autonomie, responsabilités...). Ils développent des compétences spécifiques liées à la particularité nocturne de leur activité. Le comprendre et le mettre en discussion entre équipe, permettrait de repenser les méthodes de fonctionnement et contribuerait à une reconnaissance de leur travail.

Comme me le répétait un collègue cadre de nuit, lors de ma prise de poste de faisant fonction de cadre de santé : « *S'il est vrai que le jour prépare la nuit, il n'en est pas moins vrai que la nuit prépare le jour* ».

Le monde de la nuit me fascine et cette recherche n'a fait que le confirmer. Il serait agréable de pouvoir continuer cette réflexion dans d'autres cursus universitaires afin de continuer à explorer les différents leviers dont dispose le cadre de santé pour animer et « prendre soin » de son équipe. L'objectif professionnel étant d'être attentif à tous et à chacun, de dynamiser la motivation des agents en cultivant le plaisir de travailler ensemble et d'amener de la satisfaction et de l'adhésion dans l'équipe. Par conséquent, je continuerai donc, au-delà de ce mémoire, à me documenter par différentes lectures sur le thème de la nuit.

La nuit et le jour sont deux principes opposés et pourtant complémentaires que je pourrai associer facilement aux termes philosophiques de Yin et de Yang, créés par les anciens chinois pour décrire la bipolarité. On ne peut pas imaginer l'un sans l'autre, tout comme la nuit (Yin) qui complète le jour (Yang).

Bibliographie

Ouvrages

BIZOUARD Colette, *Vivre la communication, Entrer en relation*, Lyon : Editions de la Chronique Sociale, 8^{ème} édition, 2008, 152p.

MINTZBERG. Henry. *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Paris : les Editions d'organisation, 2^{ème} édition, 2006, 283p.

MUCCHIELLI Roger, *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 16^{ème} édition, 2015, 203p. (Collection formation permanente).

PERRAUT SOLIVERES Anne, *Infirmières, le savoir de la nuit*, 5^{ème} édition, 2^{ème} tirage, Paris : PUF, 2004 (2001), 294 p. (Collection « Partage du Savoir »).

PLANE Jean-Michel, *Théorie des organisations*, Paris : Dunod, 4^{ème} édition, 2013, 127p.

Ouvrages consultés

CAUVIN Pierre, *La cohésion des équipes : Pratique du team building*, Paris : ESF, 2007, 220.p. (Collection Formation permanente).

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*, Paris : Edition du Seuil, 1977, 500 p.

DEVILLARD Olivier, *La dynamique des équipes*, Paris : Éditions d'Organisation, 2005, 262p.

FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana, *Les concepts en sciences infirmières*, 2^{ème} édition, Lyon : Mallet conseil, 2011, 328p.

HAMILTON Anne, REGNAULT Félix, *Les Gardes-malade, Congréganistes-Mercenaires-Amateurs-Professionnels*, [En ligne], Paris : Vigot frères, 1901, 298 p. Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?cote=74169&do=pages> >. (Consulté le 20 janvier 2016).

HESBEEN Walter, *Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin*, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, 155 p.

LE BOTERF GUY, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 7ème édition, Collection Livres-Outils, Edition : Eyrolles, 2015, 218 p.

MCGRATH James, BATES Bob, *Le petit livre des {grandes} théories du management et comment les mettre en pratique*, sous le titre original *The little book of big management theories and how to use them*, traduit de l'anglais par Anne REMOND, Paris : ESF éditeur, 2013, 253p.

MINTZBERG Henry, *Le management, Voyage au centre des organisations*, Paris : Editions d'organisations-Groupe Eyrolles, 2ème édition, 5ème tirage, 2010, 703p.

Articles

DESSERPRIT Gilles, Le travail en équipe, *Soins Cadre*, février 2015, n°93, 12p.

SIMART Michel, *Management du changement*, EMAMH, novembre 2014-2015, 58p. (Document transmis par Mme SERREAU, directrice de mémoire).

SYLVESTRE Carole, LEMETAIS Christine, Dossier : Le cadre de nuit, une plus-value, *Soins Cadres*, 07/2015, Supplément au n°95, pp 11-22.

VALLAT Anthony, De l'humanisme dans le management, *Soins Cadres*, 05/2014, n°90, pp 27-28.
Christian Michon, « Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer », *Communication et organisation* [En ligne], 1994, consulté le 25 avril 2016, disponible sur : <<http://communicationorganisation.revues.org/1713>>

Cours IFCS Ecole supérieure Montsouris

Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2015-2016, Institut de Formation des Cadres de Santé GIP ESM - Formation & Recherche en Soins.

Cours Master Management et Santé, Université de Créteil

PAPIN-MORARDET Maud, Cours Master Management et Santé, *Qualité et Sécurité des Soins*, UE 4, ECUE 4.2, 75p.

Textes législatifs

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Loi n°2004-806 du 9 août 2004, modifiée, relative à la politique de santé publique, Journal officiel du 11 et 12 août 2004. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E93D7B457064DB7C8EE63530A5F7F24C.tpdila21v_1?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=> (consulté le 01 mars 2016).

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel n°167 du 22 juillet 2009, page 12184, texte n° 1. Disponible sur :

<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>> (consulté le 10 mars 2016).

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel n°22 du 27 janvier 2016, texte n°1. Disponible sur :

<<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFSCTA000031912642>> (consulté le 10 mars 2016).

Ministère de la santé publique et de la population. Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères) moniteur (monitrice) et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier (e) surveillant (e), Journal officiel du 19 novembre 1958. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000304228> (Consulté le 16 mars 2016).

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier, abrogé le 20 août 1995. Disponible sur :

<<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000307543>> (Consulté le 17 mars 2016).

Ministre de l'emploi et de la solidarité, Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000059253>> (Consulté le 21 mars 2016).

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000398298&fastPos=1&fastReqId=200044288>> (Consulté le 28 décembre 2015).

Décret n°95-926 du 18 août 1995 modifié, portant création d'un diplôme de cadre de santé et Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, Journal officiel n°193 du 20 août 1995, page 12469. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&categorieLien=id>> (Consulté le 17 mars 2016).

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018, Journal officiel n° 41 du 17 décembre 2015, p 23250. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031632884&categorieLien=id>> (Consulté le 10 mars 2016).

