

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Management de nuit : *Quel impact sur les soignants ?*

Chantal ZOU

Sous la direction de : NOTO Roch-Etienne

DCS@24-25

NOTE AUX LECTEURS

« Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – formation et recherche en soins. »

REMERCIEMENTS

Au terme de ce mémoire, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à celles et ceux qui, de près ou de loin, m'ont accompagnée tout au long de cette aventure exigeante et enrichissante.

Je remercie tout d'abord mon directeur de mémoire, Mr NOTO Roch-Etienne, pour sa disponibilité, son écoute et ses conseils éclairés, qui ont su guider ma réflexion avec justesse et bienveillance.

Je souhaite également remercier l'ensemble des formateurs et l'institut pour la qualité de l'enseignement dispensé, ainsi que pour l'accompagnement constant dont j'ai bénéficié durant cette année de formation.

À mes enfants, Quentin et Thomas, qui ont su faire preuve de patience et de compréhension malgré les absences et les moments d'indisponibilité, je dédie une pensée tendre et émue. À mon compagnon, Carlo, pour son soutien discret mais indéfectible, et à ma mère, pilier rassurant et toujours présente, ainsi qu'à mon frère et ma sœur, je vous dis merci du fond du cœur.

Je n'oublie pas mes amis, dont les encouragements et la présence m'ont permis de garder le cap dans les moments de doute. Enfin, à ma promotion, avec qui j'ai partagé les doutes, les rires, les remises en question et les élans collectifs, je témoigne toute mon affection et ma reconnaissance.

À vous tous, merci d'avoir contribué, chacun à votre manière, à ce cheminement personnel et professionnel.

LISTE DES ABREVIATIONS

C

COPIL *Comité de pilotage*

F

FFCDS *Faisant fonction cadre de santé*

I

IAO *Infirmier d'accueil et d'orientation*
IFCS *Institut de formation cadre de santé*

M

MCO *Médecine Chirurgie Obstétrique*

Q

Q.V.T. *Qualité de vie au travail*

SOMMAIRE

I INTRODUCTION

1 CONTEXTE	1
2 CONSTAT	3

II CADRE CONCEPTUEL 7

1 LA LEGISLATION AU COURS DE L'HISTOIRE	7
2 MANAGEMENT	9
2.1 DE SURVEILLANT À MANAGER	10
2.2. DIFFÉRENTS STYLES DE MANAGEMENT	11
2.3 CADRE DE PROXIMITÉ	13
3 LA COMPÉTENCE	14
3.1 DÉFINITION	14
3.2 COMPÉTENCE CADRE	15
3.3 COMPÉTENCE INFIRMIÈRE	16
3.4 LA MONTÉE EN COMPÉTENCE	17
4 DYNAMIQUE D'ÉQUIPE	20
4.1 DÉFINITION	20
4.2 GROUPE ET EQUIPE : DIFFERENCES ET SIMILITUDES	21
4.3 LE GROUPE EN SOCIOLOGIE	23

II QUESTION DE RECHERCHE 25

IV ENQUETE DE TERRAIN 25

1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	26
2. CHOIX DE LA POPULATION	26
3. CHOIX DE L'OUTIL	27
4. TRAITEMENT DES DONNÉES	27

V- ANALYSE 29

1 LE MANAGEMENT	30
1.1 RÔLE ET APPROCHE MANAGÉRIALE AUPRÈS DU PERSONNEL DE NUIT	30
1.2 DIFFICULTES RENCONTREES DANS L'ENCADREMENT DES EQUIPES DE NUIT	30
1.3 SOUTENIR ET ACCOMPAGNER DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE	31
1.4 QUALITES ATTENDUES DU CADRE DE NUIT	32
2 LA COMPETENCE	32
2.1 COMPETENCES INFIRMIERES SPECIFIQUES DE NUIT	32
2.2 ACCOMPAGNEMENT DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET MONTEE EN COMPETENCE	33
2.3 OBSTACLES A L'EVOLUTION PROFESSIONNELLE	34
2.4 IMPACT DE L'ENCADREMENT SUR LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET L'AUTONOMIE	34
2 DYNAMIQUE D'EQUIPE	35
3.1 DEFIS SPECIFIQUES LIES AU TRAVAIL DE NUIT	35
3.2 ENCOURAGER LA COMMUNICATION ET LA COLLABORATION	36
3.3 RENFORCER LA COHESION ET LE SENTIMENT D'APPARTENANCE	37
3.4 PERCEPTION DE L'IMPACT DE L'ENCADREMENT	37
4. REGARDS CROISES THEORIE ET TERRAIN	38
4.1 MANAGEMENT : ENTRE THEORIE MANAGERIALE ET TERRAIN NOCTURNE	38
4.2 COMPETENCE : ARTICULATION ENTRE REFERENTIELS ET REALITES NOCTURNES	39
4.3 DYNAMIQUE D'EQUIPE : ENTRE STRUCTURATION DU GROUPE ET SENTIMENT D'APPARTENANCE	39
5 LES CONTRAINTES PHYSIQUES DE NUIT	40
6 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE CROISEE	43

7 LIMITES DE L'ENQUÊTE	45
VI- DISCUSSIONS	47
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

I INTRODUCTION

1 CONTEXTE

En tant qu'étudiante à l'institut de formation cadre de santé (IFCS), il est attendu de nous une démarche et une réflexion de chercheur. Pouvoir se questionner et apporter notre vision et notre analyse, le tout appuyer sur des éléments de recherche (articles, livres...), sur une problématique qui nous a interpellé. Ayant exercé en qualité de faisant fonction cadre de santé durant deux ans et demi, c'est tout naturellement que je vais porter mon approfondissement sur le management et plus particulièrement sur « Que font les cadres de santé au quotidien à l'hôpital ? » (Paule BOURRET, 2014, p11).

Au cours des différentes réformes, le rôle et les missions du cadre de santé ont connu divers changements. Dans un premier temps, en 1958¹ a été instauré, le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante, ce certificat marque la première reconnaissance officielle d'une fonction d'encadrement dans le secteur infirmier. Puis en 1975², celui de cadre de santé, ce changement vise à renforcer les compétences en management et en encadrement du personnel soignant. En 1995³, le diplôme de cadre de santé est créé, celui-ci ouvre l'accès à plusieurs professions paramédicales. En 2001⁴, les conditions d'accès au diplôme de cadre de santé évoluent, cette nouvelle formation allie compétences théoriques et pratiques en management et en pédagogie. L'objectif est de renforcer les capacités d'encadrement et de gestion des cadres dans les établissements de santé. Le management a évolué auprès des équipes soignantes que ce soit auprès de celles exerçant de jour comme celles de nuit.

¹ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 portant sur la création du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier, moniteurs et infirmiers surveillants

² Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat de cadre infirmier

³ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

⁴ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé et de la fonction publique hospitalière

2 CONSTAT

Nous travaillons dans un établissement comportant des services en intra avec des équipes fixes de jour et de nuit ainsi que des services sur l'extrahospitalier. Chaque amplitude (jour/nuit) avait des cadres de santé. Depuis six ans, les postes de cadres de nuits ont été supprimés pour être réinjectés sur des postes en journée et sont apparus les infirmiers d'accueil et d'orientation (I.A.O.), l'astreinte étant assurée par un cadre de jour. Les plannings des agents de nuit sont établis par le cadre officiant la journée et déposés au sein des services. Lors de la dernière certification, qui a eu lieu en 2023, a été pointé par les visiteurs expert un manque d'information et de formation pour les professionnels de nuit cela apparaissait dans le rapport en ces termes "les recommandations de la Commission Des Usagers ne sont pas connues des professionnels", "les professionnels ne sont pas tous régulièrement formés", et "le comité de pilotage (COPIL) qualité se réunit toutes les semaines....tous les professionnels rencontrés ne peuvent citer des actions qualité"⁵. À la suite de ces recommandations, je me suis interrogée sur la circulation des informations émanant de l'établissement. **Les questions que je me suis posée sont : comment sont véhiculées les informations et le suivi des formations quand il n'y a pas de présence de cadre de nuit ? Comment s'accompagne la montée en compétence des agents ? Et est-ce qu'un cadre de nuit est indispensable ?**

Pour cela, je suis partie de mon expérience professionnelle en tant qu'infirmière de nuit durant 5 ans dans un hôpital situé dans le val d'Oise et également de mon expérience de nuit durant la période COVID dans mon établissement actuel. La différence entre ces deux expériences est que pour la première, l'équipe de nuit était encadrée par une cadre supérieure, un cadre de proximité, ainsi que deux faisant fonction et la seconde aucun encadrement de nuit n'était présent sur le site, l'astreinte étant assurée par un cadre officiant de jour. Au cours de ma première expérience de nuit, en tant qu'agent, le fait de savoir que nous avions une cadre présente et à l'écoute lors de nos divers problématiques (planning, formation, évaluation...) et en mesure d'assurer notre montée en compétence avait quelque

⁵ Rapport de certification cqss-40187

chose de rassurant pour moi ; mais il est vrai que ma prise de fonction de nuit a eu lieu trois ou quatre ans après l'obtention de mon diplôme d'infirmière. Dans ma deuxième expérience de nuit, le fait d'évoluer sans cadre n'a pas été une expérience si négative, peut-être car j'avais à mon actif une vingtaine d'année d'ancienneté et acquis une certaine autonomie, mais qu'en est-il pour les autres soignants ? J'ai voulu savoir si l'importance que je donnais au management de nuit était quelque chose de valable pour d'autre. J'ai donc fait une enquête exploratoire auprès de deux soignants. Le premier, Mr M. est un infirmier qui travaille de nuit depuis 15 ans, il a toujours travaillé en ayant deux cadres de nuit. À la question : **Comment définiriez-vous l'importance du management de nuit ?** Il a expliqué que les cadres connaissent les difficultés de nuit et pouvait les relayer, les évaluations annuelles sont faites par eux et que *“sous ce sentiment d'invisibilité de la part de l'Établissement, il était celui qui leur permettait d'exister”*, à une deuxième question **Comment voyez-vous l'accompagnement du cadre de santé auprès des équipes ?** Mr M. explique que le cadre permet la diffusion des informations en y apportant une explication et que grâce à lui certaines formations ont pu être faite de nuit et que cela aidait pour *“l'évolution”* de carrière. La deuxième, Mme C., jeune infirmière travaillant depuis moins d'un an de nuit, à cette même question à expliquer que dans son établissement il n'y a pas de cadre de nuit et que par rapport à son expérience de jour cela l'a un peu déstabilisée au début mais qu'elle a trouvé un appui auprès des collègues ayant une expérience et une ancienneté dans le travail de nuit. Cependant, elle n'a pas encore eu d'évaluation sur son poste et se pose la question de la fiabilité de cet entretien. Nous pouvons nous demander si des collègues expérimentés peuvent-ils remplacer un cadre ?

Ne pouvons-nous pas, tout comme dans le Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers remis en septembre 2009 par C. de SINGLY à la demande de la ministre de la Santé et des Sports, se poser la question sur « le rôle central mais invisible des cadres dans l'organisation hospitalière » ? De plus, tout comme Christian MICHON, professeur de Marketing à ESCP Europe, dans son article « Management et communication interne », nous pouvons nous questionner sur le rôle clé qu'à la communication interne au sein d'une organisation et les enjeux qui en découlent pour chaque acteur de l'établissement. De même que dans l'article écrit par Soufyane FRIMOUSSE,

maître de conférences Habilité à Diriger des Recherches, et Jean-Marie PERETTI, professeur à l'ESSEC docteur en science de gestion, « Concilier distance et proximité, nouveau défi managérial » nous pouvons nous demander comment rester proche en étant à distance ?

A la lumière de ce constat, plusieurs questionnements ont émergé. Comment diffuser l'information au sein des équipes de manière équitable ? Comment s'assurer que les messages transmis soient compris et appliqués de façon homogène ? Cela interroge sur le positionnement du cadre.

Comment exercer un management à distance tout en accompagnant le développement des compétences ? La montée en compétence constitue un enjeu majeur pour garantir la qualité des soins et une prise en charge optimale du patient. Il s'agit alors d'identifier les leviers que les cadre de santé de nuit peut mobiliser pour y parvenir.

Comment favoriser la dynamique d'équipe des professionnels travaillant la nuit ? Cette dynamique est essentielle à la réussite des projets engagés. Dans ce contexte quelle est la place du cadre de santé de nuit.

Comment rendre visible ce qui est invisible ? Pouvoir mettre en avant des indicateurs ou des tableaux de bord permettant cette visibilité.

Au regard de ce cheminement de questions et de mon expérience professionnelle, au moins trois thématiques ont été mises en évidence :

1. La diffusion de l'information auprès des agents de nuit par le cadre de santé de nuit.
2. Le développement d'une dynamique d'équipe par le cadre de santé de nuit
3. L'accompagnement par le cadre de santé de nuit de la montée en compétence des agents de nuit.

J'ai choisi de traiter la troisième thématique en formulant la question de recherche suivante :

« En quoi le management du cadre de santé a-t-il un impact à la montée en compétence des soignants de nuit ? »

Pour cela, je vais m'appuyer sur l'hypothèse que :

Hypothèse : La présence d'un cadre de santé de nuit favorise l'acquisition de compétences spécifiques chez les infirmiers de nuit.

II CADRE CONCEPTUEL

Afin d'étayer mes recherches et d'ancrer ma réflexion, je m'appuierai sur l'étude approfondie de trois concepts clés :

- Le management
- La compétence
- La dynamique d'équipe.

Dans un premier temps, il me semble judicieux de définir sur un plan législatif le travail de nuit ainsi que de faire un rappel historique de son évolution. Judicieux, car cela permet de situer ce mode d'organisation dans son évolution. Le travail de nuit a longtemps été associé à une présence de garde plus qu'à une véritable fonction soignante. Les évolutions législatives, notamment en matière de reconnaissance, de pénibilité et de continuité des soins témoigne d'une professionnalisation progressive.

1 LA LEGISLATION AU COURS DE L'HISTOIRE

Dans la fonction publique hospitalière, le travail de nuit est encadré par des dispositions spécifiques visant à protéger les agents. Ce travail correspond et se définit par la période comprise entre 21 heures et 6 heures ou toute autre période de neuf heures consécutives entre 21 heures et 7 heures. Les agents travaillant exclusivement de nuit, c'est-à-dire effectuant au moins 90% de leur temps de travail annuel durant cette plage horaire bénéficient d'une durée annuelle de travail effectif réduite à 1476 heures contre 1607 heures pour les agents de jour⁶.

Un nouveau décret qui est entré en vigueur le 1er janvier 2024 a instauré la nouvelle indemnisation pour le travail de nuit dans la fonction publique hospitalière⁷. Celui-ci annule le précédent⁸. Désormais, une indemnité horaire est versée aux fonctionnaires et agents contractuels qui assurent tout ou partie de leur service entre 21 heures et 6 heures.

⁶ Selon décret n°2002-9 du 4 janvier 2002

⁷ Décret n°2023-1238 du 22 décembre 2023

⁸ Décret n°88-1084 du 30 novembre 1988

En ce qui concerne l'historique de la profession de nuit et toute la législation qui s'y rapporte nous pourrions nous référer à l'article de C. Rivaleau "La législation du travail de nuit" paru en 2003.

Avant l'industrialisation, le travail de nuit existait mais dans certaines activités. Par exemple, dans le milieu hospitalier, les gardiens, veilleurs et encore certaines religieuses assuraient des veilles pour s'assurer du bien-être des patients. A cette époque aucune réglementation spécifique ne régissait ce type de travail. Avec l'industrialisation au début du XXème siècle, ce type de prestation se répand dans de nombreux secteurs tels que l'industrie, le transport et les services publics. La prise de conscience pour la santé et l'équilibre des travailleurs commence à voir le jour ; c'est ainsi qu'en 1919⁹ apparaît à la fin de la première guerre mondiale une loi visant à protéger les catégories les plus vulnérables (notamment les femmes et les enfants) en limitant leur condition de travail, notamment l'exercice du travail de nuit dans certains secteurs industriels. Il y a très peu d'évolution par la suite (sauf en 1946¹⁰), il faut attendre 1988 et un décret¹¹ qui marque une étape importante en instaurant dans la fonction publique hospitalière une indemnisation spécifique pour le travail de nuit. Il pose ainsi les bases d'un cadre légal visant à reconnaître les contraintes particulières liées au travail sous cette amplitude. Dans les années 2000, divers décrets ont finalisé la prise en charge du travail de nuit avec une accentuation sur la pénibilité, les risques liés au travail de nuit et une reconnaissance salariale¹². Avec les différentes réformes pour la profession des cadres de santé, le management, qu'il soit de jour comme de nuit à lui-même également évolué.

⁹ Loi du 25 juin 1919 relative à la protection de la femme et de l'enfant au travail

¹⁰ Décret n°46-1649 du 13 juillet 1946 portant rétablissement d'une indemnité pour travaux de nuit

¹¹ Décret n°88-1084 du 30 novembre 1988

¹² Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 et Ségur de la santé (2020)

2 MANAGEMENT

“ De manière générale, le travail des cadres de santé consiste à manager, encadrer le travail des autres.” C’est ce que nous dit Paule BOURRET¹³ dans son ouvrage. Mais quelle définition donnons-nous au management ? En nous appuyant sur diverses interprétations issues d’auteurs différents, nous allons tenter d’éclaircir sur ce qu’est le management. Henry FAYOL, l’un des pionniers du management, le définit comme “l’ensemble des activités de prévision, d’organisation, de commandement, de coordination et de contrôle qui permettent d’atteindre les objectifs fixés par l’organisation.”¹⁴ De son côté, Henry MINTZBERG nous dit que le “ le management se définit par l’exercice simultané de multiples rôles – interpersonnel, informationnel et décisionnel – que le manager assume pour coordonner et diriger l’action collective dans un environnement organisationnel complexe.”¹⁵ Peter F. DRUCKER, nous en donne une autre vision, c’est ainsi qu’il dit que “le management consiste à identifier et exploiter les opportunités par l’innovation et le marketing, deux fonctions essentielles qui assurent la performance et la pérennité de l’organisation dans un environnement concurrentiel.”¹⁶ Selon Emmanuel GROUTEL, qui rapporte les dires de Mary Parker FOLLET “le dirigeant doit appréhender son travail comme étant une des fonction nécessaires à la société, conscient que les autres tiennent aussi des fonctions nécessaires et que, ainsi réunis, tout cela fait du sens, crée de la richesse de façon utile pour la communauté.”¹⁷

Pour un même mot, nous avons ici différentes approches qui illustrent la richesse du concept de management. Selon les auteurs, nous avons des visions soit fonctionnelles, soit entrepreneuriales ou avec un abord plus centré sur l’humain. L’approche de M. P. FOLLET met l’accent sur l’importance des relations humaines et de la collaboration pour atteindre les objectifs organisationnels, elle favorise ainsi un modèle plus démocratique et participatif.

¹³ BOURRET P., *Les cadres de santé à l’hôpital : un travail de lien invisible*, Ed Seli Arsan, 2014, p. 49

¹⁴ FAYOL H., *Administration industrielle et générale*, Paris : Dunod, 1916

¹⁵ MINTZBERG H., *Le manager au quotidien*, Nouveaux horizons, Editions Eyrolles, 2019

¹⁶ DRUCKER P. F., *L’innovation et l’entrepreneuriat*, Paris : Plon, 1985, pp. 38-42

¹⁷ GROUTEL E., *Mary Parker Follet : la facette méconnue du management jardiné*, Revue française de gestion, n°239, Cairn info, 2014, p.13-29

Il est vrai que le management est issu à l'origine du domaine de l'entreprise mais au fil des ans et des pratiques il s'est projeté au monde de la santé et cela a fait évoluer les missions du cadre de santé.

2.1 DE SURVEILLANT À MANAGER

Au cours de ces dernières années, nous sommes passés de l'infirmière surveillante au cadre manager. Le cadre de santé actuel a plusieurs rôles. Il doit être en mesure d'accompagner, d'animer, de prendre des décisions entre autres choses. Selon MINTZBERG, les rôles du manager sont au nombre de dix et sont répartis en trois catégories que nous avons citées précédemment et qui sont la catégorie interpersonnelle, informationnelle et décisionnelle.

Au niveau de la dimension interpersonnelle, nous trouvons trois rôles.

En premier lieu le rôle de **figure de proue** nous l'expliquons par le fait que le cadre de santé représente l'institution et incarne ses valeurs auprès des équipes soignantes, des patients et des familles.

Puis celui de **leader**, dans ce cas le cadre doit motiver, encadrer et accompagner son équipe, en veillant à son développement professionnel et à sa cohésion.

Enfin **l'agent de liaison**, là le cadre assure le lien entre les différents acteurs de l'hôpital (direction, médecins, autres services, écoles de formation).

Au niveau de la dimension informationnelle, trois rôles ont été décrits.

Celui de **contrôleur** où le cadre de santé analyse les pratiques de soins, identifie les dysfonctionnements et propose des ajustements.

Vient celui de **diffuseur**, là il transmet les informations institutionnelles aux équipes et partage les bonnes pratiques pour assurer une continuité des soins efficace.

Le troisième étant le rôle de **porte-parole**, dans ce rôle le cadre représente son équipe auprès de la direction, des instances de l'établissement et parfois auprès des familles des patients.

La dimension décisionnelle a quant à elle quatre rôles.

L'**entrepreneur** qui peut signifier que le cadre de santé met en place des projets d'amélioration de la qualité des soins et favorise l'innovation dans l'organisation du travail.

Un rôle de **régulateur** car il gère les conflits au sein des équipes, ajuste les plannings et s'adapte aux imprévus pour garantir une continuité des soins.

Il peut jouer aussi un rôle de **répartiteur de ressources** en allouant les ressources humaines et matérielles en fonction des besoins du service et des priorités.

Et pour terminer, celui de **négociateur** en participant aux discussions avec la direction, les syndicats et les autres services pour défendre les intérêts de son équipe et améliorer les conditions de travail.

Le cadre de santé incarne pleinement la diversité des rôles managériaux décrits par MINTZBERG. Il doit jongler entre leadership, gestion de l'information et prise de décision pour garantir un environnement de travail efficace et propice à la montée en compétences des soignants.

Le manager et le leader ont des rôles complémentaires. A l'hôpital, le cadre de santé doit jongler entre les deux postures. En tant que manager, il organise, contrôle et assure la continuité des soins et en tant que leader, il motive, soutient et accompagne ses équipes vers une continuité de l'amélioration.

Le cadre de santé, pour mener à bien ses missions, a la possibilité d'avoir accès à différents styles managériaux.

2.2. DIFFÉRENTS STYLES DE MANAGEMENT

Dans un environnement de soins en constante évolution, le management joue un rôle central dans l'organisation du travail et la montée en compétences des professionnels. Selon l'approche adoptée, il peut favoriser la motivation des équipes, structurer la prise de décision ou encore stimuler l'autonomie. Il est donc essentiel d'explorer les différents types de management afin de mieux comprendre leur impact sur la dynamique d'équipe.

2.2.1. Management directif

Le management directif, également appelé management autoritaire, se caractérise par une prise de décision centralisée où le manager exerce une autorité forte et donne des directives claires sans consulter le reste de l'équipe. Ce style est efficace dans des

situations nécessitant des décisions rapides ou lorsque l'équipe manque d'expérience. Cependant, il peut limiter la créativité et l'engagement des employés.

2.2.2. Management participatif

Le management participatif implique les employés dans le processus décisionnel, favorisant ainsi leur engagement et leur motivation. Ce style repose sur la confiance et la collaboration, permettant aux agents de contribuer activement aux décisions qui les concernent. Ce type de management donne du sens, responsabilise. Il renforce l'autonomie et accroît la performance tout en ayant une incidence sur la qualité de vie au travail (Q.V.T.) Ce management favorise la créativité et l'innovation, mais peut ralentir le processus décisionnel en raison de la nécessité de consulter plusieurs parties prenantes.