Directive du Parlement européen 93/104/CE du conseil du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Journal officiel n° 307 du 13 décembre 1993, p. 18, modifié par la Directive 2000/34/CE du Parlement européen et du Conseil du 22 juin 2000. Disponible sur : <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1993L0104:20000801:fr>> (Consulté le 28 décembre 2015)

Protocole d'accord « Évin » du 21 octobre 1988 relatif aux rémunérations, aux conditions de travail et au dialogue social et à la formation dans la fonction hospitalière.
Protocole d'accord « Durafour » du 9 février 1990 relatif à la rénovation de la grille dans la fonction publique.
Disponibles sur : <<http://www.senat.fr/rap/109-485/109-4851.html>> (Consulté le 10 février 2016).

Protocole d'accord « Durieux » du 15 novembre 1991 relatif aux rémunérations, aux effectifs, au travail de nuit, à la formation initiale et à la promotion professionnelle dans la fonction publique hospitalière. Circulaire DH/FH 3 n°91-68 du 23 décembre 1991 relative à l'application des protocoles I et II du 15 novembre 1991.

Disponible sur : <<http://www.senat.fr/questions/base/1993/qSEQ930400014.html>>. (Consulté le 10 février 2016).

Documents électroniques : Articles, rapports

BRUN Jean Pierre, DUGAS Ninon, *La reconnaissance au travail : Une pratique riche de sens*, [En ligne], Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Octobre 2002, 24 p.

Disponible sur : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/reconn-trav_02.pdf> (Consulté le 20 mars 2016).

DEJOURS Christophe, GERNET Isabelle, *Évaluation du travail et reconnaissance*, [En ligne], Nouvelle revue de psychosociologie 2/2009 (n° 8), pp. 27-36. Disponible sur : <www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2009-2-page-27.htm>. (Consulté le 20 mars 2016).

Conseil économique, social et environnemental. Rapport présenté par. François ÉDOUARD, *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés*, [En ligne], 2010, 152 p, Disponible sur : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000435.pdf>> (Consulté le 27 février 2016).

HAS, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé* [En ligne], Janvier 2005, 40p. Disponible sur : <[Http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management_2006_10_06__10_04_53_949.pdf](http://www.has_sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_management_2006_10_06__10_04_53_949.pdf)> (Consulté le 22 mars 2016).

MICHON Christian, *Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer*, Communication et organisation [En ligne], 1994, disponible sur : <<http://communicationorganisation.revues.org/1713>> (Consulté le 25 avril 2016).

PEAUCELLE, Jean Louis. *Présentation et commentaire du livre d'Henri Fayol, Administration industrielle et générale*. [En ligne], Université Paris I, Panthéon-Sorbonne, Institut d'administration des entreprises, 2000, 28p. Disponible sur : <<http://www.gregoriae.com/dmdocuments/2000-10.pdf>> (Consulté le 15 mars 2016).

REINHARDT Sophie, *Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ?* [En ligne], Université Paris 8, Centre de Recherche Sociologiques et Politiques de Paris (CRESPPA), Genre –Travail-Mobilités, 11p. Disponible sur : <<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/MUTATION%20CADRE.pdf>> (Consulté le 20 mars 2016).

VALLERY Gérard, HERVET Caroline, *Impact de diverses modalités organisationnelles du travail posté sur le sommeil, les comportements alimentaires, la vie sociale et familiale : le cas du personnel soignant en milieu hospitalier français*, [En ligne], Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, le 07/01/2005. Disponible sur : <URL : <http://pistes.revues.org/1055>> (Consulté le 14 janvier 2016).

Dictionnaires

Dictionnaire de français LAROUSSE. [En ligne] (Consulté le 3 Janvier 2016). Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>>.

Dictionnaire de français Le ROBERT illustré 2014, version numérique.

Sites ressources

Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière. <<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>> (Consulté le 23 mars 2016).

www.cadredesante.com

www.cairinfo

www.infirmier.com

www.legifrance.gouv.fr

Annexes

Table des annexes

- Annexe I : Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière
- Annexe II : Pyramide d'Abraham MASLOW
- Annexe III : La courbe du changement d'Elisabeth KÜBLER-ROSS
- Annexe IV : Fiche métier : Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière
- Annexe V : La grille de leadership de R. BLAKE et J. MOUTON
- Annexe VI : Les quatre styles de leadership de Paul HERSEY et Kenneth BLANCHARD.
- Annexe VII : Guide d'entretien pour les cadres de santé
- Annexe VIII : Guide d'entretien pour les professionnels de santé de nuit
- Annexe IX : Objectif S.M.A.R.T
- Annexe X : La matrice de SWOT

**Annexe I : Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à
l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière**

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

NOR: MESH0124422D

Version consolidée au 18 avril 2016

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, modifiée par l'article 31 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;

Vu la directive n° 93/104/CE du Conseil de l'Union européenne du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des 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 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 27 novembre 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

• **TITRE Ier : DISPOSITIONS GÉNÉRALES.**

Article 1

- Modifié par [Décret n°2007-826 du 11 mai 2007 - art. 2 JORF 12 mai 2007](#)

La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées.

Cette durée est réduite pour les agents soumis à des sujétions spécifiques dans les conditions prévues aux articles 2 à 4 ci-après.

Article 2

Sont soumis à des sujétions spécifiques :

- 1° Les agents en repos variable ;
- 2° Les agents travaillant exclusivement de nuit ;
- 3° Les agents en servitude d'internat.

Sont des agents en repos variable les agents qui travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés pendant l'année civile.

Sont des agents travaillant exclusivement de nuit les agents qui effectuent au moins 90 % de leur temps de travail annuel en travail de nuit tel que défini à l'article 7 ci-après.

Sont des agents en servitude d'internat les agents qui exercent leurs fonctions dans les établissements énumérés aux 4°, 5° et 6° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, fonctionnant en internat toute l'année, sont appelés à participer de façon régulière aux servitudes nocturnes d'internat auprès des personnes accueillies, et y effectuent au moins 10 surveillances nocturnes par trimestre.

Article 3

- Modifié par [Décret n°2007-826 du 11 mai 2007 - art. 2 JORF 12 mai 2007](#)

La durée annuelle de travail effectif mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1er du présent décret est réduite pour les agents soumis aux sujétions spécifiques dans les conditions ci-après :

1° Pour les agents en repos variable, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires.