2.2.3. Management délégitif

Le management délégitif ou consultatif confère une grande autonomie aux employés en leur déléguant la responsabilité de certaines tâches ou projets. Le manager intervient peu dans les processus opérationnels, ce qui peut renforcer la confiance et le développement des compétences au sein des équipes. Cependant ce style de management nécessite des membres d'équipe expérimentés et autonomes pour être efficace.

2.2.4. Management transformateur

Le management transformateur ou leadership transformationnel vise à inspirer et à motiver le personnel en leur communiquant une vision ambitieuse et en les encourageant à dépasser leurs intérêts personnels pour le bien de l'établissement. Ce style de management est centré sur le changement positif, l'innovation et le développement personnel des employés.

Ainsi, le choix d'un style de management -qu'il soit directif, participatif, délégitif ou transformateur- influe directement sur la dynamique d'équipe, la motivation des

soignants et l'efficacité organisationnelle. Dans cette perspective, le rôle du cadre de proximité apparaît comme un maillon essentiel, chargé de traduire ces approches managériales en actions concrètes sur le terrain. Il convient donc d'examiner plus en détail les missions et les enjeux liés à cette fonction clé.

2.3 CADRE DE PROXIMITÉ

Le mot proximité vient du latin "*proximitas*" il signifie selon le Larousse "situation de quelqu'un, de quelque chose qui se trouve à peu de distance de quelqu'un, de quelque chose d'autre ou d'un lieu."

Le cadre de proximité, de part la définition, devrait d'être, comme le nom l'indique, proche physiquement de son équipe ou de son service. Mais afin d'accomplir ses diverses missions transversales, il se retrouve le plus souvent éloigné. "Être cadre de proximité, c'est tenir une place sans prendre place" (P. BOURRET p.93).

Lorsque celui-ci exerce sur un poste de nuit, cela est encore plus parlant. Walter HESBEEN définit cette profession comme "un métier au coeur du soin"¹⁸ car il se retrouve proche des équipes, des patients, des familles et de l'institution. Il décrit aussi le ressenti des cadres de santé qui parlent de relation proximale, qui est le propre de la proximité, et de relation distale. Ils se sentent de plus en plus dans une posture en distance.¹⁹

Ces deux relations caractérisent les interactions entre les personnes, notamment dans le contexte professionnel.

La relation proximale pourrait se caractériser par une communication fréquente et personnalisée, une présence physique et réelle et une implication émotionnelle. Ainsi Fabienne PRIEUR²⁰, cadre de santé, dit "le CDS de nuit pérennise le lien avec les agents. Sa relation particulière, son écoute active, sa proximité leur assurent une attention nécessaire."

La relation distale quant à elle évoque une notion de distance qui peut être physique, hiérarchique. Elle a pu être accentuée par les nouvelles technologies (internet, mail,

¹⁸ HESBEEN W., *Cadre de santé de proximité*, Ebrevier Masson, 2011, p.7

¹⁹ HESBEEN W., *Cadre de santé de proximité*, Ebrevier Masson, 2011, chapitre 1

²⁰ PRIEUR F., FFCDS, *Le cadre de santé de nuit un maillon indispensable...*, La revue de l'infirmière, avril 2022, n°280

visio) et également par le fait que le cadre de santé, surtout la nuit, est cadre de plusieurs services et parfois multisites géographique.²¹

En tant que cadre de proximité, le cadre de santé joue un rôle clé dans le développement des compétences, à la fois en accompagnant les infirmiers dans leur pratique et en mobilisant les siennes pour organiser, soutenir et coordonner le travail au quotidien.

3 LA COMPÉTENCE

3.1 DÉFINITION

Si nous devions faire un rappel historique et étymologique de la notion de compétence, nous dirions que ce mot vient du latin “*competens*” qui signifie : convenir, être adapté à. Au fil des années, le terme a évolué et sa définition avec lui, nous sommes partis de la compétence sous le taylorisme qui se focalisait sur une tâche, au bilan de compétence, à l’évaluation.

P. PERRENOUD²² suggère de concevoir la compétence comme l’aptitude à agir de manière efficace dans un ensemble de situations que l’on parvient à gérer grâce aux connaissances permettant de les identifier et de les comprendre.

L’autre définition que nous pourrions prendre est celle de J. TARDIF : “La compétence est un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d’une variété de ressources internes et externes à l’intérieur d’une famille de situations”²³. Pour G. LE BOTERF “une personne compétente est une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant un double équipement de ressources : ressources personnelles (connaissances, savoir-faire, qualités, culture, ressources émotionnelles...) et ressources de réseaux (banque de données, réseaux documentaires...)”²⁴.

²¹ LE BRIS S., *Le management de proximité à distance : les facteurs clé de la réussite*, Projectics, Article de revue, 2022, p.205 -229

²² PERRENOUD P., *Développer la pratique réflexive dans le métier d’enseignant*, Paris, ESF, 2001

²³ TARDIF J., *L’évaluation des compétences*, Montréal ; Chenelière éducation, 2006

²⁴ LE BOTERF G. *L’ingénierie des compétences* (2 ed). Paris Editions d’organisation, 1999

Aux vues de ces définitions, nous pouvons dire que la compétence est l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être qui doivent être mobilisés pour mener à un savoir-agir. Mais nous pouvons avoir également une vision de groupe, c'est à dire que plusieurs compétences associées génèrent une autre compétence qui peut permettre de trouver la solution à la difficulté rencontrée, la compétence ne se résume alors pas seulement à une dimension individuelle.²⁵

3.2 COMPÉTENCE CADRE

L'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé détaille les compétences requises pour l'obtention du diplôme.

Le cadre de santé est important dans l'organisation des soins et le management des équipes soignantes. Son rôle dépasse la simple gestion administrative et s'étend à l'encadrement, la formation et l'accompagnement des professionnels de santé. Il doit conjuguer expertise clinique, compétences managériales et relationnelles pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

Selon le référentiel du ministère des affaires sociales et de la santé (2012), il doit mobiliser plusieurs compétences transversales, notamment :

- L'anticipation et la planification des activités (prévoir, organiser et coordonner)
- La gestion des équipes (manager, animer, mobiliser)
- L'évaluation et la valorisation des pratiques professionnelles
- La gestion des conflits et la négociation
- La conduite de projets et l'amélioration continue de la qualité.

Ces compétences se déclinent en plusieurs missions de terrain comme la planification des soins, la coordination des équipes pluridisciplinaires, l'accompagnement des professionnels et la mise en place d'une démarche qualité.

Au delà de l'application de ces compétences, le cadre de santé influence la dynamique des équipes par sa posture et son aptitude à créer un environnement de travail favorable au développement des compétences et à la collaboration au sein des équipes.

²⁵ CARRE D. et GAGNAYRE R., *Le bilan de compétences : une multiplicité d'approches conceptuelles*, Pédagogie médicale, 2007, p.226

Pour le cadre de nuit, alors “qu’ils ont parfois l’impression d’exercer un autre métier que leurs homologues de jour”²⁶ d’autres compétences sont nécessaires car le travail de nuit se déroule dans des conditions différentes, il demande au cadre une plus grande autonomie et d’indépendance.

Le cadre doit rompre l’isolement de soignants de nuit, favoriser le décroisement entre les équipes et faciliter l’accès à la formation. La communication avec l’équipe est très importante ce qui implique pour le cadre plus de relationnel²⁷.

Ces compétences du cadre de santé ne prennent pleinement leur sens qu’en interaction avec celles des infirmiers dont elles soutiennent le développement et l’évolution. Il est donc essentiel d’analyser les compétences infirmières afin de mieux comprendre les enjeux de leur montée en compétence.

3.3 COMPÉTENCE INFIRMIÈRE

Les compétences infirmières sont définies par le décret de compétences (article R.4311-1 du Code de la santé publique) qui encadre les actes que les infirmiers sont habilités à réaliser dans le cadre de leur exercice professionnel. Elles reposent sur trois grands axes : les soins techniques, la relation avec le patient et la coordination des soins.

L’infirmier est ainsi à la fois un acteur de soin, un accompagnant du patient et un collaborateur au sein d’une équipe pluridisciplinaire.

Ce métier requiert également une maîtrise de compétences variées qui gravitent autour de plusieurs dimensions. Nous avons des compétences techniques et cliniques, des compétences relationnelles et en communication, des compétences en organisation et en prise de décision, et des compétences éducatives et pédagogiques.

En ce qui concerne le personnel de nuit, il se doit de développer ou accentuer d’autres compétences car les attentes des patients ne sont pas les mêmes. Il se doit

²⁶ LUGINSLAND M., *Cadres jusqu’au bout de la nuit*, Objectifs soins et management, janv 2016, n°242

²⁷ BORDIN P. et DERRICK M., *Evolution du management et du travail des équipes soignantes de nuit*, La revue de l’infirmière, avril 2022, n°280

d'être autonome, réactif, polyvalent et une grande capacité d'organisation car souvent l'infirmier se retrouve seul la nuit en binôme avec un aide-soignant²⁸.

Ainsi les compétences infirmières ne sont pas figées, mais en constante évolution, notamment grâce à l'accompagnement dispensé par le cadre de santé. Cette dynamique soulève la question de la montée en compétence qui sera abordée dans le sous-chapitre suivant.

3.4 LA MONTÉE EN COMPÉTENCE

Dans un environnement hospitalier en constante évolution, la montée en compétence des soignants est un levier fondamental pour garantir une prise en charge de qualité et renforcer la professionnalisation des équipes. Cette montée qui s'appuie sur l'apprentissage, l'expérience et l'accompagnement est importante pour les agents de nuit. Confrontés à une relative autonomie et à des prises de décision souvent solitaires, ils doivent développer des compétences spécifiques qui leur permettent d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

3.4.1 L'entretien d'évaluation : un outil de mesure de la performance

L'entretien d'évaluation constitue un temps formel durant lequel le cadre de santé évalue, avec l'agent, les résultats obtenus au regard des objectifs fixés précédemment. Il s'agit d'un moment tourné vers le passé, permettant d'analyser les compétences mobilisées, les réalisations accomplies et, plus globalement, la performance du professionnel. Cet entretien est souvent mené de manière annuelle ou semestrielle et repose sur des critères prédéfinis.

Le processus d'évaluation peut inclure une notation, chiffrée ou cotée, qui vient objectiver l'appréciation portée. L'évaluateur prépare généralement cet entretien seul, en s'appuyant sur des observations, des indicateurs de performance ou encore des données institutionnelles. Le collaborateur, quant à lui, adopte une posture plutôt

²⁸ OLLIVIER J-C., *Favoriser la continuité des soins par alternance du travail jour/nuit*, Revue de l'infirmière, septembre 2007, n°133

réceptrice, recevant les commentaires et les retours, qui sont principalement correctifs.

Cet outil est aussi susceptible d'influer sur la rémunération, les primes ou l'avancement de carrière, ce qui en fait un levier institutionnel structurant. Néanmoins, l'objectif demeure centré sur l'amélioration des performances actuelles, dans une logique d'efficacité et de résultats.

Dans une perspective managériale, l'entretien d'évaluation permet au cadre de santé d'objectiver les réussites et les axes de progrès, tout en consolidant une posture d'accompagnement exigeante mais juste. Toutefois, s'il reste centré uniquement sur la mesure, il peut perdre de vue les dimensions humaines et évolutives de la fonction soignante.

3.4.2 L'entretien professionnel : un levier pour la construction de parcours

À la différence de l'entretien d'évaluation, l'entretien professionnel s'inscrit dans une dynamique tournée vers l'avenir. Il vise à accompagner le professionnel dans le développement de ses compétences, la formulation de ses aspirations et l'identification de ses besoins en formation. Il s'agit d'un moment d'écoute active, où le cadre de santé et le soignant coconstruisent un projet d'évolution professionnelle.

La fréquence de cet entretien peut être plus souple, parfois tous les six mois, et sa préparation implique activement les deux parties. Le professionnel y joue un rôle central, partageant ses objectifs, ses souhaits d'évolution ou ses difficultés. Le cadre de santé adopte ici une posture de soutien, apportant une rétroaction constructive et orientée vers le développement.

Ce type d'entretien ne comporte pas de notation chiffrée. Il s'agit moins de juger que de comprendre, d'anticiper et de proposer des perspectives. Le lien avec la rémunération est indirect, car l'entretien professionnel est avant tout un outil d'épanouissement personnel et d'accompagnement vers une montée en compétences.

Dans le contexte de la fonction d'encadrement, ce moment représente une opportunité précieuse de valorisation des talents, de reconnaissance des besoins de

chacun et de projection dans une dynamique institutionnelle d'amélioration continue. Il permet de renforcer le lien de confiance entre le cadre et le professionnel, tout en soutenant une logique d'autonomisation et de responsabilisation²⁹.

3.4.3 La formation

Les dispositifs de formation peuvent prendre plusieurs formes. Chacune répond à des objectifs distincts, mais complémentaires, et présente des avantages tant pour le professionnel que pour l'équipe ou l'institution.

- **Les formations individuelles** sont particulièrement adaptées pour répondre à un besoin ciblé. Elles permettent au cadre de santé d'accompagner un professionnel dans le développement de compétences spécifiques, en lien direct avec sa fonction ou avec l'évolution de son poste. Pour l'institution, ce type de formation permet une meilleure gestion des ressources humaines et contribue à l'amélioration de la qualité des soins. Le professionnel formé bénéficie quant à lui d'un gain en autonomie et d'un sentiment d'épanouissement qui peuvent rejaillir positivement sur sa posture et son engagement.
- **Les formations en groupe** favorisent la cohésion et l'esprit d'équipe. Elles offrent un espace de réflexion partagée et permettent un enrichissement mutuel par l'échange d'expériences. Le cadre de santé peut s'appuyer sur ce type de formation pour renforcer la dynamique de groupe, améliorer la communication et encourager le travail collaboratif. Pour les soignants, ces formations renforcent le sentiment d'appartenance à une équipe, tout en facilitant le partage des bonnes pratiques.
- **Les formations en ligne ou l'autoformation** répondent à des besoins de souplesse et d'adaptation, notamment pour des professionnels qui, comme les infirmiers de nuit, disposent de peu de créneaux pour se libérer en journée. Ces dispositifs permettent à chacun de se former à son rythme, en fonction de ses disponibilités et de ses priorités. Le cadre peut ainsi proposer un accompagnement individualisé, tout en répondant aux contraintes organisationnelles. L'institution bénéficie d'un accès élargi à la formation, à

²⁹ NAUDIN D., Guide CS Cadre de santé, Edition Elsevier Masson, 2024, p. 198

moindre coût, ce qui facilite la montée en compétence d'un plus grand nombre de professionnels.

Le cadre de santé occupe une position stratégique dans cette organisation. Il identifie les besoins en formation, accompagne les professionnels dans leurs démarches, et veille à l'articulation entre les projets individuels et les objectifs collectifs. En favorisant l'accès à des formations diversifiées, il participe activement à la construction de parcours professionnels cohérents et motivants³⁰.

4 DYNAMIQUE D'ÉQUIPE

4.1 DÉFINITION

La dynamique d'équipe ce sont les mécanismes et les principes qui permettent à une équipe de fonctionner de manière performante et cohérente le tout en mobilisant les compétences individuelles au service d'un objectif commun³¹. C. FAUCHEUX, psycho-sociologue français, nous dit que Kurt LEWIN, qui est un psychologue américain d'origine allemande et qui est considéré comme le fondateur de la dynamique de groupe, définit la dynamique d'équipe comme l'ensemble des forces interpersonnelles qui se manifestent dans un groupe et influencent ses comportements, ses interactions, sa cohésion, sa performance et son évolution³².

Afin de mieux comprendre les enjeux de cette dynamique collective, il est essentiel de distinguer les notions de groupe et d'équipe, souvent confondues pourtant porteuses de spécificités en matière de fonctionnement, de finalité et de cohésion.

³⁰ NAUDIN D., Guide CS Cadre de santé, Edition Elsevier Masson, 2024, p. 195

³¹ DEVILLARD O., *Dynamiques d'équipes*, Edition d'Organisation, 2005

³² FAUCHEUX C., *La dynamique de groupe*, L'année psychologique, Persée, 1957 p425-440

4.2 GROUPE ET EQUIPE : DIFFERENCES ET SIMILITUDES

Les concepts de groupe et d'équipe sont souvent utilisées de manière interchangeable, bien qu'elles renvoient à des réalités distinctes. Un groupe, c'est un ensemble de personnes rassemblées pour une raison commune, que ce soit dans un cadre formel ou informel. Ces personnes peuvent partager un lieu, un moment ou un objectif, sans forcément avoir de liens forts entre elles. Il peut s'agir par exemple d'un groupe d'étudiants, d'un groupe de collègues ou de personnes réunies autour d'un même intérêt, avec une cohésion qui peut être ponctuelle ou limitée.

L'équipe, quant à elle, représente une forme plus structurée et finalisée du groupe. Elle se caractérise par une organisation claire, où chacun joue un rôle bien défini et dépend des autres pour atteindre un objectif commun, souvent lié à l'efficacité ou à la réalisation d'une tâche³³. Dans le domaine des soins, une équipe se compose de professionnels aux compétences complémentaires, œuvrant en coordination pour assurer une prise en charge globale du patient.

Les deux concepts partagent toutefois des similitudes : interactions, dynamique relationnelle, règles implicites ou explicites, et influence des membres entre eux. La qualité de la communication, la gestion des conflits et la reconnaissance mutuelle sont des éléments clés tant dans un groupe que dans une équipe.

Comprendre ces nuances permet au cadre de santé d'adapter son mode de management, en favorisant la cohésion, la coopération et la responsabilisation dans une logique d'équipe, au-delà de la simple cohabitation d'un groupe.

Afin de mieux comprendre ce qui distingue l'équipe des autres formes de groupes, il est pertinent de s'appuyer sur les classifications proposées par la psychologie sociale, notamment celle proposée par D. ANZIEU³⁴. Cet auteur distingue différents types de groupes en fonction de leur niveau de structuration, de la nature des relations entre les membres et des finalités poursuivies.

³³ ANZIEU D./ MARTIN J-Yves, La dynamiques des groupes restreints, PUF, 12^{ème} édition, sept. 2000

³⁴ ANZIEU D./ MARTIN J-Yves, La dynamiques des groupes restreints, PUF, 12^{ème} édition, sept. 2000

La foule, par exemple, est un groupe spontané, souvent temporaire, où les individus réagissent de manière émotionnelle ou impulsive, sans organisation structurée. Elle se forme dans un contexte événementiel ou de réaction collective (manifestation, rassemblement public).

Le groupe primaire se caractérise par des relations proches, durables et affectives. Il s'agit de cercles restreints comme la famille ou les amis, où la cohésion repose sur des liens forts et personnels. À l'inverse, le groupe secondaire repose sur des relations plus fonctionnelles, moins impliquées émotionnellement, comme dans une classe d'étudiants ou un collectif professionnel.

Les groupes formels disposent d'une organisation explicite : les rôles y sont définis, les règles posées et les objectifs clairement identifiés. C'est le cas, par exemple, d'une équipe de soins dans un service hospitalier ou d'un comité de pilotage. À côté de ces structures officielles, les groupes informels naissent spontanément au sein des organisations, en dehors de toute hiérarchie. Ils se forment autour d'affinités ou d'intérêts communs, comme un groupe de collègues partageant des moments de pause.

Enfin, l'équipe représente une forme particulière de groupe formel, organisée autour d'un objectif commun. Ce qui la distingue, c'est l'interdépendance des rôles, la complémentarité des compétences et la coordination nécessaire à la réalisation d'une tâche collective. Dans le champ de la santé, par exemple, une équipe pluridisciplinaire conjugue les savoir-faire d'infirmiers, d'aides-soignants, de médecins et d'autres professionnels, pour garantir une prise en charge globale du patient.

Cette typologie met en évidence que tous les groupes ne fonctionnent pas de la même manière. Comprendre ces différences permet au cadre de santé d'adapter son mode d'encadrement en fonction du type de collectif auquel il est confronté.

Après avoir mis en lumière les différentes formes que peut prendre un groupe, il paraît essentiel d'en approfondir la compréhension en l'abordant à la fois comme une entité sociale organisée et comme un espace psychique contenant, afin d'en saisir toute la complexité et les enjeux dans la pratique managériale.

4.3 LE GROUPE EN SOCIOLOGIE

Dans certaines approches sociologiques, le groupe peut être comparé à un corps humain. Chaque membre y occupe une fonction spécifique, indispensable au bon fonctionnement de l'ensemble, à l'image des organes qui, dans un organisme, ont des rôles distincts mais complémentaires. Cette vision holistique repose sur l'idée que le tout est supérieur à la somme des parties.

Travailler en groupe implique de s'inscrire dans une dynamique collective qui dépasse les simples échanges fonctionnels. Le groupe devient alors un espace structurant, à la fois protecteur, soutenant, et porteur de sens. Il joue un rôle d'enveloppe contenant, où chaque professionnel peut s'appuyer, se positionner et évoluer dans un cadre sécurisant.

Dans cette perspective, Didier Anzieu, à travers le concept de *Moi-peau*, explique que le groupe peut remplir une fonction de *pare-excitation* : il agit comme une membrane protectrice qui filtre les tensions et permet aux individus de s'inscrire dans un processus d'élaboration psychique. Ce cadre partagé favorise alors une dynamique d'appartenance, essentielle à la construction de repères identitaires et professionnels.

De son côté, Claude Devillard compare le groupe à un organisme vivant, doté d'une organisation interne et de fonctions interdépendantes. Il insiste sur la nécessité d'un équilibre entre les différentes parties qui composent le groupe, chacune jouant un rôle spécifique au service du bon fonctionnement de l'ensemble. Si un déséquilibre se produit — par exemple un rôle mal défini ou un dysfonctionnement relationnel —, c'est l'ensemble du système qui peut se fragiliser. Cette approche met en évidence l'importance de la régulation, de la coopération et du sentiment d'utilité pour chaque membre.

Ces deux visions, complémentaires, permettent de comprendre que le groupe n'est pas qu'un simple regroupement de professionnels, mais un espace dynamique, sensible et structurant. Il contient, soutient et régule. Il permet à chacun de se sentir à

sa place, tout en favorisant l'expression des subjectivités et le développement des compétences collectives.

En service de nuit, où l'isolement, la charge émotionnelle ou la prise de décision en autonomie peuvent générer des tensions, cette fonction de contenance et d'étayage du groupe prend tout son sens. Il devient alors un point d'appui pour les soignants, un lieu d'échange, de réassurance, et parfois de réparation. Le cadre de santé, même à distance, a un rôle important à jouer dans le maintien de cette dynamique, en soutenant la cohésion, en facilitant la communication, et en reconnaissant les apports de chacun, car comme C. Devillard le dit “ un chef d'équipe pourrait quand bien même déléguer la majeure partie de ses tâches de réflexion, d'organisation, de mobilisation que sa présence resterait cependant indispensable en temps que référent commun de tous.”³⁵

Cette fonction contenante du groupe professionnel trouve également un écho dans la pyramide des besoins de Maslow. En effet, après la satisfaction des besoins physiologiques et de sécurité, l'individu cherche à appartenir à un groupe (besoin d'appartenance), à y être reconnu (besoin d'estime), puis à s'y réaliser pleinement (besoin d'accomplissement). Le groupe, lorsqu'il est structuré, soutenant et valorisant, devient un véritable levier pour répondre à ces besoins fondamentaux. Il contribue ainsi à créer un environnement propice à l'engagement, au bien-être au travail et à la montée en compétence des professionnels.

³⁵ DEVILLARD Olivier, *Dynamiques d'équipes*, Edition d'Organisation, 2005



II QUESTION DE RECHERCHE

Ainsi, à la lumière des approches théoriques, sociologiques et psychologiques abordées, il apparaît que le cadre de santé joue un rôle central dans l'animation du collectif, le développement des compétences et le maintien de la cohésion, y compris lorsqu'il est absent physiquement. Ces constats m'ont conduite à m'interroger plus précisément sur l'impact réel de son management auprès des professionnels de nuit.

IV ENQUETE DE TERRAIN

Dans le cadre de ce travail de recherche, j'ai souhaité m'appuyer sur une enquête de terrain afin de mieux comprendre la manière dont les missions du cadre de santé peuvent contribuer à la montée en compétence des infirmiers de nuit. Cette démarche m'a permis de confronter les éléments issus du cadre conceptuel à la réalité des pratiques professionnelles observées. Le recueil de données s'est fait par le biais d'entretiens semi-directifs, ce qui m'a offert une richesse d'échanges et une diversité de points de vue essentiels à l'analyse de ma problématique.

1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

J'ai choisi de mener une enquête qualitative, car elle me permettait de recueillir des données approfondies sur les représentations, les pratiques et les expériences des professionnels interrogés. L'entretien semi-directif m'est apparu comme l'outil le plus pertinent pour explorer les trois concepts majeurs de mon mémoire : le management du cadre de santé, les compétences, la dynamique d'équipe.

Ce type d'entretien offre une trame souple, laissant place à l'expression libre de la personne interrogée tout en assurant une cohérence dans les thèmes abordés. Afin de favoriser l'émergence d'éléments significatifs, j'ai préparé une grille d'entretien composée de 12 questions, réparties équitablement autour des trois concepts principaux (soit 4 questions par concept). Des questions de relance ont été mobilisées au besoin, afin de creuser certaines réponses ou de préciser un propos. (*Annexe 1*)

Les entretiens ont été réalisés dans un cadre propice à la confidentialité, en tenant compte de la disponibilité et du rythme professionnel de chaque participant. La durée moyenne d'un entretien était d'environ 30 à 45 minutes. Un enregistrement vocal, avec l'accord des personnes interrogées, m'a permis de retranscrire fidèlement les échanges. (*Annexe 2*)

2. CHOIX DE LA POPULATION

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai interrogé des cadres de santé et des faisant fonction de cadre de santé (FFCDS) exerçant dans deux champs complémentaires : la psychiatrie et les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). J'ai fait le choix d'inclure à la fois des professionnels exerçant la nuit, ainsi que des professionnels travaillant le jour mais ayant des missions en lien avec les équipes de nuit (par exemple, supervision, évaluation, ou organisation des soins nocturnes).

Ce choix a été guidé par la volonté de croiser les regards entre différentes pratiques, différents environnements et différents modes d'organisation. Il m'a également permis de mieux appréhender les spécificités de l'encadrement des équipes de nuit

selon les secteurs, et d'identifier les leviers ou les freins à la montée en compétence dans des contextes variés.

3. CHOIX DE L'OUTIL

L'entretien semi-directif s'est imposé comme l'outil le plus adapté pour explorer les dimensions complexes et souvent implicites de l'encadrement de nuit. Contrairement à un questionnaire fermé, il permet une interaction directe avec le participant, qui peut nuancer ses réponses, évoquer des situations concrètes et partager son vécu.

La grille d'entretien, construite autour de mes trois concepts d'étude, m'a servi de fil conducteur. Elle m'a permis de structurer les échanges tout en laissant une certaine liberté d'expression aux professionnels. Les questions de relance ont joué un rôle important pour approfondir certains aspects évoqués spontanément ou pour recentrer l'entretien sur un axe spécifique.

Ce choix méthodologique m'a permis de recueillir des données riches, nuancées et en lien direct avec les réalités de terrain. Ces entretiens ont constitué une base solide pour l'analyse des résultats, que je présenterai dans un chapitre suivant.

4. TRAITEMENT DES DONNÉES

Afin de pouvoir exploiter les données recueillies, j'ai tout d'abord procédé à leur retranscription. A partir des six enregistrements audios, j'ai utilisé un outil informatique pour amorcer ce travail. Toutefois, les limites de ce dispositif m'ont conduite à reprendre minutieusement chaque entretien en les écoutant attentivement afin d'en restituer le contenu. Si cette étape s'est révélée laborieuse et chronophage, elle m'a néanmoins permis de me plonger pleinement dans les propos recueillis et de m'imprégner des différents discours. J'ai ensuite extrait et regroupé les verbatim des cadres interrogés en fonction des concepts de recherche. Ces éléments ont été organisés dans un tableau qui constituera par la suite un support pour l'élaboration de mon analyse croisée. (*Annexe 3*)

V- ANALYSE

Avant de développer l'analyse proprement dite, il me semble important de préciser ce que recouvrent les verbatim. Il s'agit d'extraits issus des entretiens et qui sont retranscrits fidèlement. Ils conservent la formulation et le ton employés par les cadres de santé interrogés. Ces fragments de discours rendent compte de manière brute et authentique des perceptions, des représentations et des expériences exprimées par les cadres. C'est à partir de ces verbatim, classés selon les concepts étudiés, que j'ai pu construire une lecture croisée des propos recueillis.

Pour garder la confidentialité des personnes interrogées, j'ai fait le choix de modifier les prénoms.

Je vais dans un premier temps vous présenter brièvement l'échantillon des personnes interrogées sous forme d'un tableau qui va relater leurs fonctions, leurs anciennetés et leurs spécialités.

NOM	PRESENTATION
JOANNA	Cadre de santé depuis 2015, avant 2 ans de faisant fonction de nuit, actuellement cadre de jour avec gestion équipe de nuit en psychiatrie, hôpital public
SEBASTIEN	Cadre de santé depuis 2017, avant 2 ans de faisant fonction de nuit, actuellement cadre de jour avec gestion des équipes de nuit, psychiatrie, hôpital public
NOE	Faisant fonction cadre de santé depuis février 2022, MCO, gestion des équipes faites par cadre de jour
JEREMY	Cadre de santé depuis 2013, MCO, cadre de nuit depuis 8 ans. Gestion des équipes faite par cadre de jour
CAROLE	Cadre de santé depuis 2015, exerce depuis 3 ans comme cadre de nuit, MCO, Hôpital public
MARIE	Cadre de santé diplômée il y a 15 ans, depuis 3 ans cadre de santé de nuit en gériatrie, hôpital public

1 LE MANAGEMENT

1.1 RÔLE ET APPROCHE MANAGÉRIALE AUPRÈS DU PERSONNEL DE NUIT

Les six cadres interrogés présentent des visions contrastées mais complémentaires du rôle managérial auprès des équipes de nuit. Marie insiste sur l'importance de l'accompagnement : « *mon rôle je le vois vraiment comme un accompagnement* » (l.5), tout en soulignant la nécessité d'instaurer un climat de confiance et d'être un repère, même en situation de distance (l.8-9). Sébastien partage cette volonté d'engagement : « *il faut accompagner les équipes* » (l.7), « *je suis plus dans la collaboration* » (l.17), tout en assumant une capacité à imposer si nécessaire (l.18). Carole, confrontée à la gestion de sites dispersés, combine management participatif et descendant : « *je manageais à distance parce qu'ils étaient sur des sites géographiquement éloignés* » (l.37), mais elle précise avoir « *essayé de les inviter* » (l.39) à s'impliquer. Noé décrit une multiplicité de rôles administratif, régulateur, optimisateur et reconnaît être « *le lien* » entre des équipes parfois isolées (l.132, l.240). Joanna, quant à elle, témoigne d'un management à distance et reconnaît que « *le management n'est pas aussi proche que celui qu'on peut avoir de jour* » (l.15). Enfin, Jérémy affirme que « *ce sont les cadres de jours qui s'occupent des plannings* » (l.10), signalant une dilution du rôle managérial direct. Il se voit davantage comme un régulateur généraliste (l.17), agissant dans l'urgence et selon les situations (l.16). Ces différentes approches révèlent un spectre large du management de nuit, oscillant entre proximité relationnelle et gestion à distance, et soulignent la complexité d'une fonction qui s'adapte aux réalités du terrain.

1.2 DIFFICULTES RENCONTREES DANS L'ENCADREMENT DES EQUIPES DE NUIT

Les difficultés exprimées par les cadres révèlent la complexité d'un encadrement nocturne à géométrie variable. Joanna évoque un cadre à distance, peu efficace : « *ce n'est pas intéressant de m'occuper de l'équipe de nuit, parce que je ne suis pas présente* » (l.85), et elle admet un sentiment de non-efficience : « *j'ai l'impression de*

faire du mauvais travail » (l.213). Marie insiste sur l'isolement : « *la première difficulté, c'est l'isolement* » (l.13), auquel elle tente de remédier par un surinvestissement en lien et en communication (l.15). Sébastien met l'accent sur les problèmes organisationnels : « *c'est vraiment sur l'organisation* » (l.28), et sur la difficulté à inclure les soignants dans les dynamiques de service (l.32). Carole exprime un profond sentiment d'invisibilité : « *j'avais vraiment l'impression d'être un petit maillon invisible, mais indispensable* » (l.55), symbole d'un management nocturne peu reconnu, autant par la hiérarchie que par les pairs. Noé, quant à lui, illustre l'ambiguïté de sa position : « *je ne suis pas réellement le cadre fonctionnel des équipes de nuit* » (l.39), ce qui renforce le manque de lisibilité de son autorité. Enfin, Jérémy insiste sur l'absence de pouvoir décisionnel : « *on a aucun pouvoir de management sur les équipes* » (l.23), situation qui crée un flou hiérarchique délétère et alimente les tensions avec les soignants : « *ils vous tombent dessus en disant 'on ne voit pas notre cadre'* » (l.39). Tous ces éléments convergent vers une réalité marquée par la difficulté à incarner une autorité légitime la nuit, ce qui questionne directement la portée réelle du management dans sa capacité à soutenir la montée en compétence.

1.3 SOUTENIR ET ACCOMPAGNER DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Tous les cadres s'accordent sur l'importance d'un accompagnement individualisé, mais les moyens pour y parvenir diffèrent. Joanna déplore une relation restreinte aux évaluations : « *on ne les voit que pour les évaluations* » (l.90), ce qui freine tout accompagnement approfondi. Marie, elle, privilégie l'informel : « *je passe les voir, je prends le temps d'écouter* » (l.21), affirmant sa volonté de lien. Sébastien mise sur une grande proximité : « *je communique beaucoup avec eux* » (l.39), « *j'essaye de trouver les solutions* » (l.40), révélant une posture de manager-coach. Carole décrit une stratégie complète d'écoute active : « *prendre des temps privilégiés avec eux* » (l.65), « *être une oreille attentive* » (l.74). Noé valorise aussi l'écoute : « *on peut se permettre de guider... parce qu'on les écoute* » (l.51), ce qui alimente leur sentiment d'utilité. Enfin, Jérémy adopte une posture situationnelle : « *c'est en fonction de la difficulté* » (l.64), « *il faut être factuel et avoir du bon sens* » (l.96), ce qui montre une souplesse, mais aussi une certaine distance. L'analyse montre que les cadres qui

s'investissent dans une posture d'écoute et de présence sont perçus comme de véritables soutiens au quotidien, renforçant ainsi leur rôle dans la professionnalisation des équipes de nuit.

1.4 QUALITES ATTENDUES DU CADRE DE NUIT

Les qualités évoquées par les cadres de santé pour exercer la fonction de nuit recoupent à la fois des compétences humaines, relationnelles et décisionnelles. Joanna parle de la confiance nécessaire : « *lorsqu'une équipe de nuit tu ne les vois pas travailler, il faut avoir une certaine confiance* » (l.44). Marie valorise la discrétion et la fiabilité : « *la discrétion, la fiabilité et la capacité à créer du lien* » (l.30). Sébastien est plus synthétique : « *la bienveillance, l'écoute, la disponibilité* » (l.59). Carole développe une vision exigeante et réaliste : « *être autonomes, résistants et ne pas manquer de qualité humaine* » (l.97), soulignant la charge mentale spécifique de la fonction nocturne. Noé insiste également sur la capacité à écouter et à organiser (l.65). Enfin, Jérémy apporte un regard très introspectif sur la posture managériale : « *réfléchir avec sa tête* », « *prendre de la hauteur* », mais aussi « *être à l'écoute* », « *déclencher des choses* » (l.113-181). Au-delà des terminologies, tous s'accordent sur la nécessité d'un savoir-être fort, fondé sur la disponibilité, la présence d'esprit, et la capacité à incarner une autorité souple et cohérente. Ces qualités, lorsqu'elles sont mobilisées, créent un environnement propice à la sécurisation des équipes et donc à leur montée en compétence.

2 LA COMPETENCE

2.1 COMPETENCES INFIRMIERES SPECIFIQUES DE NUIT

Les cadres interrogés s'accordent pour dire que l'autonomie est une qualité primordiale chez les infirmiers de nuit. Joanna souligne que les soignants de nuit portent davantage de responsabilités : « *plus de responsabilité dans le sens où on est seul et qu'on doit faire les choses* » (l.142). Marie insiste également sur leur autonomie : « *ils sont très autonomes* » (l.34), ainsi que sur leur capacité à gérer les

urgences et à connaître leurs limites (l.61-63). Sébastien évoque quant à lui la nécessité d'une solide expérience, de compétences d'observation clinique et de travail en équipe : « *reconnaître les signes d'agitation* » (l.104), « *des transmissions ciblées* » (l.110). Carole décrit un soignant de nuit comme un « *couteau suisse* » (l.234), capable de décisions rapides, doté d'« *agilité intellectuelle* » (l.215), d'autonomie et de compétences relationnelles (l.208). Noé parle de « *débrouillardise* », de gestion des priorités et de réactivité (l.180-184). Jérémy insiste à son tour sur l'adaptabilité : « *adaptation, faut qu'il soit capable de s'adapter à toutes les situations* » (l.276). Ainsi, les compétences requises pour exercer la nuit sont perçues comme globales, techniques, organisationnelles, relationnelles, mais surtout marquées par une nécessité de jugement clinique autonome.

2.2 ACCOMPAGNEMENT DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET MONTEE EN COMPETENCE

L'ensemble des cadres interrogés reconnaissent l'importance de l'accompagnement des soignants de nuit dans leur développement professionnel. Joanna évoque des propositions de formation mais déplore un manque d'implication de l'institution : « *c'est l'échec à chaque fois... il n'y a une volonté réelle de le faire* » (l.112). Elle ajoute que l'absence de cadre de nuit compromet la dynamique d'évolution : « *peut-être qu'il faudrait un cadre de nuit pour les motiver* » (l.236). Marie adopte une posture proactive : « *je les encourage à formuler leurs besoins* » (l.66), « *je prends le temps de les écouter* » (l.68). Sébastien voit dans la formation et l'immersion les clés de cette montée en compétence : « *on peut s'orienter sur les formations afin qu'ils puissent monter en compétences* » (l.128). Carole met en avant l'observation fine et l'écoute pour détecter les potentiels : « *en les écoutant, on arrive à déceler leurs domaines de prédilection* » (l.227), et elle valorise les retours individuels pour construire des parcours adaptés (l.246, l.319). Noé partage également cette approche fondée sur la connaissance individuelle : « *j'essaye d'être au maximum dans la communication* » (l.188), « *on essaye un maximum : voilà quelle personne a une appétence...* » (l.193). Jérémy encourage aussi ses équipes à se questionner : « *je les fais se questionner* » (l.291). On observe donc une convergence des pratiques vers

une écoute des besoins et une valorisation des compétences, bien que des obstacles structurels persistent.

2.3 OBSTACLES A L'EVOLUTION PROFESSIONNELLE

Les obstacles à l'évolution professionnelle sont nombreux et convergents dans les discours. (**Annexe 4**). Joanna évoque le « *train-train habituel* » (l.155), la routine, et l'absence de cadre qui freinent la dynamique : « *c'est possible que le manque d'encadrement plus présent joue* » (l.144). Marie mentionne « *le manque de visibilité* », « *la fatigue* » et la difficulté à « *sortir du rythme* » (l.72-74). Sébastien et Noé insistent sur les contraintes d'effectifs : « *il faut quelques fois libérer un agent... c'est un peu complexe* » (l.132), « *car très compliqué de libérer une personne pour des formations* » (l.212). Carole évoque à la fois les cadres peu investis : « *l'encadrement qui n'est pas engagé* » (l.262), et les soignants eux-mêmes : « *zone de confort* » (l.255), « *démotivation* » (l.264). Jérémy, de son côté, questionne la reconnaissance institutionnelle : « *pour quelle reconnaissance ? Bien pour aucune* » (l.304), soulignant le désintérêt des soignants pour des formations qui ne sont ni valorisées, ni compensées financièrement. Ces freins révèlent la nécessité d'un soutien managérial renforcé pour que l'accès à la formation soit à la fois possible, motivant et reconnu.

2.4 IMPACT DE L'ENCADREMENT SUR LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET L'AUTONOMIE

Les perceptions divergent selon l'intensité de l'implication du cadre. Joanna reste lucide sur la faiblesse de son impact : « *je vous évalue mais je ne vous connais pas plus que ça* » (l.225), mais elle admet que la présence d'un cadre pourrait être bénéfique : « *pousserait les gens à faire les choses* » (l.201). Marie note de petits signaux : « *certains osent plus* » (l.79), « *ce sont des petits signes mais très parlants* » (l.81). Carole témoigne de nombreux retours constructifs : « *quand ils reviennent vers moi avec des projets* » (l.273), ou « *quand ils reviennent vers moi et que ça a un peu cheminé* » (l.280). Noé affirme que son impact passe par la communication : « *ça*

porte ses fruits de par les retours qui nous sont faits » (1.224), et par l'autonomisation : *« développer l'autonomie »* (1.217). Jérémie reste plus mesuré mais remarque que l'insistance et l'argumentation permettent d'influencer : *« je l'ai expliqué, argumenté, et ça marche »* (1.308). L'analyse montre que l'encadrement a un effet d'entraînement lorsqu'il est incarné et disponible. L'absence de cadre ou une posture distante limite fortement son effet structurant sur le développement des compétences.

Cette analyse croisée du concept de compétence met en évidence que la montée en compétence des infirmiers de nuit repose sur un ensemble de facteurs interdépendants. Si les qualités intrinsèques des soignants – autonomie, adaptabilité, capacité relationnelle – sont reconnues, elles ne suffisent pas à compenser les limites structurelles telles que l'invisibilité institutionnelle, les difficultés d'accès à la formation et le manque de reconnaissance. L'impact de l'encadrement, bien que variable, se révèle déterminant dès lors qu'il est présent, cohérent et à l'écoute. Ces constats renforcent partiellement l'hypothèse selon laquelle la présence d'un cadre de santé de nuit favorise l'acquisition de compétences spécifiques. La suite de l'analyse, consacrée à la dynamique d'équipe, viendra éclairer la manière dont ce management influe sur le sentiment d'appartenance, la collaboration et les leviers collectifs de professionnalisation.

2 DYNAMIQUE D'EQUIPE

3.1 DEFIS SPECIFIQUES LIES AU TRAVAIL DE NUIT

Les témoignages recueillis soulignent que le travail de nuit confronte les soignants à des défis distincts de ceux rencontrés de jour. Joanna évoque la difficulté d'*« assurer sur une urgence vitale en étant en nombre restreint »* (1.62), un constat que partage Noé en parlant de *« la solitude »* (1.70) et du sentiment d'isolement (1.79). Marie ajoute que *« la fatigue [...] joue sur l'humeur et la disponibilité »* (1.36), ce qui complexifie la prise de décision autonome. Jérémie, quant à lui, rappelle que *« chaque nuit est différente »* (1.174) et que *« la nuit tout peut être majorée chez le*

patient » (l.175), soulignant une intensité émotionnelle plus marquée. Carole précise que cette temporalité de travail peut favoriser une zone de confort et une forme de repli, risquant de « *couper [les équipes] de la dynamique de l'établissement* » (l.115). Chez Sébastien, les spécificités relèvent surtout de l'absence de certains soutiens : « *bien souvent la nuit il n'y a pas de cadre [...] pas d'infirmière d'accueil* » (l.66). Ces extraits montrent que le cadre de nuit doit composer avec un isolement structurel, une charge émotionnelle plus intense, et des équipes moins nombreuses et parfois en retrait institutionnel.

3.2 ENCOURAGER LA COMMUNICATION ET LA COLLABORATION

La communication est identifiée par tous les cadres comme un levier central de cohésion et de qualité des soins. Noé affirme que « *les équipes ne [lui] diront rien si elles ne [lui] font pas confiance* » (l.95), mettant l'accent sur la construction de liens sincères. Il encourage le dialogue pour surmonter les conflits : « *on s'écoute, on s'entend* » (l.115). Carole, quant à elle, stimule les initiatives : « *je les enjoignais à faire émerger des projets, des idées* » (l.132), notamment par l'écriture d'articles pour valoriser leur travail (l.133). Sébastien organise des « *réunions la nuit pour rencontrer le personnel de nuit* » (l.165), une pratique rare mais saluée par les équipes. Marie évoque des moments courts mais significatifs : « *j'essaie toujours de passer les voir et de discuter* » (l.42). Joanna insiste sur le besoin de laisser les équipes « *s'exprimer* » (l.74) et d'identifier avec elles les « *difficultés* » (l.75), même si elle souligne un manque d'implication. Chez Jérémie, l'approche est plus régulatrice : il écoute et tranche « *quand les gens ne sont plus dans une posture rationnelle* » (l.206). On observe que l'écoute active, la reconnaissance des émotions et la capacité à créer des espaces de dialogue renforcent la coopération nocturne.

3.3 RENFORCER LA COHESION ET LE SENTIMENT D'APPARTENANCE

Ce thème révèle des tensions entre un fort sentiment de groupe au sein de l'équipe de nuit, et une faible inclusion dans l'institution. Marie valorise leur rôle : « *qu'ils sentent qu'ils comptent, qu'ils sont utiles* » (l.51). Noé, en revanche, évoque « *le sentiment : personne ne nous voit, personne ne nous écoute* » (l.129), allant jusqu'à dire que « *le sentiment d'appartenance égal 0* » (l.130). Carole nuance : « *travailler autour d'un projet, il n'y a pas plus fédérateur* » (l.149), mais reconnaît les freins d'agents proches de la retraite ou réfractaires (l.158). Sébastien insiste sur l'unité de service : « *deux équipes dans un seul service* » (l.82), tout en soulignant leur difficulté à participer aux activités proposées de jour. Jérémy, lui, identifie une « *dynamique d'équipe* » à animer, même sans lien hiérarchique formel (l.233). Joanna, plus pessimiste, interroge : « *est-ce qu'on peut dire maintenant que les gens ont un sentiment d'appartenance ?* » (l.80). Dans l'ensemble, l'appartenance semble fragile, fluctuante, dépendante de la reconnaissance institutionnelle et de la capacité des cadres à créer des passerelles symboliques.

3.4 PERCEPTION DE L'IMPACT DE L'ENCADREMENT

Les cadres sont lucides sur les limites de leur impact, mais aussi sur les effets positifs possibles d'un accompagnement adapté. Joanna confie ne pas le percevoir : « *je ne le vois pas* » (l.97), du fait d'un éloignement organisationnel. Marie, au contraire, affirme que « *quand les professionnels sentent qu'on est là pour eux [...], ça change tout* » (l.57). Carole illustre la variabilité de l'impact selon les profils : « *un leader négatif* » (l.175) peut avoir un effet délétère, mais certains reconnaissent « *une exigence juste et mobilisatrice* » (l.178). Elle ajuste ses stratégies : « *je suis en train de revoir ma stratégie vis-à-vis de l'équipe de nuit* » (l.190). Noé parle d'un effet structurant : « *les équipes sont beaucoup plus impliquées du fait qu'on les entend* » (l.159), ce qui accroît leur sentiment de valeur (l.166). Jérémy insiste : « *toute équipe est désireuse d'avoir un cadre* » (l.273), car l'absence de feedback ou de cadre référent laisse les agents « *livrés à eux-mêmes* » (l.260). Enfin, Sébastien valorise la

fonction de certification pour objectiver la pratique et en tirer un sens collectif : « *cela permet d'évaluer nos manières de faire* » (l.88).