2° Pour les agents travaillant exclusivement de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 560 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé. A compter du 1er janvier 2004, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé.

3° Les agents en servitude d'internat bénéficient de 5 jours ouvrés consécutifs de repos compensateurs supplémentaires pour chaque trimestre, à l'exception du trimestre comprenant la période d'été. Ces jours sont exclusifs de toute compensation des jours fériés coïncidant avec ces repos compensateurs. Ils ne sont pas attribués lorsque l'agent en servitude d'internat est en congé ou en absence autorisée ou justifiée plus de 3 semaines au cours du trimestre civil à l'exception des périodes de formation en cours d'emploi.

Article 4

Les agents travaillant exclusivement de nuit ne peuvent prétendre aux réductions de la durée annuelle de travail effectif prévues pour les deux autres sujétions.

Pour les agents qui alternent des horaires de jour et des horaires de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite au prorata des périodes de travail de nuit effectuées.

Article 5

La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

Lorsque l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, pendant le temps de restauration et le temps de pause, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis.

Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif.

Article 6

L'organisation du travail doit respecter les garanties ci-après définies.

La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours.

Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum.

Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche.

Article 7

- Modifié par [Décret n°2011-184 du 15 février 2011 - art. 55 \(V\)](#)

Les règles applicables à la durée quotidienne de travail, continue ou discontinue, sont les suivantes :

1° En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.

2° Le travail de nuit comprend au moins la période comprise entre 21 heures et 6 heures, ou toute autre période de 9 heures consécutives entre 21 heures et 7 heures, sans préjudice de la protection appropriée prévue à l'article 3 et des mesures prises au titre de l'article 9. Pour les agents soumis à un régime d'équivalence ainsi que pour les agents travaillant exclusivement de nuit selon les dispositions de l'article 2, le temps de travail est décompté heure pour heure.

3° Dans le cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut être supérieure à 10 h 30. Cette durée ne peut être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de 3 heures.

4° Une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives. Pour les agents soumis à un régime d'équivalence, les heures sont décomptées heure pour heure.

Article 8

- Modifié par [Décret n°2011-184 du 15 février 2011 - art. 55 \(V\)](#)

L'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le chef d'établissement, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique et compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit.

Article 9

- Modifié par [Décret n°2011-184 du 15 février 2011 - art. 55 \(V\)](#)

Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonctions et arrêtés par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines ; le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier.

Il ne peut être accompli par un agent plus de 44 heures par semaine.

Les heures supplémentaires et repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle. Les repos compensateurs doivent être pris dans le cadre du cycle de travail.

Article 10

Les agents bénéficient d'heures ou de jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail qui doivent ramener leur durée de travail moyenne à 35 heures hebdomadaires. Ces jours et ces heures peuvent être pris, le cas échéant, en dehors du cycle de travail, dans la limite de 20 jours ouvrés par an.

Article 11

Le nombre de jours supplémentaires de repos prévus au titre de la réduction du temps de travail est calculé en proportion du travail effectif accompli dans le cycle de travail et avant prise en compte de ces jours. Il est, notamment, de :

18 jours ouvrés par an pour 38 heures hebdomadaires ;

12 jours ouvrés par an pour 37 heures hebdomadaires ;

6 jours ouvrés par an pour 36 heures hebdomadaires ;

3 jours ouvrés par an pour 35 h 30 hebdomadaires.

Pour un travail effectif compris entre 38 h 20 et 39 heures, le nombre de jours supplémentaires de repos est limité à 20 jours ouvrés par an. Il ne peut être effectué plus de 39 heures hebdomadaires en moyenne sur le cycle, hors heures supplémentaires, ni plus de 44 heures par semaine, hors heures supplémentaires, en cas de cycle irrégulier.

Article 12

- Modifié par [Décret n°2007-826 du 11 mai 2007 - art. 2 JORF 12 mai 2007](#)

Les personnels de direction bénéficient d'un décompte en jours fixé à 208 jours travaillés par an après déduction de 20 jours de réduction du temps de travail et hors jours de congés supplémentaires prévus à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé.

Sans préjudice du respect des garanties mentionnées à l'article 6, les personnels exerçant des fonctions d'encadrement définies par arrêté peuvent choisir annuellement entre un régime de décompte horaire et un régime de décompte en jours de leur durée de travail. Dans ce dernier cas, ils bénéficient de 20 jours de réduction du temps de travail.

Article 13

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois.

Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents.

Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

Article 14

Tout agent soumis à un décompte horaire qui ne peut effectuer l'intégralité de son temps de travail quotidien en raison d'une absence autorisée ou justifiée est considéré avoir accompli le cinquième de ses obligations hebdomadaires de service prévues en moyenne sur la durée du cycle de travail.

L'agent en formation au titre du plan de formation et qui, de ce fait, ne peut être présent à son poste de travail accomplit un temps de travail effectif décompté pour la durée réellement effectuée.

Article 15

- Modifié par [Décret n°2011-184 du 15 février 2011 - art. 55 \(V\)](#)

Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail dans la limite de 180 heures par an et par agent. Ce plafond est porté à 220 heures pour les catégories de personnels suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Lorsque la durée du cycle de travail est inférieure ou égale à un mois, le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectué par mois et par agent ne peut excéder 15 heures. Ce plafond mensuel est porté à 18 heures pour les catégories de personnels suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Lorsque la durée du cycle de travail est supérieure à un mois, ce plafond est déterminé en divisant le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées dans l'année par 52 et en multipliant ce résultat par le nombre de semaines que compte la durée du cycle de travail.

En cas de crise sanitaire, les établissements de santé sont autorisés, par décision du ministre de la santé, à titre exceptionnel, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail.

Sans préjudice du respect des garanties mentionnées à l'article 6, les heures supplémentaires effectuées dans le cadre des astreintes réalisées par les personnels participant aux activités de prélèvement et de transplantation d'organes ne sont pas prises en compte dans le calcul des plafonds mentionnés aux alinéas précédents.

Les heures supplémentaires font l'objet soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation.

Les conditions de la compensation ou de l'indemnisation sont fixées par décret. Les modalités générales de recours à la compensation ou à l'indemnisation sont fixées par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Article 16

- Modifié par [Décret n°2011-184 du 15 février 2011 - art. 55 \(V\)](#)

La possibilité de travailler selon un horaire variable peut être organisée, sous réserve des nécessités du service par le chef d'établissement après consultation des conseils de service et réunion d'expression directe et collective concernés, du comité technique d'établissement ou du comité technique et, lorsqu'il existe, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, dès lors qu'un décompte exact du temps de travail de chaque agent est mis en place.

L'horaire variable comporte des plages fixes pendant lesquelles la présence d'un effectif déterminé de personnel est obligatoire et des plages mobiles à l'intérieur desquelles l'agent choisit ses heures d'arrivée et de départ.

Article 17

Un compte épargne temps est institué. Chaque agent de la fonction publique hospitalière peut en bénéficier sur sa demande dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article 18

- Modifié par [Décret n°2007-826 du 11 mai 2007 - art. 5 JORF 12 mai 2007](#)

I. - Les agents mentionnés aux articles 2, premier alinéa, 9 et 37 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée occupant des emplois correspondant à ceux relevant du corps des infirmiers, du corps des aides-soignants et des corps socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, exerçant à temps plein sur des emplois à temps complet et assurant en chambre de veille au sein d'un des établissements mentionnés aux 4° à 6° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 la responsabilité d'une période de surveillance nocturne sont soumis à une durée équivalente à la durée légale du travail.

II. - La période de présence en chambre de veille s'étend de l'heure du coucher à l'heure du lever des personnes accueillies, telles qu'elles sont fixées par le tableau de service, sans pouvoir excéder douze heures.

III. - Pour le calcul de la durée légale du travail, chacune des périodes mentionnées au II est décomptée comme trois heures de travail effectif pour les neuf premières heures et comme une demi-heure pour chacune des heures au-delà de neuf heures. Toutefois lorsque des interventions se révèlent nécessaires, les temps correspondants sont décomptés intégralement comme des temps de travail

effectif, sans que la durée prise en compte pour chaque intervention puisse être inférieure à une demi-heure.

IV. - Le recours au régime d'équivalence prévu au I et au III du présent article ne peut avoir pour effet de porter :

1° A plus de quarante-huit heures, décomptées heure pour heure, la durée hebdomadaire moyenne de travail des agents sur une période quelconque de quatre mois consécutifs ;

2° A plus de douze heures, décomptées heure pour heure, la durée du travail de nuit de ces agents, sur une période quelconque de vingt-quatre heures ; ces agents bénéficient de périodes de repos d'une durée au moins équivalente au nombre d'heures effectuées au-delà de la huitième heure.

Article 19

- Modifié par [Décret n°2011-184 du 15 février 2011 - art. 55 \(V\)](#)

Les situations pour lesquelles des obligations liées au travail sont imposées aux agents, à l'occasion de séjours accompagnés organisés par les établissements, alternant des périodes de travail effectif, des périodes d'astreinte et des périodes de temps contraint, font l'objet d'une rémunération ou d'une compensation spécifique, dont les modalités sont fixées par arrêté pris par les ministres chargés de la santé et du budget.

Pour les agents qui effectuent régulièrement ou ponctuellement des transferts d'usagers ou de personnes accueillies entre établissements, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique, déroger à la durée quotidienne de travail.

Les agents qui participent à des activités de prises en charge d'usagers à leur domicile peuvent se voir appliquer des horaires de travail discontinu. Dans ces situations, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique, déroger aux dispositions de l'article 7 (3°) applicables au travail discontinu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.

• **TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ASTREINTES.**

Article 20

- Modifié par [Décret n°2011-184 du 15 février 2011 - art. 55 \(V\)](#)

Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif.

Le recours aux astreintes a pour objet, pour des corps, des grades ou des emplois dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leurs missions de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes.

Les astreintes visent également à permettre toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements y concourant, lorsqu'il apparaît que ces prises en charge, soins et interventions ne peuvent être effectués par les seuls personnels en situation de travail effectif dans l'établissement.

Le chef d'établissement établit, après avis du comité technique d'établissement ou comité technique, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que

le mode d'organisation retenu, compte tenu de l'évaluation des besoins, notamment du degré de réponse à l'urgence, des délais de route et de la périodicité des appels.

Les dispositions des articles 20 à 25 ne sont pas applicables aux astreintes auxquelles sont soumis, en raison de leurs fonctions, les personnels de direction ainsi que les cadres, désignés par le chef d'établissement, qui bénéficient soit d'une concession de logement pour nécessité absolue de service, soit d'une indemnité compensatrice définies par décret.

Article 21

Les astreintes sont organisées en faisant prioritairement appel à des agents volontaires. Toutefois, ce service ne peut être confié aux agents autorisés à accomplir un service à mi-temps pour raisons thérapeutiques ou aux agents exerçant un service à temps partiel selon les modalités prévues à l'article 46-1 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Article 22

Un service d'astreinte peut être commun à plusieurs établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée. Dans ce cas, une convention, passée entre les différents établissements concernés, définit, dans le respect et les limites des dispositions du présent décret, les modalités d'organisation du service d'astreinte ainsi que celles relatives au remboursement entre les établissements de la compensation financière accordée aux agents.

Article 23

- Modifié par [Décret n°2003-503 du 11 juin 2003 - art. 2 JORF 15 juin 2003](#)

Un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois.

La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours. Cette limite est portée à 120 heures pour les services organisant les activités de prélèvement et de transplantation d'organes.

Article 24

Les agents assurant leur service d'astreinte doivent pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement, pendant toute la durée de cette astreinte. Ils doivent pouvoir intervenir dans un délai qui ne peut être supérieur à celui qui leur est habituellement nécessaire pour se rendre sur le lieu d'intervention.

Article 25

- Modifié par [Décret n°2011-184 du 15 février 2011 - art. 55 \(V\)](#)

Le temps passé en astreinte donne lieu soit à compensation horaire, soit à indemnisation.

Les conditions de compensation ou d'indemnisation des astreintes sont fixées par décret. Les modalités générales de recours à la compensation ou à l'indemnisation sont fixées par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 est particulièrement élevé dans un secteur d'activité, et pour certaines catégories de personnels, le taux d'indemnisation

des astreintes peut être revalorisé, dans des limites fixées par décret, par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Article 26

Le décret n° 82-870 du 6 octobre 1982 relatif à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 792 du code de la santé publique est abrogé.