L'analyse croisée du concept de dynamique d'équipe met en évidence que la cohésion nocturne repose sur un équilibre fragile entre solidarité interne et reconnaissance institutionnelle. Le cadre de santé, par sa posture, sa disponibilité et sa capacité à faire émerger des projets, peut redonner un sens collectif au travail de nuit. Cependant, la récurrence des sentiments d'invisibilité, d'isolement ou de désengagement montre que son rôle, bien que central, reste entravé par des limites organisationnelles. Ces observations viennent renforcer l'hypothèse selon laquelle la présence d'un cadre de nuit est un levier important pour structurer les dynamiques collectives et professionnaliser les pratiques.

4. REGARDS CROISES THEORIE ET TERRAIN

4.1 MANAGEMENT : ENTRE THEORIE MANAGERIALE ET TERRAIN NOCTURNE

Dans le cadre conceptuel, le management est abordé à travers les travaux de Fayol, Mintzberg et Drucker. Mintzberg décrit dix rôles du manager, dont les dimensions interpersonnelles, informationnelles et décisionnelles. Les résultats d'analyse croisée montrent que ces dimensions sont bel et bien mobilisées, mais de manière fragmentée ou contrariée par l'organisation nocturne. Par exemple, la fonction de porte-parole et d'agent de liaison est fortement altérée la nuit : Joanna déclare que « *le management n'est pas aussi proche que celui qu'on peut avoir de jour* » (l.15), tandis que Carole parle d'un « *encadrement à distance* » (l.46). Le rôle de leader, pourtant essentiel dans la grille de Mintzberg, est mis à mal par l'invisibilité et le manque de contact avec les équipes. Cependant, certains cadres comme Marie et Sébastien incarnent bien ce leadership, en instaurant un climat de confiance, en soutenant les agents dans leurs décisions, et en adoptant un style participatif. Ainsi, si les rôles théoriques du manager se retrouvent dans les discours, leur effectivité

dépend largement du contexte organisationnel, notamment de la reconnaissance de la fonction de nuit.

4.2 COMPETENCE : ARTICULATION ENTRE REFERENTIELS ET REALITES NOCTURNES

Le cadre conceptuel mobilise les travaux de Tardif, Le Boterf et Perrenoud, pour qui la compétence est un savoir-agir complexe, mobilisant ressources internes et externes. Les entretiens illustrent bien cette conception, notamment dans l'autonomie et la capacité d'adaptation que les cadres attribuent aux infirmiers de nuit. Jérémie insiste sur « *l'autonomie* » (l.164) et la « *capacité d'adaptation à toutes les situations* » (l.276), rejoignant la définition de Perrenoud. Carole parle d'« *agilité intellectuelle* » (l.215), une ressource personnelle qui complète l'expertise technique. Quant au rôle du cadre dans la montée en compétence, il est fortement entravé par le manque de visibilité, d'accès à la formation, et de temps pour accompagner les projets professionnels. La conception de Le Boterf selon laquelle le cadre doit soutenir les ressources du professionnel se heurte ici à la réalité : beaucoup de cadres déplorent leur absence ou leur impossibilité d'observer les soignants. Néanmoins, des démarches émergent, comme l'observation informelle (Carole, Noé), la valorisation de l'expérience (Marie) ou la communication ascendante (Sébastien). Les cadres adaptent leurs pratiques, parfois en contournant les dispositifs classiques, pour rester dans un rôle d'accompagnant même dans un contexte restreint.

4.3 DYNAMIQUE D'EQUIPE : ENTRE STRUCTURATION DU GROUPE ET SENTIMENT D'APPARTENANCE

Dans le cadre conceptuel, la dynamique d'équipe est abordée à travers Kurt Lewin, Didier Anzieu et Claude Devillard. Ces auteurs insistent sur la structuration du groupe comme entité vivante et sur sa fonction de pare-excitation. Les résultats montrent que les équipes de nuit forment souvent un groupe soudé, protecteur, mais aussi parfois replié sur lui-même. Noé parle de « *solitude* » (l.70) et d'« *isolement* » (l.79), tandis que Carole met en garde contre le risque de « *se couper de la dynamique de l'établissement* » (l.115). Anzieu évoquait un groupe contenant, or le

groupe de nuit semble souvent se substituer à l'institution absente. Le rôle du cadre serait alors de réinjecter du lien : Noé parle de créer « *de la confiance* » (l.94), Marie de faire « *sentir qu'ils sont utiles* » (l.51), et Carole d'« *échanger autour de projets* » (l.138). La dynamique de groupe est alors plus horizontale, plus émotionnelle, et nécessite une implication fine du cadre, davantage fondée sur l'écoute et la reconnaissance que sur l'encadrement classique.

La mise en regard entre le cadre conceptuel et les résultats de terrain permet de confirmer l'intérêt des modèles théoriques tout en révélant leur nécessaire adaptation au contexte nocturne. Le management, la compétence et la dynamique d'équipe ne s'incarnent pas de manière homogène, mais dépendent fortement du style du cadre, de son accessibilité et de la reconnaissance de sa fonction. Cette analyse conforte l'hypothèse selon laquelle la présence effective d'un cadre de santé de nuit est déterminante pour structurer les compétences, les relations d'équipe et l'évolution professionnelle des soignants.

5 LES CONTRAINTES PHYSIQUES DE NUIT

Au détour de mes entretiens, une autre problématique est apparue récurrentement chez chacun des professionnels interrogés. Il s'agit de la pénibilité que ce soit pour les agents à travers les dires des cadres ou pour les cadres eux-mêmes qui le verbalisent parfois de manière franche et d'autre plus subtil. Le travail de nuit impose des contraintes physiques et physiologiques bien particulières, souvent passées sous silence dans les discours institutionnels. Elles se manifestent à la fois par une fatigue chronique, une altération du rythme biologique naturel, mais aussi par des effets indirects sur la vie personnelle, la motivation et la projection professionnelle des agents. Or, ces éléments influencent directement la disponibilité cognitive, la concentration, la qualité de la relation soignante, et donc, in fine, la dynamique d'équipe et la montée en compétence des professionnels de nuit.

Marie le formule très simplement : « *la fatigue, bien sûr, qui joue sur l'humeur et la disponibilité* » (l.36), elle ajoute que le travail de nuit « *joue sur son capital sommeil* » (l.27) exprimant ainsi une dette physiologique durable. Carole renchérit en évoquant « *une disette de repos* » (l.88) qui couplée à un dépassement horaire fréquent « *on en*

faisait 12 heures” produit une usure manifeste. La fatigue est aussi évoquée par Sébastien, qui décrit les contraintes de devoir « *retourner encore bosser* » après une réunion en journée (l.159). Jérémie dépeint la réalité des débordements d’horaires et la culpabilité intériorisée de ne pas répondre après 7h du matin (l.218/223). Ces récits s’inscrivent dans une tension entre obligation professionnelle et usure physique. Cette fatigue n’est pas anodine : elle est chronique, cumulative, et difficilement récupérable. Le rythme circadien, désynchronisé, engendre des perturbations hormonales, du sommeil morcelé et une diminution de la vigilance. Autant de facteurs qui altèrent les capacités d’évaluation, de décision autonome, et de réaction rapide des compétences essentielles lorsqu’on exerce en nuit, souvent sans soutien immédiat.

Jérémie souligne d’ailleurs cette variabilité constante des situations : « *chaque nuit est différente, chaque situation, chaque patient est différent* » (l.174), ajoutant que « *la nuit, tout peut être majoré chez le patient* » (l.175). Cela sous-entend une charge émotionnelle accrue pour les professionnels, une nécessité de rester en alerte, dans une temporalité où l’accès aux renforts humains ou matériels est plus limité. La vigilance, la réactivité et l’autonomie deviennent alors les piliers d’une pratique sécuritaire.

Les contraintes physiques ont également des effets sur l’engagement institutionnel. Carole souligne “*qu’on peut se dire que je vais privilégier ma santé, le travail que je fais, en dépit de mon inclusion au sein du groupe, au sein de l’établissement*” (l.117). Le décalage horaire, la fatigue, les responsabilités familiales ou les contextes de précarité (l.289, l.304) limitent les opportunités de formation, la participation aux projets d’établissement ou aux réunions. Cette forme d’éloignement involontaire accentue le sentiment d’invisibilité et renforce une certaine discontinuité dans les parcours de montée en compétence.

Joanna apporte un éclairage pertinent lorsqu’elle dit : « *la disponibilité physique, physiologique de la personne joue un rôle important* » (l.58). Elle met en lumière l’impact du travail de nuit non seulement sur le corps mais aussi sur la capacité à être présent à soi, aux autres, et au projet professionnel, elle parle de sa “*disponibilité physiologique*” comme un facteur d’engagement au travail. Au delà du corps, c’est l’esprit qui souffre. Carole évoque la nécessité de “*faire un stop*” pour préserver sa

santé mentale, recommandant la consultation d'un psychologue ou d'un médecin (1290.292). Joanna, qui est une cadre de jour ayant également pour mission l'encadrement des équipes de nuit de son service, souligne la surcharge mentale induite par le cumul des responsabilités *“ça fait beaucoup, c'est lourd”*, ce que confirme Noé en parlant de la *“charge de travail du cadre de jour...et la fatigue”*. Cette dimension rejoint les propos de Gilles SICILIANO, Faisant fonction cadre de santé, retranscrit par Marie LUGINSLAND³⁶, cadre de santé, dans lesquels il dit “les biorythmes chahutés, les coups de fatigue inexorables, la lutte de l'organisme contre les rythmes naturels et biologiques” pour décrire les conséquences du travail de nuit.

Un autre aspect souvent ignoré mais fondamental concerne les répercussions du travail de nuit sur la vie personnelle. Carole parle de *“familles monoparentales, enfant en situation de handicap”* (1.304/306) et du travail de nuit comme une échappatoire autant qu'un aménagement contraint. Elle ajoute : *“les agents viennent pour des motifs privés, dans des situations familiales précaires”* (1.294) dévoilant la complexité des arbitrages auxquels doivent faire face les professionnels.

Joanna note que la nuit *“on a moins la pression institutionnelle”* (1.126) un avis qui pourrait être vu comme un espace de respiration. Pourtant cette apparente autonomie masque autre chose, une fatigue supplémentaire *“obligée de rester des heures”* (1.129/130) et une surcharge de responsabilités invisibles. Jérémy évoque lui aussi le besoin de *“s'organiser face aux “réunionites””* (1.250) soulignant l'écart entre injonctions administratives et réalité de terrain.

Carole, en parlant de son rapport avec les cadres de jour dit qu'ils rapportent *“on n'aimerait pas être à votre place”* et elle rajoute *“mais personne ne se souci de nous”*. En ce sens, il est possible de faire écho aux travaux de Christophe DEJOURS, cité par Duarte ROLO³⁷, qui décrit le “sale boulot” comme “c'est ce qu'on voudrait s'éviter, ce à quoi on ne voudrait pas penser”.

Ainsi, les contraintes physiques du travail de nuit ne sont pas des effets secondaires, elles sont au cœur de l'expérience soignante. Les reconnaître, les penser, les réguler,

³⁶ LUGINSLAND Marie, Cadre jusqu'au bout de la nuit, Objectif Soins et Management, janvier 2016, n°242

³⁷ ROLO Duarte, Histoire et actualité du concept de souffrance éthique, Article revue, Travailler, 2017, n°37

c'est agir pour la qualité des soins, la sécurité des patients et la montée en compétence des professionnels de nuit. C'est aussi affirmer que le management en milieu hospitalier ne peut être indifférent à la dimension corporelle et humaine du travail.

6 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE CROISÉE

L'analyse croisée autour des concepts de management, compétence et dynamique d'équipe révèle une vision nuancée du rôle du cadre de santé dans le contexte particulier du travail de nuit. Cette analyse, nourrie des verbatim recueillis et confrontée aux références théoriques du champ managérial et psychosocial, met en lumière des dynamiques professionnelles aussi riches que complexes.

Dans un premier temps, il apparaît que l'expérience du management nocturne se construit dans une relation distendue au collectif, marquée par la distance physique et symbolique. Les cadres de santé interrogés soulignent fréquemment le manque de présence, la gestion à distance et l'isolement structurel dans lequel se trouvent les soignants de nuit. Pourtant plusieurs verbatim laissent entrevoir une tentative de maintien du lien par des initiatives ponctuelles, des relais d'information ou des démarches d'écoute informelle. Cette posture, oscillant entre contrainte organisationnelle et effort individuel rejoint la notion de « relation distale » décrite par Walter HESBEEN. Elle illustre une adaptation permanente à des modalités de communication fragmentées où la relation hiérarchique classique laisse place à une proximité construite dans l'interstice.

Concernant les compétences mobilisées par les infirmiers de nuit, l'ensemble des cadres souligne les qualités d'autonomie, de réactivité et d'intelligence situationnelle. Ces savoir-agir relèvent autant de compétences techniques que d'une posture clinique singulière façonnée par les exigences de la nuit. En cela les propos recueillis rejoignent les définitions de TARDIF et LE BOTERF pour qui la compétence ne se résume pas à une somme de savoirs mais à une capacité à mobiliser des ressources adaptées dans des contextes spécifiques. Toutefois plusieurs cadres expriment des

difficultés à accompagner cette montée en compétence, faute de visibilité, de temps ou de reconnaissance institutionnelle. Le cadre de nuit, lorsqu'il existe, semble pouvoir jouer un rôle de catalyseur de développement professionnel en soutenant l'autoformation, la valorisation des acquis et l'accès aux dispositifs de formation.

Enfin, la dynamique d'équipe, bien que fortement présente au sein des équipes de nuit elles-mêmes paraît en décalage avec les autres temporalités hospitalières. Ce repli collectif, parfois protecteur, peut aussi renforcer le sentiment d'exclusion. Certains cadres, comme Carole ou Noé, ont tenté de renforcer l'appartenance au groupe hospitalier par des projets, une valorisation de l'expérience de nuit ou une présence active. Cette démarche s'inscrit dans une logique de reconnaissance et de contenance groupale essentielle pour maintenir une cohésion dans un environnement professionnel souvent morcelé.

Au croisement de ces trois concepts, on observe que l'impact du management sur la montée en compétence ne relève pas uniquement de dispositifs formels mais bien d'un engagement subjectif, d'un style de présence et d'une capacité à tenir ensemble des logiques souvent contradictoires. À travers cette enquête, il se confirme que le cadre de santé même dans l'ombre ou à distance, peut-être une figure structurante, à condition de reconnaître la spécificité du travail de nuit et d'y adapter des modalités d'action.

Cette analyse éclaire ainsi une tension fondamentale : comment garantir l'équité professionnelle entre les équipes de jour et celles de nuit sans considérer que l'un est plus important que l'autre ? La reconnaissance des compétences spécifiques de la nuit et la clarification des missions d'encadrement ainsi que l'inscription du cadre dans une relation de confiance apparaissent comme des leviers essentiels pour accompagner les soignants dans leur professionnalisation.

7 LIMITES DE L'ENQUÊTE

Ce guide d'entretien que j'ai construit repose sur trois concepts – le management, la compétence, et la dynamique d'équipe et se décline en douze questions ouvertes. S'il m'a permis de structurer les échanges et de garder un fil conducteur, son utilisation auprès de six cadres aux profils très différents m'a aussi confrontée à certaines limites.

En effet, parmi les personnes interrogées, deux exercent de jour tout en ayant des missions ponctuelles sur la nuit, deux sont cadres de nuit mais sans encadrement direct d'équipe (celui-ci étant assuré par les cadres de jour), et deux encadrent effectivement des équipes de nuit. Or, certaines questions du guide supposent une expérience concrète du management de proximité. Cela a pu déséquilibrer les entretiens : là où certains témoignaient de situations vécues, d'autres restaient plus généraux, ou évoquaient ce qu'ils « imaginaient » du rôle.

De plus, le guide étant identique pour tous, il n'a pas toujours permis de s'adapter aux particularités de chaque fonction. Les cadres de jour, par exemple, n'ont pas la même présence ni les mêmes leviers d'action que ceux qui travaillent la nuit. Cette uniformité dans le questionnement a donc pu freiner la mise en lumière de certaines spécificités liées au rythme, à la temporalité, ou au degré d'autonomie.

Certains sujets, comme la cohésion ou l'accompagnement au quotidien, ont aussi mis en évidence une autre limite : ils s'adressent davantage à des cadres qui encadrent directement une équipe, ce qui n'est pas le cas de tous mes interlocuteurs. Cela a pu rendre certaines réponses plus floues ou plus distanciées.

Mais en même temps, cette diversité de profils m'a offert une vision large du management de nuit. Elle a permis de faire émerger, sous des angles différents, les difficultés rencontrées dans les diverses formes d'encadrement, qu'il soit direct, transversal ou à distance. Cette pluralité de points de vue a enrichi l'analyse en mettant en lumière les tensions spécifiques à chaque posture.

Enfin, même si le format semi-directif laissait une certaine souplesse, je me rends compte avec le recul que mes relances auraient parfois pu être davantage ciblées, pour aider chacun à parler depuis sa propre expérience. Il aurait peut-être été judicieux de prévoir quelques variations dans le guide selon les profils rencontrés

VI- DISCUSSIONS

L'INTELLIGENCE EMOTIONNELLE DANS LE MANAGEMENT DE NUIT

Lorsque j'ai débuté cette recherche, ma réflexion portait essentiellement sur le rôle managérial du cadre de santé et son impact sur la montée en compétence des infirmiers de nuit. Ma problématique était centrée sur la dimension organisationnelle du management, la transmission des informations, l'accompagnement professionnel et la dynamique d'équipe. Il s'agissait de comprendre comment, en l'absence physique du cadre durant la nuit, les soignants pouvaient tout de même être soutenus, formés et valorisés. L'hypothèse sous-jacente était que la présence d'un cadre de santé de nuit favorisait l'acquisition de compétences spécifiques.

Cependant, au fil de l'analyse croisée et des entretiens, un autre élément a peu à peu émergé, presque en filigrane. Derrière les mots des professionnels, qu'ils soient cadres ou faisant fonction, apparaissaient des notions qui ne relevaient ni uniquement de l'organisation, ni exclusivement de la technique. Il était question d'écoute, de confiance, de reconnaissance, de présence, d'intuition, d'attention portée aux signaux faibles. Certains cadres parlaient d'« *oreille attentive* » (Carole, l.74), d'autres de la nécessité de « *savoir apaiser les tensions* » (Noé, l.83) ou encore de « *comprendre les profils* » (Carole, l.194). Autant d'éléments qui ne relèvent pas strictement des compétences managériales classiques, mais qui interrogent la manière dont les émotions sont perçues, accueillies et régulées dans la relation d'encadrement.

Petit à petit, j'ai compris que ce que certains verbatim décrivaient, sans toujours le nommer, relevait de ce que les chercheurs appellent l'intelligence émotionnelle. Avant même les travaux de Goleman, Peter SALOVE, psychologue professeur et chercheur, et John D. MAYER, professeur de psychologie, cités par MIKOLAJCZAK Moira³⁸, psychologue et professeure à l'université catholique de

³⁸ MIKOLAJCZAK Moira, *l'intelligence émotionnelle*, Dunod, Paris

Louvain, ont été les premiers à formuler le concept d'intelligence émotionnelle. Ils la définissent comme : « la capacité à percevoir avec exactitude, à évaluer et à exprimer les émotions ; la capacité à accéder et à générer des sentiments quand ils facilitent la pensée ; la capacité à comprendre l'émotion et la connaissance émotionnelle ; et la capacité à réguler les émotions pour favoriser la croissance émotionnelle et intellectuelle. »

Il ne s'agissait donc plus seulement de savoir si le cadre était là ou non, mais de quelle manière il était présent, comment il entrait en relation, avec quelle qualité d'attention et de compréhension. La posture du cadre de nuit, souvent évoquée comme « discrète » ou « à l'écoute », révèle une manière d'être qui mobilise fortement cette intelligence émotionnelle, sans toujours en avoir conscience.

Ce glissement progressif vers une lecture émotionnelle du management n'était pas prévu dans ma construction initiale. Il s'est imposé naturellement à partir des expériences partagées, des silences parfois plus parlants que les mots, et du ressenti que moi-même j'ai eu en tant que professionnelle de nuit. C'est pourquoi il m'a semblé indispensable de consacrer une partie spécifique à ce thème, pour approfondir ce qu'il révèle du rôle du cadre, de sa posture, mais aussi des besoins des équipes de nuit. Loin d'être un ajout accessoire, cette ouverture sur l'intelligence émotionnelle m'apparaît aujourd'hui comme une clé de lecture centrale pour mieux comprendre les dynamiques humaines qui traversent l'encadrement nocturne.

Cette capacité, souvent implicite et difficile à objectiver, semble pourtant être au cœur des postures managériales efficaces, notamment dans le contexte complexe du travail de nuit.

Travailler la nuit, c'est exercer dans un contexte de faible visibilité, de moindre soutien hiérarchique immédiat, et dans une organisation qui repose fortement sur l'autonomie et l'adaptation. Les soignants sont confrontés à des situations critiques sans filet, à une temporalité décalée qui les éloigne des décisions institutionnelles, et à un sentiment d'isolement souvent exprimé. Dans ce cadre, la relation instaurée

avec le cadre – même occasionnelle – peut constituer un point d’ancrage fondamental.

Autant de dimensions qui relèvent de l’intelligence émotionnelle. Daniel Goleman³⁹, psychologue américain et journaliste scientifique, (1997) les décrit ainsi : « L’intelligence émotionnelle comprend cinq compétences clés : la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l’empathie et les aptitudes sociales. »

Dans leurs réponses, plusieurs cadres mettent en avant ces compétences sans les nommer. Noé, par exemple, évoque la nécessité de « *faire entendre cette parole-là* » (l.132), ou encore « *de tirer vers un objectif commun* » (l.62), ce qui traduit une volonté d’intégrer les émotions des équipes dans une dynamique collective. Carole parle de l’importance d’« *écouter sans juger* » (l.32), d’être « *une oreille attentive* » (l.74), et reconnaît que « *certains profils sont réfractaires* » (l.155), ce qui suppose une capacité d’ajustement émotionnel pour adapter son positionnement.

Dans le contexte hospitalier, ces aptitudes prennent une dimension particulière. Le soin est, par essence, une activité relationnelle. Le cadre de santé, garant de la qualité des soins et de l’organisation des équipes, se trouve alors dans une position intermédiaire : il doit allier rigueur organisationnelle et sensibilité relationnelle. La nuit, cette fonction prend une épaisseur supplémentaire. Comme l’exprime Jérémie : « *il faut être capable, un moment donné, de poser le cadre* » (l.136), mais aussi « *d’être là en soutien* » (l.191).

Ce rôle de soutien apparaît comme un facteur central de reconnaissance pour les soignants. Plusieurs verbatim évoquent un manque de lien, une absence de visibilité, et un besoin de réassurance. Marie insiste sur l’importance d’« *être un repère* » (l.6), Joanna sur celle de « *rencontrer, voir avec eux leurs difficultés* » (l.75), et Jérémie sur le fait que « *les soignants ont du mal à s’exprimer et là vous déclenchez des choses* » (l.181). Ces témoignages montrent combien l’écoute et l’attention portée aux émotions contribuent à créer un espace de sécurité psychologique propice à l’expression et à l’engagement professionnel.

³⁹ GOLEMAN Daniel, *L’intelligence émotionnelle*, Robert Laffont, Paris, 1997, p.18

La reconnaissance émotionnelle apparaît donc comme un facteur favorisant l'engagement, la coopération, et l'envie d'évoluer. Or, les difficultés rencontrées par les soignants de nuit comme l'accès limité à la formation, l'isolement ou dans certain cas la charge émotionnelle demande des réponses adaptées, qui ne soient pas seulement techniques ou organisationnelles, mais aussi humaines. C'est pourquoi il semble pertinent d'approfondir cette nouvelle orientation. Et que je me profile vers une nouvelle question de recherche.

Nouvelle question de recherche

En quoi l'intelligence émotionnelle du cadre de santé de nuit influence-t-elle la montée en compétence des soignants ?

Cette question ferait ressortir deux nouvelles hypothèses qui sont :

Hypothèses :

- Une posture empathique et une écoute active favorisent un climat de confiance propice à l'expression des besoins de formation et à l'engagement professionnel.
- La capacité du cadre à réguler les tensions et à reconnaître les émotions de ses agents renforce leur sentiment d'appartenance et stimule leur dynamique de développement.

Justification du choix des hypothèses

Les deux hypothèses proposées s'appuient directement sur l'analyse des verbatim recueillis lors des entretiens, mais également sur les apports du cadre conceptuel et des auteurs spécialisés dans le champ de l'intelligence émotionnelle et du management en milieu hospitalier. Elles permettent de prolonger la réflexion initiale sur la montée en compétence des soignants de nuit, en l'enrichissant d'une dimension relationnelle et émotionnelle jusqu'ici peu explorée.

La première hypothèse met en lumière le rôle central de l'empathie et de l'écoute active dans le développement professionnel. De nombreux verbatim, tels que ceux de Carole « *être une oreille attentive* » (l.74) ou de Noé « *les équipes ne me diront rien*

si elles ne me font pas confiance » (l.95), témoignent du besoin des soignants de se sentir écoutés, reconnus et compris. Ce lien de confiance, en créant un climat sécurisant, favorise l'expression des besoins en formation et encourage l'engagement dans une démarche de progression professionnelle.

La seconde hypothèse s'appuie sur l'idée que l'intelligence émotionnelle permet non seulement une meilleure gestion des émotions individuelles et collectives, mais aussi une régulation efficace des tensions au sein des équipes. Or, dans les environnements nocturnes, souvent marqués par l'isolement, les tensions interpersonnelles ou les situations d'urgence, cette compétence managériale devient un levier incontournable. Ainsi, les propos de Jérémie « *au bout d'un moment, j'ai cette autorité-là, je la prends* » (l.94) ou ceux de Noé « *il faut réussir à communiquer, qu'on s'entende ou pas* » (l.109) montrent l'importance d'un cadre capable de canaliser les conflits tout en renforçant le sentiment d'appartenance au collectif.

Ces deux hypothèses permettent donc d'articuler l'analyse des pratiques managériales nocturnes avec les enjeux contemporains du management humain en santé, en intégrant une approche sensible et ajustée aux réalités émotionnelles du terrain. Elles s'inscrivent pleinement dans une perspective de valorisation des compétences psychosociales du cadre de santé et de promotion d'un encadrement durable.

Daniel Goleman⁴⁰ (1997) insiste sur la dimension émotionnelle du leadership en affirmant : « Ce qui distingue les dirigeants les plus performants, ce n'est pas leur quotient intellectuel, ni leurs compétences techniques, mais leur intelligence émotionnelle. ». Il définit également l'intelligence émotionnelle comme « le fait d'être capable par exemple, de maîtriser nos pulsions affectives, de percevoir à jour les sentiments les plus intimes d'autrui, de nouer des relations harmonieuses avec les autres.

Walter HESBEEN⁴¹ (2007), quant à lui, rappelle que : « Le soin n'est pas un acte technique, mais d'abord une relation, une présence attentive à l'autre dans ce qu'il vit. » parole que nous pouvons aisément transposer dans la relation cadre / agent.

⁴⁰ GOLEMAN Daniel, *l'intelligence émotionnelle*, Robert Laffont, Paris, 1997

⁴¹ HESBEEN Walter, *Le soin comme relation : repères pour une pratique soignante*, De Boeck, 2007

Enfin, Fabrice CABY⁴², consultant et formateur en management, (2015) souligne le rôle stratégique de cette compétence dans le management : « L'intelligence émotionnelle devient une ressource managériale précieuse dans la régulation des conflits, la motivation des équipes et la prévention de l'usure professionnelle. »

Je pourrais de même m'appuyer, pour étayer cette vision de l'intelligence émotionnelle, de deux articles. L'un de Cédric LEMERCIER⁴³, cadre de santé de nuit, où il verbalise que « ces visites quotidiennes auprès des équipes, leur accompagnement, la proximité et les relations humaines privilégiées qui en découlent sont les bases pour développer cette perception globale » pour moi cette perception globale englobe l'intelligence émotionnelle. L'autre écrit par Elisabeth GUILLEMAIN⁴⁴, directrice des soins au CH de Saint-Malo, exprime quant à elle que le cadre de santé de nuit « repère les situations des agents en difficulté dans leur travail de nuit ».

⁴² CABY Fabrice, *l'intelligence émotionnelle au travail*, Dunod, 2015

⁴³ LEMERCIER Cédric, *Le cadre de nuit un atout pour l'établissement*, Elsevier, Soins cadres, 2015
supp au n°95

⁴⁴ GUILLEMAIN Elisabeth, *Le cadre de nuit, un collaborateur précieux*, Elsevier, Soins cadres, 2015
supp au n°95

CONCLUSION

Lorsque j'ai débuté ce travail de recherche, je savais que le thème du management de nuit était peu exploré, souvent mis en marge des réflexions institutionnelles. Mon intuition de départ, issue de mon vécu professionnel en tant que faisant fonction cadre et infirmière de nuit, m'a conduite à poser une question simple mais essentielle : le cadre de nuit est-il vraiment indispensable ?

Ce travail m'a permis de découvrir la diversité des pratiques managériales, parfois inspirantes, parfois déstabilisantes. J'ai rencontré des professionnels engagés, mais aussi confrontés à des limites structurelles, organisationnelles et humaines. J'ai mieux saisi la solitude des cadres de nuit, souvent laissés dans une forme d'invisibilité institutionnelle. Cette invisibilité, qui fait écho à celle vécue par les soignants de nuit eux-mêmes, confirme selon moi que leur encadrement ne peut être une variable d'ajustement, mais bien un levier d'amélioration continue.

Au fil de l'analyse, mon hypothèse de départ s'est confirmée : la présence d'un cadre de santé de nuit favorise l'acquisition de compétences spécifiques chez les soignants. Mais cette confirmation n'est pas restée théorique : elle s'est nourrie de verbatim vivants, poignants, humains, exprimés par des cadres, des faisant fonction, et surtout des personnes en demande de reconnaissance, de soutien et de cadre. Le besoin d'être entendu, d'avoir un interlocuteur disponible, présent et compétent est revenu avec insistance. Ce qui m'a profondément marquée, c'est que les agents de nuit étaient reconnaissants qu'on s'intéresse à eux. J'ai pu m'en rendre compte lors des visites aux équipes de nuit dans le cadre de mes stages. Plusieurs m'ont confié qu'ils se sentaient « oubliés », ou « sans existence réelle » dans les projets d'établissement. Leur joie de participer à un entretien, de partager leurs expériences et ressentis, a été un moteur dans ma propre persévérance.

Ce mémoire n'a pas été une promenade de santé. Bien au contraire. J'ai connu de grandes difficultés au moment de la rédaction : organiser mes idées, mettre en mots mes intuitions, dépasser mes doutes... J'ai souvent pensé ne pas être capable d'y parvenir. Ce sentiment d'impuissance s'est parfois mêlé à un isolement personnel, notamment lié à la distance avec ma famille, à la rigueur du climat (au sens propre comme au figuré), et à la densité du programme de formation. Mais c'est justement dans l'adversité que j'ai découvert mes propres ressources : persévérance, rigueur, et... progrès informatique ! Moi qui avais tant d'appréhensions à ce sujet, je peux

dire aujourd'hui que j'en retire une forme de fierté. Cette épreuve m'a aussi appris l'importance du soutien collectif. L'entraide entre pairs, les encouragements reçus au bon moment, les regards bienveillants échangés pendant les modules ont joué un rôle fondamental dans ma capacité à avancer.

Ce travail a aussi été l'occasion d'un retour sur moi-même. Durant cette année de formation, j'ai été confrontée à une difficulté que je connais bien mais que j'ai longtemps refusé d'admettre : celle de demander de l'aide. Issue d'un cadre culturel où la femme est souvent considérée comme la "potomitan", cette poutre porteuse sur laquelle repose toute la structure familiale et sociale, j'ai longtemps intériorisé l'idée qu'il fallait tenir, seule, coûte que coûte. Reconnaître mes limites, accepter d'être accompagnée ou conseillée, a représenté une forme de rupture avec cette injonction implicite. J'en suis encore loin, je le sais. Mais cette année m'a permis d'en prendre conscience, d'oser dire, d'oser tendre la main — et de découvrir que ce n'est pas une faiblesse, mais une force.

Ce cheminement intérieur a été d'autant plus fort que je l'ai vécu dans un éloignement géographique important. Être loin de ma famille, de mes repères, de mes appuis habituels, a parfois pesé lourd. Mais c'est aussi ce cadre dépouillé, parfois rugueux, qui m'a permis de mieux entendre ma propre voix, de me recentrer, de savoir pourquoi je suis là.

Aujourd'hui, je me projette pleinement dans l'exercice professionnel de nuit. Ce choix n'est pas seulement une contrainte ou un hasard. C'est une volonté assumée, nourrie par mes expériences et confirmée par ma recherche. Je crois que le travail de nuit, souvent marginalisé, mérite des cadres présents, compétents, et surtout profondément humains. C'est vers cette posture que je veux tendre.

Cette année à l'IFCS a été plus qu'un simple travail intellectuel. Elle m'a permis d'avoir un regard autre tant sur le plan professionnel que personnel. Elle m'a donné la possibilité de mieux cerner la posture que je souhaite adopter en tant que cadre...mais aussi de prendre conscience de mes limites. Le travail de mémoire a été comme un miroir : il m'a renvoyée à des faits concrets, mais aussi à des ressentis, à des émotions. Au fil des entretiens, j'ai compris combien la communication émotionnelle, la capacité à créer un climat de confiance et à écouter vraiment l'autre sont essentielles. Choses qui dans un premier temps, lors du choix de ma problématique ne me sont pas apparus primordiales.

Les tensions évoquées entre les cadres de jours et ceux de nuit m'ont vraiment fait réfléchir. Ce que j'ne retiens, c'est qu'il y a un vrai besoin de clarifier les rôles de chacun, les responsabilités mais aussi les façons de communiquer. L'objectif n'est pas de mettre en cause une organisation mais plutôt de la rendre plus fluide et plus cohérente pour que les professionnelles puissent mieux travailler ensemble. Je suis convaincue qu'un cadre de nuit ne vient pas marcher sur les plates-bandes de celui de jour. Au contraire il en appui et en complément.

Enfin, si je devais résumer ce travail en quelques mots, je dirais : exigence, écoute, transformation. Exigence d'un métier de cadre qui ne s'improvise pas. Écoute des professionnels qui méritent qu'on leur donne la parole. Transformation d'une posture qui n'est pas qu'une fonction hiérarchique, mais un engagement éthique, relationnel et humain.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- BOURRET, Pascale. Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible. Paris : Seli Arslan, 2014, p. 49.
- FAYOL, Henri. Administration industrielle et générale. Paris : Dunod, 1916.
- MINTZBERG, Henry. Le manager au quotidien. Paris : Eyrolles, 2019. (Collection Nouveaux horizons).
- DRUCKER, Peter Ferdinand. L'innovation et l'entrepreneuriat. Paris : Plon, 1985, pp. 38-42.
- HESBEEN, Walter. Cadre de santé de proximité. Paris : Ebrevier Masson, 2011, chap. 1 et p. 7.
- NAUDIN, David. Guide CS Cadre de santé. Paris : Elsevier Masson, 2024, p. 195 et p. 198.
- PERRENOUD, Philippe. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Paris : ESF, 2001.
- TARDIF, Jacques. L'évaluation des compétences. Montréal : Chenelière Éducation, 2006.
- LE BOTERF, Guy. L'ingénierie des compétences. 2e éd. Paris : Éditions d'Organisation, 1999.
- DEVILLARD, Olivier. Dynamiques d'équipes. Paris : Éditions d'Organisation, 2005.
- FAUCHEUX, Claude. La dynamique de groupe. In : L'année psychologique. Paris : Persée, 1957, p. 425-440.
- ANZIEU, Didier ; MARTIN, Jean-Yves. La dynamique des groupes restreints. 12e éd. Paris : Presses universitaires de France, 2000.

ARTICLES

- GROUTEL, Emmanuel. Mary Parker Follet : la facette méconnue du management jardiné. Revue française de gestion, 2014, n°239, p. 13-29.
- PRIEUR, F. Le cadre de santé de nuit un maillon indispensable. La revue de l'infirmière, avril 2022, n°280.
- LE BRIS, S. Le management de proximité à distance : les facteurs clés de la réussite. Projectics, 2022, p. 205-229.
- LUGINSLAND, Marie. Cadres jusqu'au bout de la nuit. Objectif Soins et Management, janvier 2016, n°242.

BORDIN, P. ; DERRICK, M. Évolution du management et du travail des équipes soignantes de nuit. La revue de l'infirmière, avril 2022, n°280.

OLLIVIER, Jean-Claude. Favoriser la continuité des soins par alternance du travail jour/nuit. Revue de l'infirmière, septembre 2007, n°133.

LEMERCIER, Cédric. Le cadre de nuit un atout pour l'établissement. Soins cadres, supplément au n°95, 2015.

GUILLEMAIN, Élisabeth. Le cadre de nuit, un collaborateur précieux. Soins cadres, supplément au n°95, 2015.

ROLO, Duarte. Histoire et actualité du concept de souffrance éthique. Travailler, 2017, n°37.

CABY, Fabrice. L'intelligence émotionnelle au travail. Paris : Dunod, 2015.

GOLEMAN, Daniel. L'intelligence émotionnelle. Paris : Robert Laffont, 1997, p. 18.

MIKOLAJCZAK, Moira. L'intelligence émotionnelle. Paris : Dunod.

TEXTES LEGISLATIFS

France. Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 portant création du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier, moniteurs et infirmiers surveillants.

France. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat de cadre infirmier.

France. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

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

France. Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif aux actes professionnels.

France. Décret n°2023-1238 du 22 décembre 2023 portant mesures relatives à la fonction publique hospitalière.

France. Décret n°88-1084 du 30 novembre 1988 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.

France. Décret n°46-1649 du 13 juillet 1946 portant rétablissement d'une indemnité pour travaux de nuit.

France. Loi du 25 juin 1919 relative à la protection de la femme et de l'enfant au travail.

Rapport certification cqss- 40187

ANNEXE

Annexe1

Guide d'entretien – Cadres de santé

Cet entretien est mené auprès de cadres de santé étant en situation de management d'équipe de nuit. Le choix se porte sur des cadres travaillant aussi bien de jour que de nuit afin de porter mon comparatif.

Introduction :

Je suis Chantal ZOU, étudiante cadre de santé au sein de l'IFCS de l'école supérieur de Montsouris.

Merci de prendre le temps de répondre à cet entretien, qui me permettra d'affiner l'analyse de mon mémoire. L'objectif est de mieux comprendre votre rôle en tant que cadre de santé et votre manière d'accompagner les équipes de nuit. L'entretien durera environ 45 minutes et restera anonyme. Vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions si vous le souhaitez.

1. Présentation

Votre profession, année d'entrée dans le corps, le service (spécialité), nombre d'année de travail de nuit.

2. Votre rôle et votre approche managériale

1. Comment décririez-vous votre rôle auprès des infirmiers de nuit ?

- Comment décririez-vous votre style managérial

2. Comment décririez-vous les difficultés que vous avez rencontré dans l'encadrement des équipes de nuit ?

3. Comment vous y prenez-vous pour soutenir et accompagner ces professionnels dans leur pratique quotidienne ?

4. Comment décririez-vous les qualités essentielles que doit avoir un cadre de santé pour encadrer efficacement une équipe de nuit ?

3. La dynamique d'équipe et le travail de nuit

5. Quels sont, selon vous, les défis spécifiques au travail en équipe pendant les horaires de nuit ?

6. Comment encouragez-vous la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe de nuit ?

7. Comment vous y prenez-vous pour renforcer la cohésion et le sentiment d'appartenance des infirmiers de nuit ?

8. Comment percevez-vous l'impact d'un encadrement adapté sur la motivation et l'implication de ces professionnels ?

4. L'accompagnement et le développement des compétences

9. Quelles compétences vous semblent essentielles pour un infirmier travaillant de nuit ?

10. Comment accompagnez-vous le développement professionnel et la montée en compétence des infirmiers de nuit ?

11. Quels sont, selon vous, les principaux obstacles à l'évolution professionnelle des infirmiers de nuit ?

12. Comment évaluez-vous l'impact de votre encadrement sur leur développement professionnel et leur autonomie ?

Conclusion :

Merci pour votre temps et votre partage d'expérience. Y a-t-il un point que vous aimeriez ajouter sur l'encadrement des équipes de nuit ?

Ce guide d'entretien a pour objectif de m'aider à valider ou non mon hypothèse qui est :

- *Un management participatif et dans l'accompagnement du cadre de santé favorise le développement professionnel des infirmiers de nuit.*

Question de départ : En quoi le management des cadres de santé est-il nécessaire pour la montée en compétence des infirmiers de nuit ?
--

Thèmes	Question	Objectif de la question
Management	Comment décririez-vous votre rôle auprès des infirmiers de nuit ?	Type de management employé et pourquoi. Leadership et organisation Repérer une éventuelle inadéquation entre son rôle perçu et son rôle attendu
Dynamique d'équipe	Comment vous y prenez-vous pour renforcer la cohésion et le sentiment d'appartenance des infirmiers de nuit ?	Comprendre comment renforcer la cohésion et le sentiment d'appartenance des IDE de nuit. Les actions et les stratégies mises en place. ⇒ Les difficultés rencontrées. ⇒ Impact sur la motivation ⇒ Levier pour améliorer la communication, la cohésion ⇒ Positionnement dans cette dynamique
Compétences	Comment accompagnez-vous le développement professionnel et la montée en compétence des infirmiers de nuit ?	Difficultés / freins Accompagnement / Autonomie Autonomie versus formation Leviers pour la montée en compétence Information et qualité

Annexe 2 : Entretien Carole et Joanna

Voilà. Alors, je me présente, je m'appelle Zou Chantal. Je suis étudiant le cadre de santé au IFCS de Créteil, Montsouris. Et je voulais déjà vous remercier de prendre du temps pour moi.

Je suis **Carole**. C'est avec plaisir et c'est moi qui vous présente les excuses pour avoir retardé et décalé. Je sais que c'est important et que la période est un peu tendue.

Donc, je vais d'abord commencer par vous demander votre présentation, c'est-à-dire votre profession. L'année d'entrée dans le corps, la spécialité, et puis le nombre d'années au niveau du travail de nuit.

Alors, actuellement, je suis cadre de santé. Je suis arrivée au mois de novembre 2024. Dans l'établissement, je suis actuellement donc au Centre Hospitalité d'Arpajon dans le 91, donc dans le département de l'Essonne. J'occupe le poste, j'ai des activités transversales. Je suis affiliée à la direction des soins, donc j'ai plusieurs casquettes. Première, qui est cadre de santé responsable de l'équipe de suppléance. Donc, jour et nuit, donc ils sont composés d'infirmiers et d'aide-soignante, et puis après, mes activités transversales consistent à la gestion de l'absentéisme sur l'ensemble de l'établissement. C'est-à-dire que je suis celle qui pourvoit de l'interim lorsque les heures supplémentaires de la vacation-hublo n'ont pas pourvu. Je suis aussi responsable du recrutement des vacataires sur la plateforme d'hublo, donc pour l'ensemble de l'établissement. Donc, différents corps de métiers, mais essentiellement, les infirmiers et les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture. Et la dernière casquette, qui est un peu 10% de mon activité, je suis la cadre de santé. Je supervise un référent infirmier qui supervise notre dossier informatisé des patients. Donc, notre logiciel s'appelle dxcare. Et donc, en fait, c'est notre expert sur ce logiciel. Et je suis sa cadre de santé. Donc, je l'accompagne dans ces missions. Voilà pour la présentation. Sinon, je suis cadre de santé depuis 2015. Donc, je rentre dans ma dizaine année de pratique. Et sur ces 10 années, j'ai exercé trois années en encadrement de nuit sur la région parisienne.

Alors, j'ai trois concepts avec à l'intérieur de chaque il y a quatre questions. Donc, au niveau de votre rôle et de votre approche managériale comment décrivez-vous votre rôle auprès des infirmiers de nuit ?

Mon style managérial. Alors, juste je précise sur les trois années que j'ai fait en tant qu'encadrant de nuit. Il y a deux années où j'étais sur l'hôpital d'Orsay qui appartient

33 au groupe hospitalier du GHN, où j'avais la casquette de cadre de proximité et en
34 même temps cadre responsable de l'ensemble de l'établissement, c'est-à-dire dans la
35 gestion des situations, des situations aigües, problématiques administratives. Et la
36 dernière donc j'ai passé en remplacement sur le poste de Christopher. Donc, c'était
37 essentiellement la gestion des situations problématiques, donc la coordination de
38 soins. Donc, sur mon poste managérial, quand j'étais cadre auprès des unités de nuit,
39 c'était plutôt, comment on va dire ça, participatif, mais en même temps assez
40 descendant dans les informations, puisque j'avais des unités que je manageais à
41 distance, parce qu'ils étaient sur des sites géographiquement parlant un peu éloignés.
42 Et comme j'avais aussi l'autre casquette donc c'était vraiment, je donnais les
43 informations, je les accompagnais dans toutes les missions d'encadrement, mais
44 voilà, j'ai essayé de les inviter que ce soit dans l'élaborations des projets ou dans
45 l'organisation type, par exemple de la gestion RH. Donc, c'était un mix des deux,
46 voilà, un peu directif parce que je descendais les informations et puis participatif
47 parce que je souhaitais qu'ils interviennent aussi dans les décisions à prendre en tout
48 cas dans les projets.

49 D'accord. Donc, ma deuxième question au cours de ces années, dans l'encadrement
50 des équipes de nuit, avez-vous rencontré des difficultés et si oui, est-ce que vous
51 pouvez me décrire les difficultés que vous avez rencontré ?

52 Et alors, comme je disais tout à l'heure, donc c'était vraiment l'encadrement à
53 distance, voilà, c'était avoir des équipes un peu éparpillées, donc pour pouvoir être
54 équitable, être disponible à l'écoute et être sur le terrain, c'était ça de ma première
55 difficulté, donc vraiment avoir ces équipes sur des sites, sur des sites géographiques.
56 La deuxième, c'était le sentiment d'être un peu isolée, des projets, des projets de
57 service, de ma participation, auprès des missions transversales, parce qu'il fallait,
58 voilà, quand je me déplace la nuit, donc c'était pas forcément possible au regard de
59 mon planning et des temps de repos, de mon isolement vis-à-vis de l'encadrement de
60 jour, j'avais vraiment l'impression d'être invisible, d'être un encadrant invisible.
61 Souvent, on disais, oui, voilà, on n'aimerais pas être à votre place, mais personne ne se
62 soucie aussi de nous, donc j'avais vraiment l'impression d'être un petit maillon
63 invisible, mais indispensable, parce que sans nous, sans nous, pour avoir la continuité
64 et de la gestion d'établissement et des équipes de nuit, cela aurait été compliqué, donc
65 vraiment la gestion à distance, l'invisibilité et puis des fois aussi un, ouais, un

manque de respect, de nos travaux, de nos implications, je vous dis le manque de respect dans le sens où on envoyait des mails pour signaler, pour informer, pour demander des éclaircissement et on n'avait pas de réponse bien souvent, donc c'est dans ce sens là que je disais cela.

Oui, d'accord. Alors une troisième question, au niveau des professionnels de nuit, comment vous y prenez-vous pour les soutenir, les accompagner dans leur pratique quotidienne ?