Article 27

Les dispositions du présent décret prennent effet le 1er janvier 2002, à l'exception de celles prévues à la deuxième phrase du 2° de l'article 3.

Article 28

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Par le Premier ministre :

Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Elisabeth Guigou

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,

Laurent Fabius

Le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,

Michel Sapin

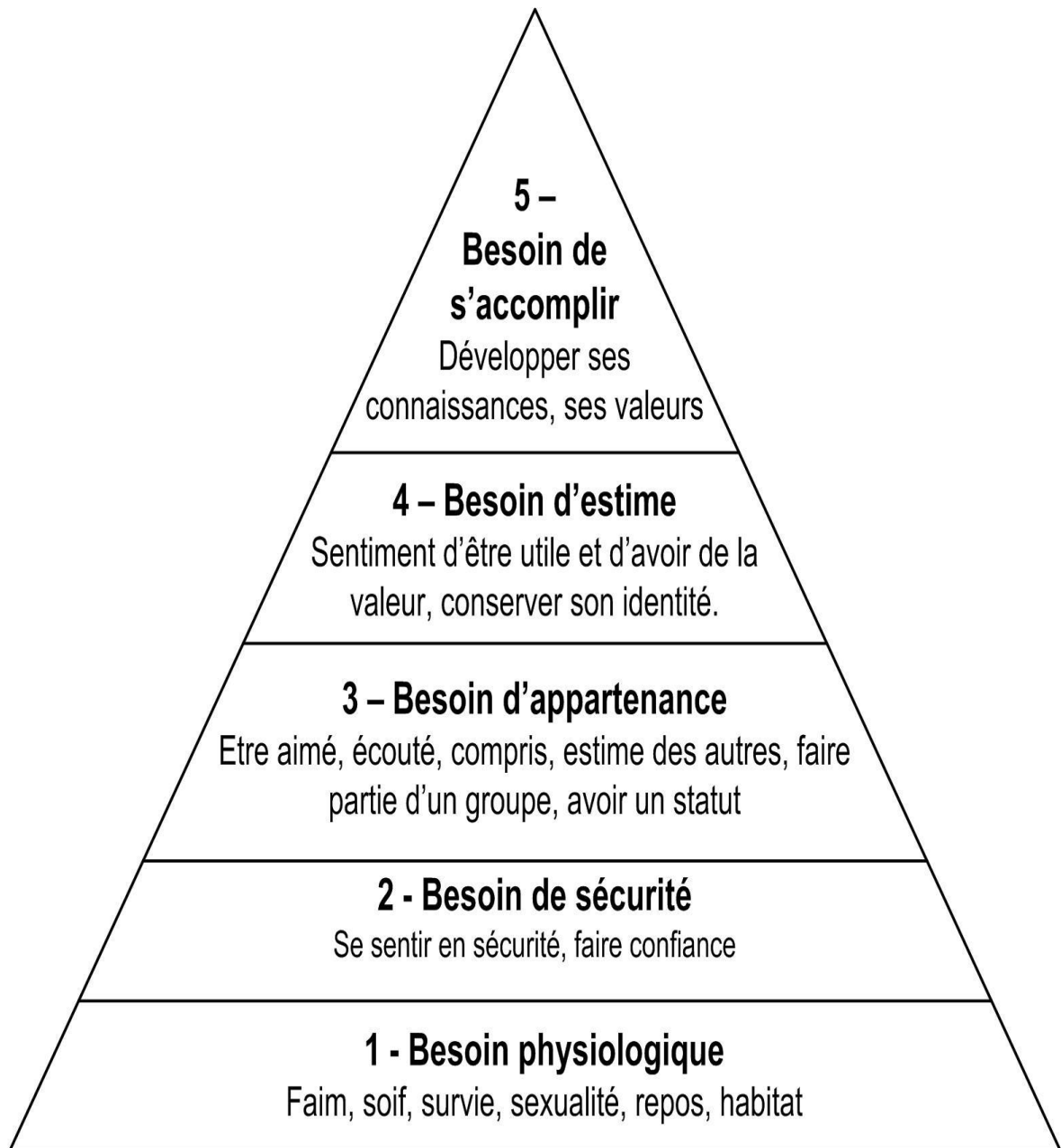
Le ministre délégué à la santé,

Bernard Kouchner

La secrétaire d'Etat au budget,

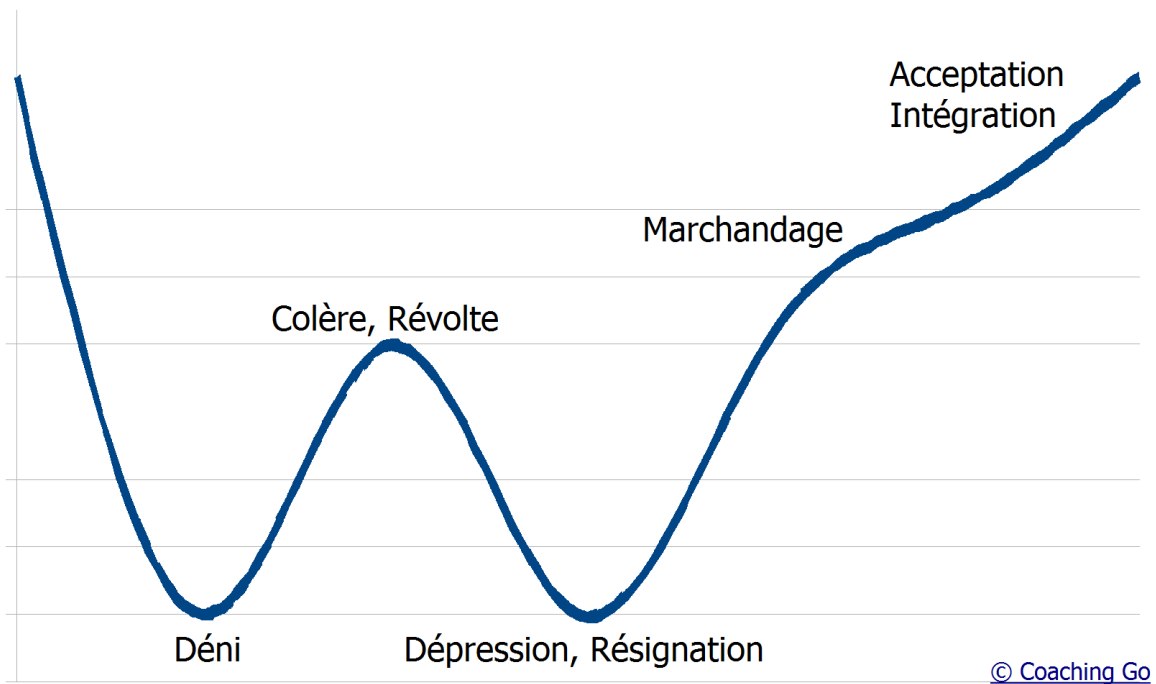
Florence Parly

Annexe II : Pyramide d'Abraham Maslow

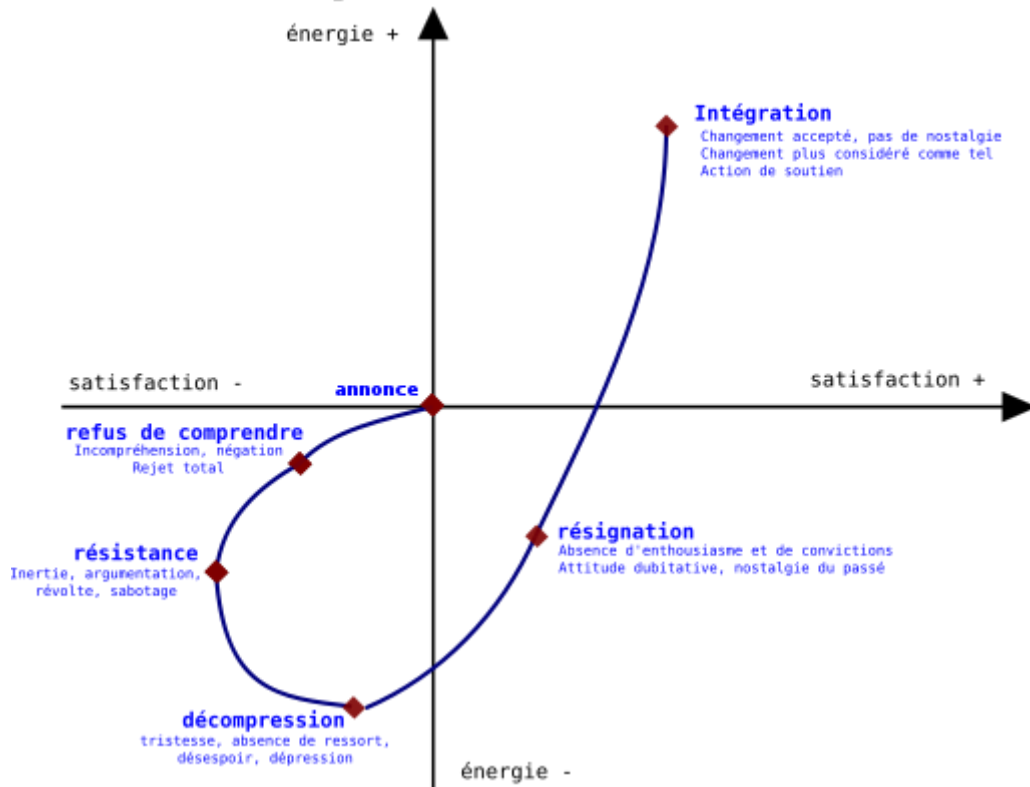


La hiérarchie des besoins selon la pyramide de Maslow

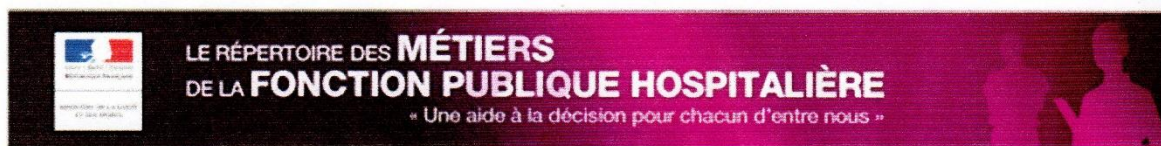
Annexe III : La courbe du changement d'Elisabeth Kübler-Ross



Le positionnement du salarié les phases de deuil



Annexe IV : Fiche métier : Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (1)



Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales

Famille : SOINS
Sous-famille : Management des organisations des soins
Code métier : 05U20

▶ Information générale

Définition :

Organiser l'activité de soins et des prestations associées,
Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.
Développer la culture du signalement et gérer les risques
Développer les compétences individuelles et collectives.
Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.

Autres appellations :

Cadre de santé

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme de cadre de santé

▶ Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

▶ Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau

Annexe IV : Fiche métier : Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (2)



► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Animation d'équipe	Connaissances approfondies
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Droit des usagers du système de santé	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Évaluation de la charge de travail	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Management	Connaissances opérationnelles
Méthodes de recherche en soins	Connaissances opérationnelles
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies
Organisation du travail	Connaissances opérationnelles
Santé publique	Connaissances opérationnelles
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances opérationnelles