Et moi, je mise beaucoup, je le fais même là maintenant, je l'ai toujours fait, sur la présence, c'est-à-dire prendre des temps privilégiés avec eux alors informel ou formel quand je dis formel c'est à travers les réunions, mais pour pouvoir réunir deux équipes qui ne se rencontrent peu, donc je privilégiais les temps physiques auprès d'eux et c'est vrai que la nuit permettait cela quand voilà, j'étais pas prise par d'autres situations plus urgentes, à m'asseoir avec eux que ce soit dans les unités de Chirurgie, de neurologie, et d'entendre ce qu'ils ont à me dire, pas forcément être moi descendante, mais être à l'écoute de ce qu'ils avaient eux à me dire et à me remonter et être aussi leur intermédiaire auprès des cadres de jour, auprès de la direction des soins parce que notre n+1 était la directrice des soins, donc on avait quand même ce privilège d'avoir un accès direct à la direction, mais c'est vrai que j'ai pris vraiment, je tenais vraiment à être une oreille attentive, voilà une oreille vraiment attentive et que ce soit de manière collective ou individuelle, pour l'équipe de nuit qui se trouvait à distance, j'allais donc je prenais ma petite voiture, j'allais à Brie sur Yvette et donc je restais dans les étages, c'était en psychiatrie, et on discutait, on devisait, et pas forcément des problématiques de psychiatrie, mais voilà de la vie en général, et quand j'étais, là pour ceux qui souhaitaient me rencontrer de manière individuelle, donc soit effectivement je restais au sein du bâtiment en psychiatrie, ou alors quand je retournais sur le bâtiment général, mon bureau était au rez de chaussée, et c'était un endroit privilégier pour échanger, donc c'était vraiment de l'écoute de la bienveillance, et être l'interface avec le jour en fait.

D'accord, donc indirectement vous avez répondu à ma quatrième question, parce que comment décrivez-vous donc les qualités essentielles que doit avoir un cadre de santé pour encadrer efficacement une équipe de nuit ?

97 Je pense être résistant, quand je dis résistance, c'est parce que ayant exercer
98 longtemps de jour, et du coup je suis passé de nuit, entre le rythme qui est imposé, il
99 y a notre corps, c'est-à-dire voilà, cette dizette de repos, de sommeil, de... Bah oui,
100 d'avoir des heures sur papier, c'est 10 heures parce qu'on travaille en 10 heures, bien
101 souvent on en faisait 12 heures, donc c'est assez résistant par rapport à ça, résistant
102 aussi, bin, au fait d'être en première ligne des situations qui nous arrivent la nuit avec
103 le moins, on n'avait pas autant de ressources que le jour. Donc il fallait faire preuve
104 d'astuce, d'autonomie, de réactivité et être dans la prise..euh.. être confiant dans ce
105 qu'on va prendre comme décision, c'est-à-dire être assez rapide dans notre réflexion,
106 et ce dire voilà je prend telle décision, je m'en réfère aux collaborateurs, et on y va,
107 voilà, c'est une autonomie qu'on acquiert très vite parce qu'on est seul, évidemment
108 avec l'administrateur de garde, mais avant de le solliciter, c'est à nous d'aller
109 chercher toutes les ressources et solutions possibles. Donc je dis vraiment être
110 autonomes, résistants, et en même temps ne pas manquer de qualité humaine, c'est-à-
111 dire ne pas se perdre dans toutes ces urgences qui sont plus que urgentes pour
112 certains, mais prendre le temps d'écouter les équipes, vraiment, c'est vraiment ça.

113 D'accord, merci. Donc on va arriver au deuxième point, qui est sur la dynamique
114 d'équipe du travail de nuit.

115 D'accord.

116 Quelles sont selon vous les défis spécifiques au travail en équipe pendant les horaires
117 de nuit ?

118 À quel niveau, au niveau des équipes ?

119 Oui, au niveau des équipes.

120 Alors...les défis spécifiques, la collaboration, la cohésion, la communication, je vous
121 sors comme, comme je le pense, la communication, parce que je pense
122 qu'effectivement, et c'est ce que j'ai pu remarquer de nuit, les équipes se connaissent
123 mieux entre elle de nuit, même si les pôles, voilà, je pense, au CHSF qui est vraiment
124 un énorme établissement. Malgré tout, il y avait une communication entre les équipes
125 pour pouvoir s'entraider, vraiment. Une cohésion entre elles, entre les infirmières, les
126 AS, une connaissance aussi du patient, et aussi connaître tous les outils qui sont à
127 leur connaissance pour pouvoir intervenir rapidement. Je crois que c'est ce qui me

128 vient à l'esprit, et puis aussi un défi de ne pas se... Là, je vais vous le dire comme je
129 le pense, un défi de ne pas s'installer dans une zone de confort, c'est-à-dire se couper
130 de la dynamique de l'établissement en termes de projets, d'insertions, dans les
131 missions transversales, de faire partie de groupe. C'est vrai que le fait de travailler de
132 nuit, on peut se laisser... Comment dirais-je ? On peut se dire que je vais privilégier
133 ma santé, le travail que je fais, en dépit de mon inclusion au sein du groupe, au sein
134 de l'établissement. Et c'est vrai que j'ai essayé de leur dire que...voilà, on est déjà
135 suffisamment coupé. Et pour connaître la politique de l'établissement, les projets, il
136 faudrait, au moins, s'insérer dans un groupe, quelque'il soit, mais quelque chose aussi
137 qui les intéresse, qui leur rapporte, pour ne pas être complètement déconnecté et se
138 satisfaire de ce qu'ils ont de nuit. Voyez, je ne sais pas si j'ai été assez clair dans mes
139 propose, non ?

140 Oui, très clair. Donc ma deuxième question dans cet item, c'est comment
141 encourager-vous la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe
142 de nuit ?

143 Enfin, je prône vraiment... Le parler, se parler. On est vraiment à l'air du mail, ce que
144 j'entends, complètement, mais peut-être, ce que je pouvais, des fois proposer, c'est
145 partir de leur besoin. C'est-à-dire, je sais que sur le CHSF, il y avait une gazette. Il y
146 a toujours une gazette qui met en avant de manière singulière, un agent, un groupe,
147 une unité. Et je disais aux agents, voilà, vous avez une particularité de nuit, même
148 par rapport aux étudiants aussi. Voilà, on encadre un étudiant, peut-être un peu
149 différemment de l'équipe de jour, parce qu'il y a des faits des spécificités. Donc, je les
150 enjoignais à faire émerger des projets, des idées, inhérents à la nuit. Je vais même
151 plus loin, je leur disais, mais voilà, pourquoi ne pas rédiger un petit article à faire
152 apparaître. Justement, pour avoir cette visibilité, cette reconnaissance personnelle,
153 collective, et favorisée, la communication, parce qu'il y a un groupe de travail qui se
154 construit autour d'un projet commun. Et là, on propose à la qualité, puisque tout doit
155 passer, maintenant, dans la validation de la qualité. Donc, moi je parlais vraiment,
156 parce que j'adore les conduites de projet. Donc, je le parlais de là, d'échanger, mais
157 échanger de manière constructive autour d'un projet qui peut leur faire justement
158 rayonner au sein de l'établissement, et aussi avoir une valorisation personnelle et
159 collective.

160 D'accord. Vous êtes répondu presque à ma troisième question. Comment vous y
161 prenez-vous pour renforcer la cohésion et le sentiment d'appartenance des infirmiers
162 de nuit ?

163 Bah oui, c'est ça, c'est vraiment... Et puis, je les invite vraiment, parce que souvent,
164 ils me disent "oh, ça ne sert à rien, Carole d'envoyer des mails ou d'appeler". J'ai dit,
165 mais justement, c'est à partir de ce postulat là, que les choses n'avancent pas et que
166 la fracture, s'élargie ou se crée. Donc, c'est vraiment toujours quand j'étais leur
167 cadre, moi, j'étais leur intermédiaire, mais en même temps, quand je ne l'étais pas,
168 parce que j'étais sur la gestion des établissements, voilà, de poursuivre, d'envoyer des
169 mails, pour justement garder ce lien-là. Donc, vraiment, mais je trouve que travailler
170 autour d'un projet, il n'y a pas plus fédérateur, je crois. Aussi petit, soit il, aussi,
171 humble soit il, mais je pense que c'est vraiment quelque chose de fédérateur,
172 vraiment.

173 Et pour ramener ces équipes, justement, de nuit, vous ne rencontrez pas des
174 problématiques pour les emmener, justement à accéder et à participer à ces projets
175 institutionnels ou autres.

176 Oui, oui, alors c'est vrai qu'au départ de mon... quand j'ai commencé l'encadrement,
177 j'étais très idéaliste, très optimiste, très idée. Après, on est vite confronté à des profils
178 qui sont très réfractaire au changement, comme je vous disais tout à l'heure, la zone
179 de confort, voilà, je le vis la aujourd'hui avec mes équipes de nuit qui eux ont choisit
180 de travailler de nuit pour des motifs privés. Donc voilà, s'engager autre mesure. Non,
181 ils n'en ont pas envie parce que ça ne les intéresse pas, ils n'en ont pas envie parce
182 qu'ils sont proche de la retraite. Et voilà, c'est... Non, non, quand je parle de ça, je
183 parle de ces équipes qui sont mobilisables après ceux qui sont réfractaires, je ne vais
184 pas me battre contre un mur, à les obliger, disons que je vais travailler avec ceux qui
185 ont envie. Mais par contre, lorsqu'il y a des décisions institutionnelles pour lesquelles
186 il faut avancer, que ce sera à travers un projet où des changements, je pense
187 notamment aux 12 heures, pour lequel il faut mobiliser les troupes. Oui, ça a été
188 compliqué, ça a été compliqué. Après, je leur disais, vous ne souhaitez pas, si on
189 parle de changements des plages horaires, je vous accompagne dans vos projets pour
190 partir. Et il n'empêche que je suis la cadre de celles qui souhaitent rester et continuer
191 à avancer. Donc, c'est une adaptabilité auprès des agents et des profils.

D'accord. Donc là, ça fait vraiment un lien entre ma dernière question sur la dynamique d'équipe. Comment percevez-vous l'impact d'un encadrement adapté sur la motivation et l'implication de ces professionnels ?

Comme je vous disais, j'ai une équipe de suppléance du jour et nuit Je n'ai pas changé ma manière de manager. Cependant, il est reçu différemment par certaines personnes. Donc, il y a des personnes avec qui, voilà, on y va, on est fédérateurs, en mobilisant. Donc, il y a des équipes de jour, va très vite. L'équipe de nuit est plutôt réfractaire au changement mené par un individu. L'impact n'est ... comment on a dire ça ? Comme j'ai un leader négatif, l'impact est négatif du coup. Elle, elle fait, elle distille, voilà, ce sentiment-là. Donc, c'est mitigé sur l'équipe de nuit. Il y a des personnes qui me disent "il n'y a pas de soucis pour moi à ce niveau. J'apprécie la manière dont vous fonctionnez assez exigeante en même temps juste et en même temps mobilisateur." Et puis, là, en ce moment, je suis en train de retravailler par stratégie du coup pour pouvoir amener là où je souhaite amener, parce qu'il y a des décisions institutionnelles et je n'ai pas le choix. Et là, par conséquent, j'ai des personnes qui quittent l'encadrement de nuit, parce que ça ne leur plait pas. D'autres qui attendent de voir, puisque je suis en train de proposer d'autres stratégies en regard, mais l'impact est plutôt positif, à partir du moment où l'encadrement est en mesure de se remettre en question et de réfléchir aux profils qu'elle a en face de lui. Parce qu'on ne peut pas transférer d'une équipe à une autre une manière de fonctionner. Et là, je sens... Je suis en plein dedans, parce qu'il y avait une manière de faire avec une direction. Aujourd'hui, une nouvelle direction à tout niveau, c'est-à-dire une nouvelle direction : nouveau directeur général, nouveau directeur délégué, nouvelle direction des soins et un nouvel encadrement. Donc, vous avez beaucoup de changements pour eux. Et je suis en train de revoir ma stratégie vis à vis de l'équipe de nuit parce que je me rends compte que avec eux ça ne va pas fonctionner parce que chacun a eu une manière de fonctionner, antérieurement et pour qui le changement ne correspond plus. Donc, j'ai différents profils et je suis en train de m'adapter à ces différents profils. L'objectif reste le même, le cap reste toujours le même, mais c'est à moi tout en maintenant un certain cadre pour que chacun puisse s'y retrouver à m'adapter aux profils individuels, parce que sinon, je n'irai nulle part, parce que je ne peux aller nulle part sans eux.

224 Oui, c'est sûr. L'accord. Et donc là, on va arriver à la troisième partie, et donc aux
225 quatre dernières questions. Sur l'accompagnement et le développement des
226 compétences.

227 D'accord.

228 Alors, première question, quelles compétences vous semble essentielle pour un
229 infirmier travaillant de nuit ?

230 Alors, travaillant de nuit, alors, est-ce qu'on parle... On parle d'un infirmier, dans un
231 poste fixe ? parce que là, j'ai mon équipe de suppléance qui vient comme ça, de suite.
232 Sur quel profil vous demandez-la, de manière générale ?

233 De manière générale, oui.

234 Le relationnel, du relationnel, soit en mesure d'avoir des compétences relationnelles,
235 certes vis-à-vis des patients vis-à-vis de ses collaborateurs, et aussi un infirmier de
236 nuit, être dans une certaine autonomie, et puis être en capacité de.... de ...comment
237 dirais-je ?... Face à une situation, pour laquelle il ne peut pas appeler le médecin de
238 suite, parce qu'il n'est pas là.. Il n'y a pas de cadre, enfin il y a un cadre de nuit mais
239 il est sur plusieurs sites. Qui sera en capacité de réfléchir avec les outils qu'il a et de
240 prendre des décisions. Voilà, en capacité en termes de responsabilité, "jusqu'où je
241 peux aller, jusqu'où va mon champ de compétence, qui est mon référent direct", c'est-
242 à-dire avoir cette agilité intellectuelle de se dire, je ne peux pas me reposer sur ma
243 cadre de santé parce qu'elle n'est pas là, le médecin non plus. Voilà d'avoir une
244 agilité intellectuelle qui lui permet de se sentir en confiance aussi, mais de prendre sa
245 responsabilité aussi en tant que référent d'unité quand ils sont seuls. Oui, je dirais ça.
246 Et avoir de la communication ne pas être dans une espèce de bulle et se dire "je suis
247 tout seul, je prends... Voilà, je prends sous ma coupe," alors que non, il n'est pas tout
248 seul, mais qu'il faut bien identifier qui sont ses collaborateurs et sa hiérarchie qui
249 peut l'appuyer.

250 Alors, ma deuxième question dans ce troisième item, comment accompagnez-vous le
251 développement professionnel et la montée en compétence des agents de nuit ?

252 Il y a l'observation sur le terrain, mais de nuit, c'est un peu compliqué. C'est un peu
253 compliqué. En fait, je reviens à ce que je disais, je parle de l'agent et que si on est
254 assez fin en tant que manager et qu'on a le sens de l'observation, j'ai travaillé

255 beaucoup en psychiatrie, et ça a vraiment développé ce côté où on n'est pas que dans
256 la technique, mais on est aussi dans l'observation du collaborateur qui est en face de
257 vous. Et même si je ne les vois pas évoluer, en les écoutant, on arrive à déceler quels
258 sont leurs domaines de prédilection. Il y a des agents qui sont... J'avais recruté une
259 stagiaire de troisième année qui était venue faire son stage pré-pro en neuro, et donc
260 voilà très forte adaptabilité, mais elle avait des compétences autres qui étaient le
261 massage, l'esthétique. Et je me disais, en neurologie, notamment chez des patients,
262 on avait un côté neuro, et pour qui voilà tous... Excusez-moi, [*L..., je t'entends, tu me*
263 *gênes.*] Et pour qui ces compétences pouvaient être complémentaires dans l'unité où
264 elle était affectée, voyez-vous ? Donc, j'avais demandé... Quand elle avait candidaté,
265 j'avais dit à la cadre sup, c'est pas mal parce qu'elle peut être un couteau suisse,
266 surtout de nuit, où les angoisses sont majorées, où les patients... Voilà, présentent une
267 anxiété, et je pense que le massage pouvait être quelque chose de complémentaire, à
268 ce qu'elle a mis en place, en fait, donc c'était très bien. Et en fait, c'est en écoutant, en
269 observant donc, puis on leur disant, à eux de ce dont ils ont besoin. Alors
270 évidemment, il y a des projets polaires, on a des projets de service, ce vers quoi, je
271 pense, par exemple, à la neuro, où on avait besoin de développer tout ce qui était
272 protocole, de diverses tensions, enfin voilà, il y avait des choses comme ça sur
273 lequel, les agents devaient être formés, mais je pense que les compétences
274 individuelles peuvent être décelées lorsqu'on échange, lorsqu'on parle, lorsqu'ils me
275 relatent à un peu... "Est-ce qu'on ne pourrait pas monter tel projet" et à partir de là,
276 voilà, je les accompagne, soit on peut le faire dans le cadre des formations
277 institutionnelles, soit dans le cadre des entretiens annuels, donc on va faire un projet
278 de D.U. par exemple, et donc être formé, en institutionnel ou ailleurs, mais partir de
279 manière collective ou de manière individuelle. Excusez-moi, Chantal,
280 [*.....interruption...*] Je suis à vous.

281 Alors, je vais donc poser la troisième question, qui est, quels sont selon vous les
282 principaux obstacles à l'évolution professionnelle des infirmiers de nuit ?

283 Euh... Ça peut être l'encadrement. Je me mets dedans dans le sens où... si on n'a pas
284 saisis le poste qu'on a, qu'on est vraiment l'interface avec le jour et qu'on ne relaye
285 pas les informations, qu'on ne soit pas ce relais, on peut être un obstacle, vraiment. Si
286 on reste vraiment dans son champ d'action de nuit et qu'on ne se rend pas visible
287 pour les équipes, on peut être un obstacle. L'agent lui-même, un obstacle aussi, dans

288 son reçu d'être formé, son reçu de ce que je disais tout à l'heure, d'être dans une
289 espèce de priorité, soit privé ou de zone de confort, à ne pas vouloir aller un peu plus
290 en avant. Qu'est-ce qui peut être un obstacle également ? Là tout de suite, je vous...
291 Redites-moi la... Reposez-moi la question.

292 Alors, quels sont selon vous les principaux obstacles, à l'évolution professionnelle
293 des infirmiers de nuit ?

294 Pour l'instant, c'est ce que je vois. Je sais qu'il y a autre chose, mais ça ne vient pas
295 de suite. Je pressens. Oui, je pense que ça doit être ça et puis... Oui, je pense que c'est
296 cette invisibilité. Cette invisibilité. Oui, je dirais ça pour l'instant. Vraiment soit
297 l'encadrement qui n'est pas... En tout cas, n'est pas engagé dans cet accompagnement-
298 là. L'agent lui-même, dans cette évolution, il n'a pas forcément envie, où c'est un
299 choix de rester dans ce service-là. Et qu'il n'y a pas d'intérêt ou alors par
300 démotivations. C'est ce que je cherchais. Par démotivations, parce que d'avoir tenté,
301 d'avoir suivi les indications, les conseils, voilà, d'avoir suivi les procédures, et qu'en
302 retour, il n'y a aucune réponse. Je pense à ça, notamment quand vous parlez de
303 formation, nombre de fois à les agents, les incités en disant, oui, c'est important de se
304 former, de suivre l'évolution, des pratiques, de la santé. Mais ils me disent "Carole,
305 ça sert à rien, car on demande et on ne me donne pas." Oui, je pense que le dirait ça.

306 Dernière petite question, comment évaluer vous l'impact de votre encadrement sur
307 leur développement professionnel et leur autonomie ?

308 L'impact... De mon encadrement. Tout bêtement, je pense que je vais être une cadre
309 de la vieille école, peut-être, je ne sais pas. Mais c'est vraiment quand ils reviennent
310 vers moi avec des projets. Quand ils reviennent vers moi et que, ou même dans mon
311 observation, je vois que si j'ai pointé, voilà, un axe d'amélioration, que c'est, ça a été
312 entendu que je vois qu'il y a des efforts qui ont été faits, et qu'ils reviennent avec des
313 propositions autre que ce que j'avais demandé. C'est quand je suis moi aussi, peut-
314 être, force de propositions. Je leur dis, bien écoutez, la porte n'est pas fermée par ici.
315 Vous voyez, peut-être, il y a d'autres pistes. Le chemin n'est pas tout droit. Il faut
316 parfois prendre un sentier pour pouvoir arriver à votre objectif. Oui, lorsqu'ils
317 m'écrivent, quand ils reviennent vers moi, et que ça a un peu cheminé et qu'ils me
318 disent "je ne suis pas prêt tout de suite mais voilà, est-ce que vous avez des
319 informations ?" C'est lorsque j'observe et sur le terrain et dans leur cheminement. Je

320 ne suis pas dans une attente immédiate, mais voilà, comment dirais-je, on se donne
321 dans un mois, on se retrouve, vous m'en dites où vous en êtes dans votre réflexion,
322 ou alors, s'il n'y a pas d'impact, c'est qu'il y a peut-être autre chose. Et quelquefois,
323 l'autre chose peut être privé. Voyez vous. Vous avez peut-être une situation d'ordre
324 privé qui embolise, qui parasite, et qui fait qu'il n'y a pas d'impact pour l'instant.
325 Donc mon rôle à moi est aussi de pouvoir soit les orientés vers un psychologue, soit
326 vers un...je ne dis pas, je n'incite pas l'arrêt, pas du tout. Mais aujourd'hui, on sent
327 bien que l'on a, on peut avoir des personnels dans une situation précaire, et que les
328 projets de service ne sont pas ça qui prime, mais peut-être aller mieux
329 psychologiquement parlant, c'est-à-dire, prendre soin de soi, aller consulter un
330 médecins, par exemple, voir un psychologue, peut-être faire un stop, parce que le
331 travail est plus délétère qu'autre chose, mais je pense que dans notre rôle qui plus est
332 de nuit, parce que je me suis aperçue que les agents qui certes viennent pour des
333 motifs privés, sont dans des situations familiales précaires, et que notre rôle est de
334 pouvoir aussi leur dire quelles sont leurs droits. Comment on peut aménager ? Moi,
335 je sais que... que je leur propose. Voilà, si vous souhaitez mettre des TP, et parce que
336 vous avez des rendez-vous, dites-le en amont. Moi, je cadenasse, et je ne vous
337 positionne pas pour les équipes de suppléance, pour que vous puissiez honorer votre
338 rendez-vous. Et je pense que... je parle beaucoup de projets, mais je suis quelqu'un
339 qui écoute beaucoup les agents et qui prend soin d'eux-même dans leur domaine
340 privé quand ils me laissent aller dans leur domaine privé. Je ne sais pas si je suis
341 clair.

342 Vous êtes tout à fait clair.

343 Oui, oui. Je trouve que c'est très important parce que je me rends compte que les
344 familles monoparentales, les familles avec des enfants en situations d'handicapes,
345 embolisent leur esprit et que quelques fois, travailler de nuit permet aussi de
346 s'échapper, mais aussi est un moyen de pouvoir s'occuper d'eux en journée. Et je
347 pense que mon impact peut être minim quand je prends compte de cela aussi. Donc,
348 si vous voyez, je suis content quand on me dit, "Carole, écoutez merci." Ce n'est pas
349 le merci qui m'intéresse. D'avoir pu contribuer à leur permettre de mettre une
350 situation privée un peu plus *Dekker*, un peu plus stable parce que l'aménagement du
351 temps travail a été entendu.