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

► Informations complémentaires

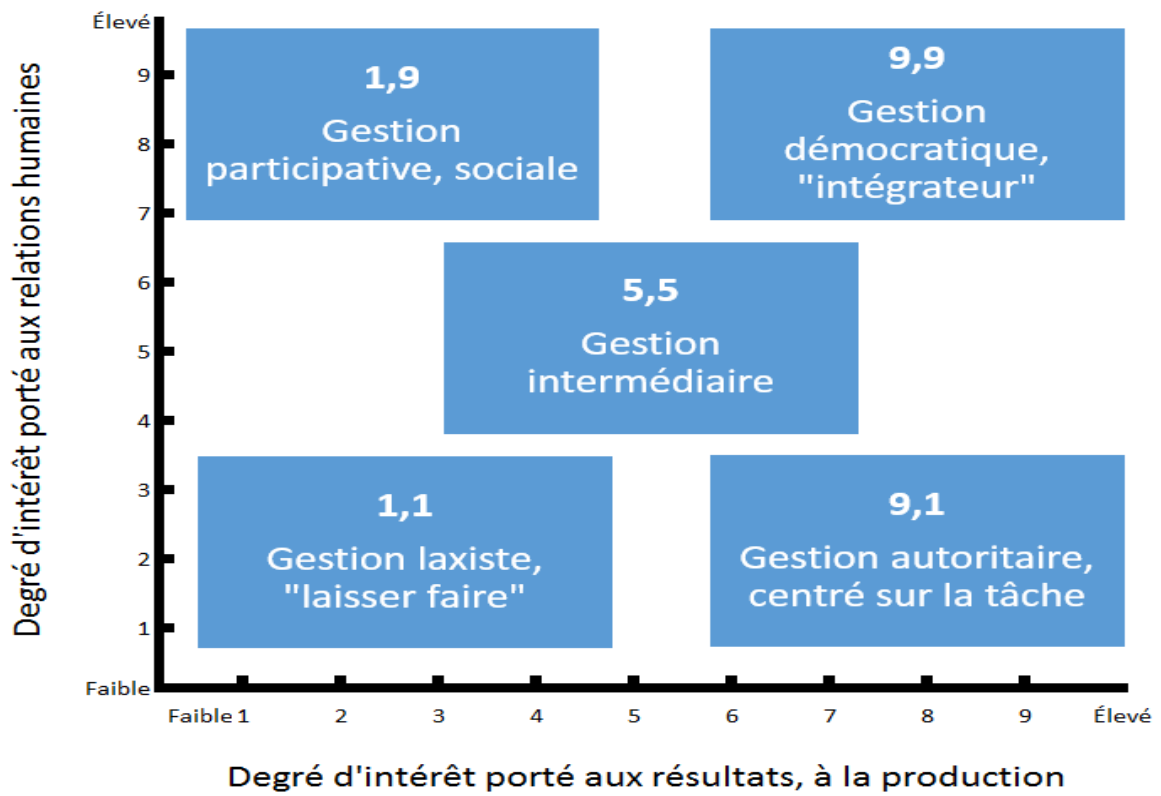
Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
médecins pour la gestion journalière de l'unité
autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins
et pour la gestion des matériels
partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé
Diplôme de cadre de santé

Annexe V : La grille de leadership de R. Blake et J. Mouton



Management Situationnel

- Par Paul Hersey & Kenneth Blanchard

Style DIRECTIF

Diriger

Comportement peu encourageant et très directif

Style PERSUASIF

Entraîner

Comportement encourageant et peu directif

Style PARTICIPATIF

Epauler

Comportement encourageant et peu directif

Style DELEGATIF

Déléguer

Comportement peu encourageant et peu directif

Annexe VII : Guide d'entretien pour les cadres de santé

ENTRETIENS DES CADRES DE SANTE DE JOUR

Bonjour

Actuellement, étudiante à l'IFCS de l'Ecole Supérieure de Montsouris. J'effectue un travail de recherche sur le thème du travail de nuit au sein de nos établissements de santé.

Je souhaite m'entretenir avec vous afin que vous puissiez me faire partager votre expérience qui enrichira ce travail de recherche.

Merci de prendre le temps de me recevoir, me permettez-vous de vous enregistrer afin d'exploiter correctement cet entretien sans trahir vos propos. L'entretien sera bien sûr anonyme.

Heure de début :

Lieu de l'entretien :

Organisation du travail de nuit

1) Pouvez-vous me parler de l'organisation de nuit de votre service ? (Horaires, nombres d'agent, fixe ou mobile...)

2) Les agents de nuit doivent-ils travailler de jour, sur une période, durant l'année ?

*Si oui sur quelle période et sur quelle base : volontariat ou obligation institutionnelle ?
Les agents de nuit ont-ils une période d'intégration de jour ?*

3) Pouvez-vous me dire comment est organisée la continuité de prise en charge des patients dans votre service et quel est votre ressenti sur cette prise en charge ?

Pensez-vous qu'elle pourrait être améliorée ? Comment ?

4) Selon vous, quels sont les compétences nécessaires à cette prise en charge la nuit ?

Relation entre équipes de jour et de nuit

5) Que pensez-vous des relations entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit dans votre service ?
(Collaboration...)

6) Comment organisez-vous les réunions entre les équipes de nuit et de jour ?

Les horaires des réunions vous semblent-ils adaptés ?

7) Comment l'équipe de nuit prend-elle connaissance des informations liées au service, au pôle et à l'institution.

- 8) Quels outils de communication utilisés vous avec les équipes de nuit ?
- 9) les équipes de nuit participent-elles aux projets de service, de pôle et institutionnels ?

Si non pourquoi ?

Encadrement des équipes de nuit

- 10) Avez-vous un cadre de nuit dans votre établissement ?

Si oui quels est son rôle au sein de votre service, avec vos équipes ?

- 11) Comment procédez-vous pour réaliser les entretiens annuels d'évaluations et de besoins en formation des agents de nuit ?

- 12) Avez-vous vécu des changements organisationnels et/ou fonctionnels avec les équipes de nuit ?

*Si oui, pouvez-vous me parler de l'accompagnement mis en place lors de ces changements ?
(Difficultés et résistances)*

- 13) Pouvez-vous me décrire quel type de management mettez-vous en place avec l'équipe de nuit ?

Quelles sont vos attentes et avez-vous le même type de management envers les équipes de jour et de nuit ?

En quoi est-il différent de votre management envers l'équipe de jour ?

- 14) Percevez-vous des difficultés dans l'encadrement des équipes de nuit ?

- 15) La gestion des équipes de nuit vous a –t-elle été imposée par votre hiérarchie ?

Présentation du cadre de santé

Pouvez-vous vous présenter, me parler de votre parcours professionnel, de votre ancienneté dans l'institution et dans le service ?

Avez-vous exercé un poste de nuit ? *Si oui, sur quelle fonction ?*

Remarques éventuelles

Je vous remercie de m'avoir consacré du temps lors de cet entretien.

Fin de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Annexe VIII : Guide d'entretien pour les professionnels de santé de nuit

ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE DE NUIT

Bonjour

Actuellement, étudiante à l'IFCS de l'Ecole Supérieure de Montsouris. J'effectue un travail de recherche sur le thème du travail de nuit au sein de nos établissements de santé.

Je souhaite m'entretenir avec vous afin que vous puissiez me faire partager votre expérience qui enrichira ce travail de recherche.