352 Pas plus tard qu'hier, je disais à une collègue que je remercie d'être passées par la
353 psychiatrie. J'ai exercé pendant 10 ans et puis j'étais donc cadre d'agents du pôle
354 psychiatrie sur le G.H. Et c'est vrai que mon identité professionnelle s'est transformée
355 à ce moment-là. Quand j'ai travaillé en psychiatrie avec tous ces sens qu'on
356 développe et qu'on prend vraiment l'individu que ce soit patient ou agent dans son
357 entièreté. Voilà. Vous savez, effectivement, on est enfermé dans notre rôle de cadre
358 dans les projets, dans les évolutions, dans la qualité, ce qui est tout à fait normal. Et il
359 y en a besoin, et tant qu'on parle de la qualité et de la sécurité des soins. Mais moi, je
360 trouve qu'une des facettes de notre métier, même s'il est dur, par moment, c'est
361 vraiment ce contact avec ces agents. Et quand on a comme vous dites qu'on arrive à
362 faire émerger, et moi, c'est le public aide-soignant que j'aime beaucoup... Donc, c'est
363 beaucoup. Parce que c'est un public qui a souvent tendance à se dévaloriser. Et je sais
364 que quand... Je suis allée dans la région Lyonnaise, et j'avais embarqué avec moi un
365 aide-soignant, on avait monté un projet pour intervenir auprès des IFAS pour qu'il
366 parle de son métier, justement d'aide-soignant en psychiatrie, en plus on était dans un
367 service de médecine. Et j'avais trouvé ça, mais formidable, de faire sortir ça, parce
368 qu'il avait vraiment une manière de s'exprimer. Mais voilà, il me disait "je suis qu'un
369 aide-soignant", je lui ai dit On va faire les choses et... Mais ça a été génial. Moi, ça
370 j'adore. C'est vraiment une facette, où on peut s'épanouir, c'est une facette dans
371 laquelle je m'épanouie vraiment.

372 Voilà. Nous sommes arrivés à la fin de notre entretien, je vous remercie.

373 Si jamais vous avez besoin d'éclaircissement sur ce qu'on a pu échanger, vous
374 n'hésitez pas ... D'accord ?

375 Je vous remercie beaucoup, en tout cas, pour le temps que vous m'avez accordé.

376 Je vous remercie aussi. Et puis, n'hésitez pas si besoin. Merci beaucoup.

377 Merci

1 Depuis quelle année es-tu cadre Joanna ?

2 Alors depuis 2015 avec deux années de faisant fonction. Donc c'est 12 ans. On va
3 dire dans la fonction. D'accord.

4 Donc le service, spécialité ? Tu as toujours exercé en psychiatrie ?

5 Oui.

6 Et combien d'années tu as travaillé de nuit ?

7 En tant que cadre 1 an et demi.

8 Et donc là tu gères encore les équipes de nuit tout en étant de jour ?

9 Oui

10 Comment tu décrirais ton rôle auprès des infirmiers de nuit ? Au niveau managérial.

11 Alors avec l'équipe de nuit j'avoue que j'ai une grosse difficulté parce que ce ne sont
12 pas des gens qui nous voyons régulièrement. Donc c'est difficile la relation est plutôt
13 à distance on va dire. On essaie de mettre en place des réunions, mais bon, ce n'est
14 pas assidu je vais être honnête. Ce n'est pas assidu car il faut travailler la journée et
15 revenir la nuit donc ce n'est pas toujours évident mais effectivement le management
16 n'est pas aussi proche que celui qu'on peut avoir de jour bien évidemment.

17 Et donc comment tu décrirais les difficultés que tu rencontres dans l'encadrement
18 des équipes de nuit ?

19 Bin, c'est surtout, c'est surtout la présence. La présence et l'investissement. Pour moi
20 l'investissement des infirmiers de nuit n'est pas le même que celui de jour. Donc les
21 infos en fait on leur donne des informations mais je ne suis pas sûr que ça est
22 beaucoup d'importance en fait. Je m'explique. Je n'ai pas le sentiment que c'est pris à
23 bras le corps comme les équipes de jour. Honnêtement j'ai le sentiment que les
24 infirmiers de nuit sont plutôt des veilleurs. Chez moi c'est comme ça, je me suis déjà
25 questionnée lorsque je fais les évaluations. Par exemple lorsque je fais les
26 évaluations mais je me dis mais sur quoi je peux les évaluer puisque je ne les vois
27 pas fonctionner. Bien souvent comme je leur dis moi je me base sur les écrits. Je me
28 base sur les difficultés qui sont retrouvés la journée en lien avec l'équipe de nuit.
29 Donc c'est surtout là-dessus que je me base pour pouvoir me faire une idée des

soignants qui travaillent de nuit. Je veux dire quand il n'y a pas de problème, quand il n'y a pas de difficultés particulières, quand il y a eu une prise en charge difficile et cela a pu être géré. Donc c'est de cette manière que je me dis que les équipes de nuit sont ok. Tu vois, c'est difficile.

Alors j'ai ma troisième question, comment tu t'y prends pour les soutenir et donc accompagner ces professionnels dans leur pratique quotidienne.

Comment je les accompagne ? En les écoutant, leur permettant d'accéder à des formations, lorsque c'est possible. Honnêtement c'est ça, moi je suis honnête, moi je te dis les choses. Donc l'accompagnement que je leur apporte c'est vraiment en fonction de leur demande.

Et quatrième question, comment tu décrirais les qualités essentielles que doit avoir un cadre de santé justement pour encadrer efficacement une équipe de nuit ?

Connaître le travail de nuit. Déjà c'est important avant de travailler la nuit pour savoir comment ça peut se passer que ce soit physiologiquement pour la personne et bien évidemment la charge de travail. Euh...redis moi la question ?

Alors les qualités essentielles que doit avoir le cadre de santé pour encadrer efficacement une équipe de nuit ?

On a déjà... On a déjà... On a déjà... La confiance parce que lorsqu'une équipe de nuit, tu ne les vois pas travailler. Donc il faut avoir une certaine confiance dans la personne. Donc bien souvent ce sont des soignants qui sont passé de jour. Donc qui ont déjà travaillé, que tu as déjà eu l'occasion de travailler avec eux la journée. Donc tu connais leur compétence, tu connais les connaissances. Donc ça te permet de savoir si effectivement de nuit il pourra assurer. Parce qu'en étant de nuit, l'infirmier de nuit a quand même une plus grosse responsabilité à mon sens parce qu'il est tout seul pour le coup, même s'il y a un cadre de nuit mais le cadre il est à distance je veux dire. Mais en tout cas, il doit avoir... Il doit être sûr de lui quoi. Pour travailler de nuit, moi, j'ai travaillé de nuit, en tant qu'infirmière. Donc il faut vraiment être en responsabilité. Et avoir conscience des difficultés qu'on peut rencontrer et pouvoir les assumer. Et le cadre de santé alors du coup, il aurait quelques qualités, un cadre de santé de nuit. Ou toi, en étant de jour pour encadrer une équipe de nuit, quelques qualités tu...

61 Je ne sais pas, sincèrement. Quelles qualités ? c'est les mêmes que celles de jour
62 pour le coup. Tout en sachant bien évidemment, quand le travail est moindre, et que
63 la disponibilité physique, physiologique de la personne joue un rôle important. Tout
64 ce que fait, je ne sais pas comment répondre à ta question parce que....

65 Donc, je vais passer sur un autre thème qui est la dynamique d'équipe et le travail de
66 nuit. Donc, selon toi, quels sont les défis spécifiques au travail en équipe pendant les
67 horaires de nuit ?

68 Les défis spécifiques. Les défis spécifiques pour l'équipe, pour moi, c'est de prendre,
69 d'assurer sur une urgence vitale en étant en nombre restreint. Ouais, je pense que c'est
70 ça le plus gros défi pour moi, pour l'équipe de nuit. De pouvoir gérer une situation de
71 crise en étant en équipe restreinte, quoi. Oui.

72 Et alors, en tant que cadre, comment tu encourages la communication et la
73 collaboration entre les membres d'une équipe de nuit ?

74 Comment j'encourage la collaboration.... Mais déjà, essayer de mettre ensemble
75 [interruption de qq secondes.] Alors, redis-moi ta question.

76 Alors, comment t'encourage la communication et la collaboration entre les membres
77 de l'équipe de nuit ?

78 Comment tu encourage la collaboration. Déjà, en mettant ensemble des personnes
79 qui... qui... qui... qui s'entendent, qui se comprennent. Des gens qui ont un peu les
80 mêmes... les mêmes expériences. En organisant des réunions bien évidemment,
81 laisser les gens parler, s'exprimer. Rencontrer, voir avec eux leur difficulté, voir
82 ensemble ce qu'on peut mettre en place.

83 Alors, j'ai une autre question. Comment tu t'y prends pour renforcer la cohésion et le
84 sentiment d'appartenance des infirmiers de nuit ?

85 Alors, la cohésion... La cohésion, c'est une de mes valeurs. C'est... Après, c'est
86 beaucoup par les discours, par les rencontres. C'est... parler le même langage, un
87 langage commun. C'est... c'est compliqué. Le sentiment d'appartenance... Est-ce
88 qu'on peut dire maintenant que les gens ont un sentiment d'appartenance ? Dire que
89 c'est ... Oui, on fait le même travail. On est là pour les patients. C'est plutôt dans le
90 discours avec l'équipe de nuit. C'est plutôt dans le discours, dans l'échange. Je ne sais
91 pas. C'est compliqué. Je t'avoue que c'est compliqué... Moi, je me suis déjà

questionnée. C'est pour ça que je... Je dévie un peu du truc, mais pour moi, ce n'est pas... intéressant de m'occuper de l'équipe de nuit. Parce que je ne suis pas présente, assez présente. Mais comment... comment faire ?

Donc, pour toi, ça serait... C'est un frein à ton management ?

On ne peut pas être assez présente au près des équipes de nuit. Tout à fait. C'est un frein, parce que je ne les vois pas suffisamment. On n'a pas l'occasion d'échanger suffisamment sur leur peur, leur crainte parce qu'au final, on les voit que pour les évaluations, de temps en temps on fait une réunion pour apporter des éléments d'information sur l'institution. Mais l'implication n'est pas la même à mon sens. L'implication n'est pas la même. Pour moi, c'est voilà. Pourquoi est là, quoi. Je ne sais pas comment t'expliquer ça. J'avoue que c'est compliqué. C'est ça. C'est ça.

Comment perçois-tu l'impact d'un encadrement adapté sur la motivation et l'implication de ces professionnels ?

Je ne le vois pas...peut-être sur les demandes de formations. Mais les agents je ne les vois pas... du moins pas comme je le voudrais. Donc, dure de te répondre.

Donc, là, je vais te poser une autre question pour rapport à l'accompagnement et le développement des compétences. Alors, quelles compétences qui te semblent essentiels pour un infirmier travaillant de nuit ?

La responsabilité. Pour moi, c'est la plus importante, la responsabilité en tant que professionnelle bien évidemment. Et l'engagement. En travail de nuit, on sait...en son âme et conscience, qu'en travaillant de nuit, on est quasi travailleur isolé. Et qu'on en est conscience, c'est qu'on puisse être opérationnel, en fonction des situations que l'on va retrouver.

Alors, en tant que cadre de santé, comment tu accompagnes le développement professionnel est la montée en compétences des infirmiers de nuit ?

Par des formations bien évidemment, on propose des formations. Je te donne un exemple, j'ai proposé à chaque entretien d'évaluation à ce que je propose aux infirmiers de nuit, de passer une petite semaine de jour, de faire un échange avec un infirmier de nuit pour pouvoir se remettre dans cette dynamique, de revoir un peu tout ce qui est bilan, revoir un peu les choses. En fait, c'est l'échec à chaque fois parce qu'ils me disent oui, mais à aucun moment, il y a une volonté réelle de le faire. Tu vois ? Donc, pour moi, c'est ça monter en compétences. Les accompagnées, les

124 faire monter en compétences, ça serait revenir un peu de jour pour se remettre dans
125 cette dynamique et pourquoi pas, vouloir rester, ou vouloir évoluer, je ne sais pas,
126 tant qu'IPA, tu vois, ou que cadre ou autre. Donc, c'est de la seule manière, moi, que
127 je vois comment les amener à ça. Je pense que quand on est de nuit, on est un peu
128 dans les habitudes, de fonctionnement, on a un rythme de vie qui est différent et il y a
129 une certaine... Comment je vais dire ça ? Une certaine... Comment dire... Comment
130 je vais dire ça ? La vie est plus facile, j'ai envie de dire. La vie est plus facile, mais
131 physiologiquement, je ne suis pas sûr que ça soit plus facile, mais en tout cas, on est
132 plus disponible, me semble-t-il. Moi, j'ai travaillé de nuit à tant qu'infirmière donc je
133 parle de ça. Je faisais 2 travaux en même temps, je suis à Paris bien évidemment, je
134 sortais, j'allais dans un autre boulot, mais c'était... Voilà, ce n'était pas... C'était... à
135 l'époque, c'était pour avoir du fric, c'est tout. Mais j'ai envie de te dire que je me
136 sentais plus libre, en étant de nuit, on se sent plus libre. Oui. C'est mon sentiment.
137 On a moins de pression. On a moins de pression. Voilà, on a moins la pression
138 institutionnelle. En étant de nuit, on a moins la pression institutionnelle. Quand moi,
139 j'étais cadre de nuit, faisant fonction, pour avoir des informations, pour être au clair
140 avec ce qui se passait dans l'institution, j'étais obligée de rester des heures après
141 avoir terminé mon service pour pouvoir rencontrer les collègues, pour pouvoir
142 discuter, pour pouvoir échanger. Oui. Voilà, voilà. Je pense que c'est ce sentiment de
143 liberté, me semble-t-il.

144 Mais du coup, ça te permettait par la suite de pouvoir transmettre beaucoup plus
145 facilement les informations.

146 Tout à fait. Tout à fait. Tout à fait. Mais sinon, je ne sais pas, sinon, je ne suis pas...
147 Tu sors du boulot, tu as fini à six heures, tu rentres chez toi, tu dors et tu as fini. Mais
148 si... tu n'as pas cette volonté de... tu n'es pas dedans. Tu vois ?

149 Alors, quels sont selon toi les principaux obstacles à l'évolution professionnelle des
150 infirmiers de nuit ?

151 Je pense que c'est l'habitude. Le principal obstacle, c'est cette habitude, ce
152 fonctionnement de... j'envie de dire, de moins de pression, de... je sais pas si je peux
153 dire ça, mais oui, de nuit, on fait quand même moins de choses, on a moins de
154 pression. Certes on a peut-être plus de responsabilité, dans le sens où on est seul et
155 qu'on doit faire les choses. Mais je pense que le fait d'être de nuit, on se complait

156 dans une certaine habitude et voilà. C'est mon point de vue. C'est possible. C'est
157 possible. C'est possible que le manque d'un encadrement plus présent joue. J'ai envie
158 de te dire, c'est possible, parce que moi, quand j'étais en France, j'ai travaillé de nuit,
159 je voulais faire cette formation de cadre. Et donc, je suis allé passer le concours,
160 passer l'écrit que j'ai réussi d'ailleurs et j'ai échoué à l'oral. Mais ça remonte à plus
161 de 20 ans, est-ce que je te raconte presque 30 ans même ? Et... j'avais une cadre de
162 jour, enfaite, on n'avait pas de cadre de nuit et ils ont été surpris que j'avais réussi.
163 Parce que... on se disait qu'en étant de nuit, justement, on n'avait pas cette capacité
164 peut-être, parce qu'on était plus... On n'était pas dynamiques, enfin, on n'avait pas le
165 même dynamique que l'équipe de jour. Et... C'est vrai, ça me fait penser à ça. Et en
166 fait, je pense que c'est... En fonction de la volonté du soignant, j'ai envie de te dire
167 que... la personne qui est de nuit, si elle veut évoluer, il faut qu'elle ait envie
168 d'évoluer. Est-ce que vraiment, en tant que cadre de nuit, on va pousser cette
169 personne à... si elle a envie elle évoluera, si elle n'a pas envie, elle va continuer son
170 train-train habituel. Je pense... Je pense.... Tu vois... Enfin, je ne sais pas si je me suis
171 fait comprendre, mais je pense que même la présence d'un cadre de nuit ne va pas
172 forcément... motiver des gens à évoluer, sauf si la personne a vraiment envie.

173 [Comment tu évaluerais l'impact de ton encadrement sur leur développement](#)
174 [professionnel et leur autonomie ?](#)

175 L'impact. Quel impact que je peux avoir ? Je pense que sincèrement, le seul impact
176 qu'on peut avoir sur l'équipe de nuit, c'est la crainte... C'est la crainte qu'on leur dise
177 de passer de jour parce qu'il y a tel problème ou que ci ou que ça. Je pense
178 sincèrement, qu'il faudrait pas que les gens restent de nuit toute une carrière. Je pense
179 qu'il faudrait qu'ils ..., mais que ça soit institutionnel, bien évidemment. Les gens ne
180 restent pas de nuit justement pour ne pas se complaire dans ces habitudes. Et la
181 présence d'un cadre peut-être, peut-être, effectivement, donnerait envie sûrement à
182 des gens puisqu'ils auraient des échanges plus réguliers. Ils auraient peut-être, oui.
183 Oui c'est possible... Après comme je te dis maintenant, je pense que les gens qui
184 passent de nuit, enfin pour moi, à mon âge, je pense qu'il y a deux cas de figures. Il y
185 a des gens qui passent de nuit parce que bon, ils ont déjà eu une carrière longue de
186 jour et que ils ont des fonctionnements, ils ont des choses à faire la journée. Donc ça
187 l'en permet de mieux gérer leur vie. Et il y a des personnes qui sont de nuit, parce
188 que, bah ben, ils vont faire un autre job la journée, ils font du libéral, ils font tout ça.

189 À mon époque, tu ne pouvais pas tellement faire ça, parce que bon, on était quand
190 même assez strict sur la loi. Mais je pense que les gens qui choisissent d'être de nuit,
191 c'est vraiment par, en tout cas, je parle en psychiatrie chez nous là haut, c'est parce
192 que, la plupart, hein, je pense aux filles que je connais, elles ont mis un place un
193 mode de vie et en étant de nuit ça leur permet de s'organiser. Est-ce que, réellement,
194 la présence d'un cadre continue, les pousserait, à plus, je ne suis pas sûr. Je ne suis
195 pas sûr. Je ne suis pas sûr que la présence d'un cadre en permanence motiverait plus
196 pour les choses. Après, peut-être, il y aurait plus de facilité pour accéder au formation
197 ou chose comme ça. Mais bon, je fais toujours un combat toujours un combat pour
198 les plannings, je parle de chez nous, c'est toujours un combat pour mettre les gens en
199 formations, il faut donner les repos avant, il faut donner les repos après. Peut-être que
200 le nombre aussi de soignants, peut-être aussi fait que, tu vois, il y a peut-être un
201 ensemble de choses qui font que, on n'arrive pas à avoir une dynamique un peu plus,
202 comment te dire ça, plus évidente quoi. Moi, sincèrement, je trouve que les équipes
203 de nuit ce sont des gens qui sont là, parce que, voilà, ils n'ont pas envie,
204 spécialement, d'évoluer professionnellement, ils ne sont pas carriéristes, et bon, ils se
205 sont positionnés là, ils font leur petite vie, ils assurent dans leur boulot. Et voilà, je
206 pense, peut-être que je me trompe, mais c'est le sentiment que j'ai. Mais parfois
207 venant d'agent ayant travaillé de jour oui, il y a deux agents de nuit, qui sont allés,
208 qui sont allés en séjour, tu vois, Jim, en l'occurrence et Raïssa de nuit, et bien, ils
209 étaient partant et ils ont fait le séjour thérapeutique donc non, effectivement, peut-
210 être qu'avec une autre dynamique, avec plus de soignants. Donc, c'est pourquoi je te
211 dis, moi, je te parle de la situation que je vis dans la mesure où, même si on essaye de
212 mettre en place des choses, du fait qu'il n'y ait pas de cadre, ah oui, tu vois, moi,
213 même je réalise, que je suis en train de dire. Je réalise ce que je suis en train de dire.
214 Du fait qu'il n'y ait pas de cadre, voilà, ce que ça donne. Ouais, ouais, ouais, tu vois ?
215 Une bonne analyse. Moi, même, je réalise que ce que je suis en train de dire, du fait
216 qu'il n'y ait pas de cadre, eh bien les choses ne sont pas faites. Ouais, ouais, ouais.
217 Ouais, ouais, non, c'est pas mal. Tu pourras mettre ça en conclusion (rire) Enfin,
218 voilà, bin finalement la cadre qui disait que, en étant de nuit, peut-être que ça ne
219 motiverait pas, je suis en train de réaliser, qu'effectivement, peut-être que la présence
220 d'un cadre serait effectivement bénéfique et pousserait les gens à faire les choses.
221 Mais encore une fois, encore une fois, il faut avoir le bâton pour le faire, tu vois ?

222 Mais peut-être qu'en commençant avec le bâton, au fur et à mesure les gens
223 s'investiraient plus et voudraient faire autre chose pour le coup.

224 Oui, ça y est nous avons terminé, Mais sinon, juste un dernier petit truc, étant donné
225 que tu es cadre de jour qui travaille aussi de nuit, toi en tant que personne, comment
226 qualifierais-tu cette situation ?

227 Alors oui, pour moi, c'est compliqué. Honnêtement c'est compliqué parce que
228 justement, je ne connais pas les agents, je n'arrive, je n'ai pas le temps, ou je n'arrive
229 pas pour le coup à avoir cette approche que le cadre doit avoir avec les soignants. On
230 est dans l'observation, on voit comment la personne fonctionne, parce qu'on est
231 obligé d'apprendre à analyser les gens. Du coup, les agents de nuit, tu n'as pas ce
232 temps. Sauf si tu les as connus de jour. Mais pour le coup, pour moi, j'ai l'impression
233 de faire du mauvais travail et pour le coup. Quand je viens évaluer les agents, qu'est-
234 ce que je peux mettre concrètement ? Je peux analyser quoi ? Pas grand-chose,
235 comme je te dis, je me base sur les transmissions, je me base sur ce qui a été fait dans
236 la nuit, je me base sur... Il n'y a pas eu de souci, il n'y a eu un souci avec tel patient
237 quel agent était là, comment il a pu gérer la chose. C'est comme ça que j'évalue. Tu
238 vois ? Je n'ai pas d'élément concret pour les évaluer. Donc, je me contente du
239 patient, du ressenti du patient. C'est ça, c'est tout. Mais effectivement, pour moi, c'est
240 un souci d'être sur l'équipe de nuit. De plus, j'ai l'appartement thérapeutique, l'intra,
241 plus équipe de nuit. Au moins, ça fait beaucoup. Ça fait beaucoup, c'est lourd. Et
242 pour moi, je ne fais pas un travail efficient avec l'équipe de nuit. Je ne fais pas un
243 travail efficient.

244

245 J'en suis consciente, je t'assure. J'en suis consciente. Et quand je les évalue, mais je
246 leur dis, vous savez je vous évalue, mais je ne vous connais pas plus que ça. Je me
247 contente de ce que vous me dites, de ce que les collègues disent, parce que, bon, moi,
248 je te connais, tu as travaillé la journée. Je sais que tu es rigoureux, je sais que tu es
249 ici, je sais que tu es ça. Mais concrètement, je ne les connais pas dans le travail. Je ne
250 peux pas dire que je les connais. Tu vois ? Et ça, c'est dommage. Et c'est pour cela
251 que je me dis que, il faudrait qu'il y ait un cadre de nuit. Tu vois, pour arriver à ça, je
252 suis partie en te disant que... Je ne pense pas que... Mais je ne pense que je me fie
253 justement, à cette approche que j'ai moi de la nuit, à distance. Oui. Mais c'est peut-

254 être parce que, finalement, je n'ai pas assez justement de contact de liens avec eux,
255 que je dis ça, au départ. Pour moi, le travail que je fais n'est pas efficient, parce que,
256 enfin, je ne connais pas les gens de nuit. Je les connais comme ça. Je ne les connais
257 pas plus que ça. Tu vois ? Oui. Et donc, effectivement, peut-être qu'il faudrait un
258 cadre de nuit pour les motiver et pour leur donner envie pour... Ouais, Ouais, ouais,
259 ouais, très bien.