Merci de prendre le temps de me recevoir, me permettez-vous de vous enregistrer afin d'exploiter correctement cet entretien sans trahir vos propos. L'entretien sera bien sûr anonyme.

Lieu de l'entretien :

Heure de début :

Travail de nuit

1) Pouvez-vous me parler de l'organisation de nuit de votre service ? (Horaires, nombres d'agent, fixe ou mobile...)

2) Les agents de nuit doivent-ils travailler de jour, sur une période, durant l'année ?

Si oui sur quelle période et sur quelle base : volontariat ou obligation institutionnelle ? les agents de nuit ont-ils une période d'intégration de jour ?

3) Pouvez-vous me dire comment est organisée la continuité de prise en charge des patients dans votre service et quel est votre ressenti sur cette prise en charge ?

Pensez-vous qu'elle pourrait être améliorée ? Comment ?

4) Avez-vous vécu des changements d'organisation ou de fonctionnement de nuit ?

Si oui, avez-vous été accompagnés lors de ces changements ? (Par qui ? adhésion ou résistance ?)

Communication

5) Comment s'organise les réunions avec l'équipe de jour ?

Les horaires des réunions vous semblent-ils adaptés ?

6) Comment avez-vous connaissance des informations de l'unité de soins, du pôle et de l'établissement ?

De quelle manière ? et par qui ?

7) Participez-vous aux projets de soins : de l'unité de soins, du pôle et de l'établissement ? (

Si non pourquoi ? Suivez-vous des formations ?

Relation jour/nuit

8) Rencontrez-vous régulièrement le cadre de jour ?

*A quelle occasion ? Selon quelle fréquence ?
Comment se passe les évaluations ?*

9) Avez-vous un cadre de nuit dans l'établissement ? Quel est son rôle vis-à-vis de votre équipe ?

10) Que pensez-vous de votre relation avec l'équipe de jour ?

11) Avez-vous le sentiment de faire partie de l'équipe de l'unité de soins ?

Si oui ou non, pourquoi ?

Présentation du professionnel de santé

Pouvez-vous vous présenter, me parler de votre parcours professionnel (*Travail De jour ?*), de votre ancienneté dans l'institution, dans le service et enfin la raison principale du choix d'un poste de nuit ?

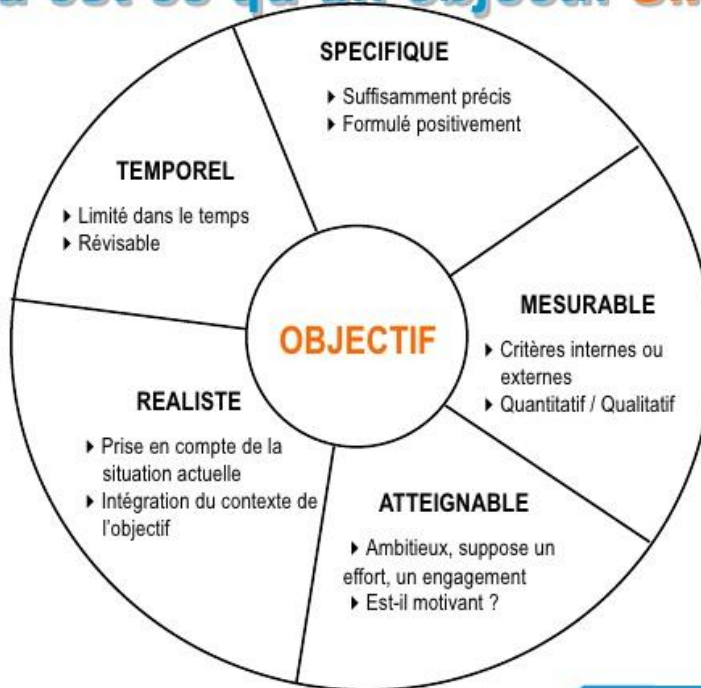
Remarques éventuelles

Je vous remercie de m'avoir consacré du temps lors de cet entretien.

Heure de fin :

Durée de l'entretien :

Qu'est ce qu'un objectif SMART ?



David Gbedemah, ITF 151 (JCI France)

Annexe X : La matrice de SWOT



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

NUIT & JOUR

Une seule et même équipe : Rêve ou réalité ?

AUTEUR

Thérèse NUNES

9 MOTS CLÉS

Equipe de nuit, cadre de santé, communication, dynamique de groupe, sentiment d'appartenance, clivage

10 KEY WORDS

Night shift, health manager, communication, team dynamic, sense of belonging, division.

RÉSUMÉ

Les organisations actuelles dans les établissements de santé ne permettent pas toujours d'appréhender l'équipe jour/nuit comme l'équipe unique de l'unité de soins. Ma recherche s'est appuyée sur des sources bibliographiques et sur des enquêtes auprès de cinq professionnels de nuit et de cinq cadres de santé de jour responsables de ces agents.

Cette enquête permet de mesurer l'impact de l'isolement des équipes de nuit sur leur implication dans la vie des services de soins, d'identifier les bénéfices d'un accompagnement par la communication et d'évaluer l'approche managériale du cadre de santé de jour auprès de ces équipes.

L'analyse montre que la construction d'une équipe unique jour/nuit dépend d'une communication adaptée et d'un accompagnement optimal de l'équipe. Le but étant d'obtenir une adhésion et une dynamique d'équipe autour de projets communs

Le cadre de santé de jour, de par son management, joue un rôle prépondérant dans cet accompagnement de l'équipe nuit, renforce la cohésion au sein de l'équipe soignante de l'unité de soin et diminue le sentiment de clivage.

ABSTRACT

Current organizations in the health care institution do not allow to apprehend night and day shift as a unified care unit team. My research was based on bibliographical sources and investigations with five night professionals and five day health manager responsible for these agents.

This investigation permits to measure the impact of the isolation of the night shifts on their implication in the life of the care service, to identify the benefit of an accompaniment by the communication and to evaluate the managerial approach of the day health manager to these teams.

The analysis shows that the construction of night and day shift depends on an adapted communication, and an optimal accompaniment of team. The aim being to obtain adhesion and a team dynamic around joint projects.

The day health manager, from his management, plays a paramount role in this accompaniment of night shift, reinforces cohesion within the health care unit team and decreases the feeling of division between night and day shifts.