260 [Merci beaucoup Joanna, pour ce moment d'échange.](#)

261 Merci et à bientôt.

ANNEXE 3 : Tableau des verbatim

Nom /Fonction / Année d'ancienneté /Spécialité	Management	Compétence	Dynamique d'équipe
Joanna Cadre de Santé depuis 2015 Avant 2 ans de faisant fonction de nuit Psychiatrie Cadre de jour avec gestion équipe de nuit	Rôle et approche managériale auprès personnel de nuit “la relation est plutôt à distance” (I.12) “on essaie de mettre en place des réunions” (I.13) “ce n'est pas assidu car il faut travailler la journée et revenir la nuit” (I.14) “le management n'est pas aussi proche que celui qu'on peut avoir de jour” (I.15) “mais si tu n'as pas cette volonté tu n'es pas dedans” (I.135) Difficultés rencontrées dans l'encadrement équipes de nuit “La présence et l'investissement” (I.19) “l'investissement des infirmiers de nuit n'est pas le même que celui de jour” (I.20) “je me suis déjà questionnée lorsque je fais les évaluations” (I.24) “je fais les évaluations mais je me dis sur quoi je peux les évaluer puisque je ne les vois pas fonctionner” (I.26) “le cadre de nuit est à distance” (I.51) “ce n'est pas intéressant de m'occuper de l'équipe de nuit, parce que je ne suis pas présente, assez présente...mais comment faire” (I.85) “c'est un frein parce que je ne les vois pas souvent” (I.88) “de temps en temps on fait une réunion pour apporter des éléments d'information” (I.91) “j'ai l'impression de faire du mauvais travail” (I.213) Soutenir et accompagner dans pratique quotidienne “en les écoutant, leur permettant d'accéder à	Compétence IDE de nuit “la responsabilité” (I.102) “l'engagement” (I.103) “puisse être opérationnel en fonction des situations” (I.105) “plus de responsabilité dans le sens où on est seul et qu'on doit faire les choses” (I.142) Accompagnement du développement professionnel et montée en compétence “par des formations, bien évidemment on propose des formations” (I.108) “en fait c'est l'échec à chaque fois parce qu'ils me disent oui mais à aucun moment il n'y a une volonté réelle de le faire” (I.112) “les faire monter en compétences ça serait revenir un peu de jour pour se remettre dans cette dynamique” (I.114) “peut-être qu'il faudrait un cadre de nuit pour les motiver et pour leur donner envie” (I.236) Principaux obstacles à l'évolution professionnelle “quand on est de nuit on est un peu dans les habitudes de fonctionnement” (I.117) “le principal obstacle c'est cette habitude, ce fonctionnement” (I.139) “on se complait dans une certaine habitude” (I.143) “c'est possible que le manque d'encadrement plus présent joue” (I.144) “on n'était pas dynamique, enfin, on n'avait pas la même dynamique que	Défis spécifiques “d'assurer sur une urgence vitale en étant en nombre restreint” (I.62) “gérer une situation en étant en équipe restreinte” (I.64) Encourager la communication et la collaboration “en mettant ensemble des gens qui s'entendent, qui se comprennent. Des gens qui ont à peu près les mêmes expériences” (I.72) “en organisant des réunions bien évidemment, laisser les gens parler, s'exprimer” (I.74) “rencontrer, voir avec eux leurs difficultés, voir ensemble ce qu'on peut mettre en place” (I.75) “mais l'implication n'est pas la même à mon sens” (I.92) Renforcer la cohésion et sentiment d'appartenance “la cohésion c'est une de mes valeurs” (I.78) “c'est beaucoup par les discours, par les rencontres” (I.78) “parler le même langage, un langage commun” (I.79) “est-ce qu'on peut dire maintenant que les gens ont un sentiment d'appartenance” (I.80) “on est là pour les patients” (I.81) Perception de l'impact de votre encadrement “je ne le vois pas” (I.97) “peut-être sur les demandes de formations” (I.97) “mais les agents je ne les vois pas...du moins pas comme je le voudrais” (I.98) “dure de te répondre” (I.98)

	des formations lorsque c'est possible" (I.34) "l'accompagnement que je leur apporte c'est vraiment en fonction de leur demande" (I.36) "on n'a pas l'occasion d'échanger suffisamment sur leur peur, leur crainte parce qu'au final on ne les voit que pour les évaluations" (I.89/90) "de temps en temps on fait une réunion pour apporter des éléments d'information sur l'institution" (I.91) "c'est compliqué, parce que justement je ne connais pas les gens, je n'arrive, je n'ai pas le temps ou je n'arrive pas pour le coup à avoir cette approche que le cadre doit avoir avec les soignants" (I.208/210) "je ne fais pas un travail efficient avec l'équipe de nuit" (I.221) Qualité du cadre de nuit "connaître le travail de nuit" (I.39) "la confiance parce que lorsqu'une équipe de nuit tu ne les vois pas travailler il faut avoir une certaine confiance" (I.44) "je ne sais pas...c'est les mêmes que celles de jour pour le coup" (I.56)	l'équipe de jour" (I.151) "en fonction de la volonté du soignant" (I.152) "la personne qui est de nuit, si elle veut évoluer, il faut qu'elle est envie d'évoluer" (I.153) "si elle n'a pas envie, elle va continuer son train-train habituel" (I.155) "un combat pour les plannings...c'est toujours un combat pour mettre les gens en formation" (I.181/182) "peut-être que le nombre aussi de soignants" (I.183) "ils n'ont pas envie spécialement d'évoluer professionnellement, ils ne sont pas carriéristes" (I.187) L'impact de votre encadrement sur leur développement professionnel et autonomie "le seul impact qu'on peut avoir sur l'équipe de nuit est la crainte...crainte...de passer de jour parce qu'il y a tel problème" (I.162) "peut-être que la présence d'un cadre serait effectivement bénéfique et pousserait les gens à faire les choses" (I.200/201) "mais je leur dis, vous savez je vous évalue mais je ne vous connais pas plus que ça" (I.225)	
Marie Cadre de santé depuis 15	Rôle et approche managériale auprès personnel de nuit "mon rôle je le vois vraiment comme un accompagnement" (I.5) "être un repère" (I.6) "on travaille souvent en autonomie" (I.7) "instaurer un climat de confiance, d'être disponible quand ça ne va pas" (I.8) "essentiel d'être une présence rassurante" (I.9) "malgré	Compétence IDE de nuit "ils sont très autonomes" (I.34) "une grande autonomie" (I.61) "le relationnel" (I.62) "savoir gérer les urgences et tous les imprévus" (I.61) "savoir se préserver, connaître ses limites" (I.63)	Défis spécifiques "la fatigue, bien sur qui joue sur l'humeur et la disponibilité" (I.36) "la solitude face aux décisions" (I.36) "une solidarité très forte dans l'équipe" (I.37) "des tensions parfois dues à l'accumulation ou le sentiment d'injustice par rapport au jour" (I.39)

ans Gériatrie Depuis 3 ans cadre de nuit	<i>la distance</i>” (I.9) Difficultés rencontrées dans l’encadrement équipes de nuit <i>“la première difficulté, c’est l’isolement” (I.13)</i> <i>“redoubler d’efforts pour créer du lien, transmettre l’information” (I.15)</i> <i>“les situations d’urgence à gérer seul sans l’appui immédiat de collègues ou de la hiérarchie de jour” (I.17)</i> Soutenir et accompagner dans pratique quotidienne <i>“l’échange informel” (I.21)</i> <i>“je passe les voir, je prends le temps d’écouter, même cinq minutes” (I.21)</i> <i>“fais en sorte de leur donner un retour sur ce qui est transmis le jour” (I.23)</i> <i>“j’essaie d’être un lien” (I.24)</i> <i>“je me déplace en journée pour recueillir les informations” (I.25)</i> Qualité du cadre de nuit <i>“je dirai la discrétion, la fiabilité et aussi la capacité à créer du lien” (I.30)</i> <i>“d’écouter sans juger, de soutenir” (I.32)</i> <i>“l’humilité aussi parce que les professionnelles de nuit savent ce qu’ils font” (I.32)</i>	Accompagnement du développement professionnel et montée en compétence <i>“je les encourage à formuler leurs besoins” (I.66)</i> <i>“parle des possibilités de formation” (I.66)</i> <i>“transmets auprès des directions” (I.67)</i> <i>“je prends le temps de les écouter et récupérer leur demande” (I.68)</i> Principaux obstacles à l’évolution professionnelle <i>“les contraintes horaires pour les formations” (I.67)</i> <i>“le manque de visibilité, ils sont souvent oubliés” (I.72)</i> <i>“considérés comme moins disponible” (I.73)</i> <i>“la fatigue” (I.74)</i> <i>“la difficulté à sortir du rythme” (I.74)</i> L’impact de votre encadrement sur leur développement professionnel et autonomie <i>“je le vois dans ce que j’aperçois” (I.79)</i> <i>“certains osent plus” (I.79)</i> <i>“viennent me voir pour évoquer leur projet” (I.80)</i> <i>“ce sont des petits signes mais très parlant”(I.81)</i>	Encourager la communication et la collaboration <i>“même si je n’ai pas beaucoup de temps, j’essaie toujours de passer les voir et de discuter” (I.42)</i> <i>“j’aime mettre en avant ce qu’ils font” (I.43)</i> <i>“je n’hésite pas à poser un moment à part” (I.45)</i> Renforcer la cohésion et sentiment d’appartenance <i>“j’essaie de mettre en avant leur rôle” (I.48)</i> <i>“qu’ils soient intégrés aux projets” (I.50)</i> <i>“qu’ils sentent qu’ils comptent, qu’ils sont utiles” (I.51)</i> <i>“ils ont souvent le sentiment d’être à part” (I.53)</i> Perception de l’impact de votre encadrement <i>“quand les professionnels sentent qu’on est là pour eux, qu’on les soutient vraiment ça change tout” (I.57)</i>
---	---	---	--

Sébastien Cadre de santé depuis 2017 Psychiatrie 2 ans faisant fonction de nuit avant Actuellement de jour avec gestion équipe de nuit	Rôle et approche managériale auprès personnel de nuit <i>"il faut accompagner les équipes" (I.7) "il faut organiser les soins de la nuit" (I.8) "anticiper l'arrêt maladie" (I.12) "ce n'est pas un management directif" (I.17) "je suis plus dans la collaboration" (I.17) "quand il faut imposer, je vais imposer" (I.18) "je préfère que tout le monde puisse se sentir concerné par l'objectif" (I.21)</i> <i>"c'est un management adaptatif" (I.95)</i> Difficultés rencontrées dans l'encadrement équipes de nuit <i>"c'est vraiment sur l'organisation" (I.28) "il faut accompagner, expliquer, je dirais limite l'intérêt de leur participation et aussi montrer qu'eux aussi font partie du service" (I.32) "je dirais que c'est plus par rapport au changement" (I.34) "il y a aussi la réglementation et que je ne peux pas non plus me mettre en difficulté" (I.43)</i> <i>"c'est qu'il y a des missions transversales, quand on est de nuit on a du mal à y participer" (I.127)</i> Soutenir et accompagner dans pratique quotidienne <i>"je suis proche des agents" (I.38) "je communique beaucoup avec eux" (I.39) "je reste disponible" (I.40) "j'essaye de faire en sorte avec les agents de trouver les solutions,</i>	Compétence IDE de nuit <i>"je pense qu'il faut avoir une certaine expérience" (I.101) "il faut qu'elle soit vraiment autonome" (I.103) "reconnaître les signes d'agitation, les signes d'hallucination" (I.104) "pour orienter les médecins, pour qu'ils puissent réajuster la prise en charge" (I.104/105) "travailler en collaboration" (I.106) "des transmissions infirmières et des transmissions ciblées." (I.110)</i> Accompagnement du développement professionnel et montée en compétence <i>"mais ça c'est par la formation" (I.117) "c'est que la formation qui permet de...la formation ou l'immersion dans les autres unités" (I.118) "il y a des formations institutionnelles" (I.121) "des agents qui voient certaines choses, des choses dont ils ont besoin pour s'améliorer" (I.122) "on peut s'orienter sur les formations afin qu'ils puissent monter en compétences" (I.128)</i> Principaux obstacles à l'évolution professionnelle <i>"les agents ne sont pas nombreux, donc quand du coup il faut quelques fois libérer un agent pour une formation, c'est un peu complexe" (I.132)</i> L'impact de votre encadrement sur leur développement professionnel et autonomie	Défis spécifiques <i>"la seule chose qui va différencier, ce sont les admissions de nuit" (I.64) "et bien souvent la nuit il n'y a pas de cadre de nuit, il n'y a pas d'infirmières d'accueil" (I.66) "quand il manque un certificat" (I.69)</i> Encourager la communication et la collaboration <i>"c'est super important de dire pour la prise en charge des patients, s'il n'y a pas de communication par rapport aux nuits c'est compliqué" (I.74) "c'est important pour la prise en charge du futur" (I.77) "lors des réunions d'équipe pour passer les messages" (I.164) "je fais des réunions la nuit pour rencontrer que le personnel de nuit parce qu'ils se sentent plus concernés" (I.165)</i> Renforcer la cohésion et sentiment d'appartenance <i>"montrer qu'eux aussi font partie du service" (I.33) "il y a des réunions, des réunions d'équipe" (I.80) "même si c'est difficile des fois pour les équipes de nuit, d'y participer la journée mais c'est important qu'ils puissent venir" (I.80/81) "qu'il y a deux équipes et deux services mais 2 équipes dans un seul service" (I.82) "il y a aussi les activités thérapeutiques et ils sont aussi conviés à y participer" (I.83)</i> Perception de l'impact de votre encadrement <i>"Bien, motiver et l'intérêt" (I.86) "la certification cela permet d'évaluer notre manière de faire, nos manières de faire, de se remettre en question" (I.88) "si les agents ne</i>
--	---	--	---

	que ce soit dans leur problème perso” (I.40) “c’est très important d’être proche de ces agents” (I.53) “parce qu’après je ne dis pas que tu peux demander n’importe quoi mais c’est plus facile” (I.54) Qualité du cadre de nuit “la bienveillance, l’écoute, la disponibilité” (I.59)	Aucune réponse	sont pas impliqués ça montre aussi l’image du service, l’image de nos pratiques” (I.91)
Carole Cadre de santé depuis 2015 MCO Exerce depuis 3 ans comme cadre de nuit	Rôle et approche managériale auprès personnel de nuit “participatif mais en même temps descendant dans les informations” (I.35) “je manageais à distance parce qu’ils étaient sur des sites géographiquement éloignés” (I.37) “je donnais les informations, je les accompagnais” (I.38) “j’ai essayé de les inviter” (I.39) “un peu directif...je descendais les informations...puis participatif...je souhaitais qu’ils interviennent...” (I.41) Difficultés rencontrées dans l’encadrement équipes de nuit “c’était vraiment l’encadrement à distance” (I.46) “c’était avoir des équipes éparpillées” (I.47) “pour pouvoir être équitable, être disponible, à l’écoute et être sur le terrain c’était ça ma première difficulté” (I.48) “deuxième...le sentiment d’être un peu isolée, des projets, des projets de service, de ma participation” (I.50) “de mon isolement vis à vis de l’encadrement de jour” (I.52) “j’avais vraiment l’impression d’être invisible, d’être un encadrant invisible” (I.53) “on n’aimerait pas être à votre place, mais personne ne se soucie de nous” (I.55) “j’avais vraiment l’impression	Compétence IDE de nuit “des compétences relationnelles” (I.206) “une certaine autonomie” (I.208) “sera en capacité de réfléchir avec les outils qu’il a et de prendre les décisions” (I.211) “en capacité en termes de responsabilité” (I.212) “avoir une agilité intellectuelle de se dire je ne peux pas me reposer sur ma cadre de santé ...le médecin non plus” (I.214) “agilité intellectuelle qui lui permet de se sentir en confiance” (I.215) “avoir de la communication ne pas être dans une espèce de bulle” (I.217) “parce qu’elle peut-être un couteau suisse” (I.234) Accompagnement du développement professionnel et montée en compétence “l’observation sur le terrain mais de nuit c’est un peu compliqué” (I.222) “si on est assez fin en tant que manager et qu’on a le sens de l’observation” (I.224) “on n’est pas que dans la technique mais on est aussi dans l’observation du collaborateur qui est en face de nous” (I.226) “en les écoutant, on arrive à déceler quels sont leurs domaines de prédilection” (I.227)	Défis spécifiques “la collaboration, la cohésion, la communication” (I.106) “les équipes se connaissent mieux entre-elle de nuit” (I.108) “une cohésion entre elles les infirmières, les A.S.” “une connaissance du patient et aussi connaître les outils” (I.111) “pouvoir intervenir rapidement” (I.112) “défi de ne pas s’installer dans une zone de confort” (I.114) “c’est à dire de se couper de la dynamique de l’établissement en termes de projets” (I.115) “on peut se dire que je vais privilégier ma santé, le travail que je fais, en dépit de mon inclusion au sein du groupe, au sein de l’établissement” (I.117) “pour ne pas être complètement déconnecté et se satisfaire de ce qu’ils ont de nuit” (I.121) Encourager la communication et la collaboration “Le parler, se parler” (I.126) “c’est partir de leur besoin” (I.127) “je les enjoignais à faire émerger des projets, des idées, inhérents à la nuit” (I.132) “pourquoi ne pas rédiger un petit article à faire paraître” (I.133) “pour avoir cette visibilité, cette reconnaissance personnelle, collective” (I.134) “d’échanger, mais d’échanger de manière constructive autour

d'être un petit maillon invisible, mais indispensable" (I.55) "sans nous....cela aurait été compliqué" (I.56) "la gestion à distance, l'invisibilité...un manque de respect...on n'avait pas de réponse" (I.59-60)

Soutenir et accompagner dans pratique quotidienne

"je mise...sur la présence" (I.64) "prendre des temps privilégiés avec eux ...informel ou formel" (I.65) "à travers les réunions" (I.66) "pouvoir réunir deux équipes qui ne se rencontrent peu" (I.66) "privilégiais les temps physiques auprès d'eux" (I.67) "m'asseoir avec eux" (I.68) "d'entendre ce qu'ils ont à me dire" (I.69) "pas forcément être moi descendante mais être à l'écoute" (I.70) "être aussi leur intermédiaire" (I.71) "être une oreille attentive" (I.74) "attentive que ce soit de manière collective ou individuelle" (I.75) "on discutait, on devisait...voilà de la vie en général" (I.77) "j'étais là pour ceux qui souhaitaient me rencontrer de manière individuelle" (I.78) "mon bureau était ...un endroit privilégier pour échanger" (I.80) "de l'écoute, de la bienveillance et être l'interface avec le jour" (I.81)

Qualité du cadre de nuit

"être résistant" (I.86) "on n'avait pas autant de ressources que le jour" (I.91) "faire preuve d'astuce, d'autonomie, de réactivité" (I.92) "être confiant" (I.92) "être rapide dans notre réflexion" (I.93) "autonomie qu'on acquiert très vite parce qu'on est seul" (I.95) "je dis vraiment être autonomes, résistant et en même temps ne pas manquer de qualité humaine" (I.97)

"c'est en écoutant, en observant donc, puis on leur disant, à eux de ce dont ils ont besoin" (I.237) "les agents devaient être formés" (I.240) "les compétences individuelles peuvent être décelées lorsqu'on échange, lorsqu'on parle, lorsqu'ils me relatent" (I.242) "à partir de là je les accompagne, soit dans le cadre des formations institutionnelles, soit dans le cadre des entretiens annuels" (I.246) "lorsqu'on arrive à faire émerger...le public aide -soignant...qui a souvent tendance à se dévaloriser...pour qu'il parle de son métier" (I.319/323) "je lui ai dit : on va faire les choses" (I.326)

Principaux obstacles à l'évolution professionnelle

"ça peut être l'encadrement" (I.249) "on n'a pas saisis le poste qu'on a, qu'on est vraiment l'interface avec le jour et qu'on ne relaye pas les informations, qu'on ne soit pas ce relais, on peut être un obstacle" (I.251) "si on reste dans son champ d'action de nuit et qu'on ne se rend pas visible pour les équipes on peut être un obstacle" (I.252) "l'agent lui-même un obstacle aussi" (I.253) "zone de confort, à ne pas vouloir aller un peu plus en avant" (I.255) "cette invisibilité" (I.261) "l'encadrement qui n'est pas engagé dans cet accompagnement là" (I.262) "par démotivation" (I.264) "d'avoir suivi les protocoles et qu'en retour il n'y a aucune réponse" (I.265) "vous parlez de

d'un projet qui peut les faire rayonner au sein de l'établissement" (I.138) "avoir une valorisation personnelle et collective" (I.139)

Renforcer la cohésion et sentiment d'appartenance

"je les invite vraiment " (I.143) "ils me disent oh ça ne sert à rien d'envoyer des mails ou d'appeler" (I.144) "j'étais leur intermédiaire" (I.146) "poursuivre, d'envoyer des mails pour justement garder ce lien là" (I.148) "travailler autour d'un projet il n'y a pas plus fédérateur" (I.149) "aussi petit soit-il aussi humble soit-il" (I.149/150) "confronté à des profils qui sont très réfractaire au changement" (I.155) "ils n'en ont pas envie parce que ça ne les intéresse pas, ils n'en ont pas envie parce qu'ils sont proche de la retraite" (I.158) "je parle de ces équipes qui sont mobilisables, après ceux qui sont réfractaires je ne vais pas me battre contre un mur" (I.160) "je vais travailler avec ceux qui ont envie" (I.161) "c'est une adaptabilité auprès des agents et des profils" (I.166) "l'équipe de nuit est plutôt réfractaire au changement mené par un individu"(I.174)

Perception de l'impact de votre encadrement

"comme j'ai un leader négatif, l'impact est négatif" (I.175) "des personnes qui me disent : il n'y a pas de souci pour moi à ce niveau. J'apprécie la manière dont vous fonctionnez, assez exigeante en même temps juste et même temps mobilisateur " (I.177/178) "l'impact est plutôt positif à partir du moment où l'encadrement est en mesure de se remettre en question et de réfléchir aux profils qu'elle a en face de lui" (I.184) "on ne peut pas transférer

	<i>“prendre le temps d’écouter les équipes vraiment” (1.99)</i>	<i>formation...ils disent ça ne sert à rien car on demande et on ne me donne pas” (1.266/268) “vous avez peut-être une situation d’ordre privé qui embolise, qui parasite et qui fait qu’il n’y a pas d’impact pour l’instant” (1.286)</i> L’impact de votre encadrement sur leur développement professionnel et autonomie <i>“quand ils reviennent vers moi avec des projets” (1.273) “dans mon observation, je vois que si j’ai pointé un axe d’amélioration” (1.275) “je vois qu’il y a des efforts qui ont été fait” (1.276) “ils reviennent avec des propositions autre que ce que j’avais demandé” (1.276) “quand je suis moi aussi peut-être force de propositions” (1.277) “lorsqu’ils m’écrivent, quand ils reviennent vers moi et que ça a un peu cheminé” (1.280) “disent : je ne suis pas prêt tout de suite mais voilà est ce que vous avez des informations” (1.281) “lorsque j’observe et sur le terrain et dans leur cheminement” (1.282)</i>	<i>d’une équipe à une autre une manière de fonctionner” (1.185) “je suis entrain de revoir ma stratégie vis à vis de l’équipe de nuit” (1.190) “c’est à moi tout en maintenant un certain cadre pour que chacun puisse s’y retrouver à m’adapter aux profils individuels” (1.194) “je n’irai nulle part parce que je ne peux aller nulle part sans eux” (1.195)</i>
--	--	---	--

Noé Faisant fonction cadre de santé de nuit Depuis février 2022 MCO / Psychiatrie Gestion équipe faite par cadre de jour	Rôle et approche managériale auprès personnel de nuit <i>“un qu'on gère sur place et l'autre qu'on gère à distance par téléphone” (I.18) “il est assez complet et assez différent en fonction des services” (I.22) “on a le rôle de Bed manager” (I.24) “on a un rôle d'optimisation des lits” (I.28) “ça va de la question sur le planning, à la question sur la paye...comment dire de l'encadrement très administratif” (I.34) “on se fait des transmissions avec plusieurs cadres de nuit” (I.44) “déjà de savoir apaiser les tensions” (I.83) “notre rôle est effectivement de faire entendre cette parole-là” (I.132) “c'est nous qui faisons le lien parce qu'au delà de ça ce sont des mails ou des formations ou des réunions auxquelles les gens de nuit n'assistent pas” (I.240)</i> Difficultés rencontrées dans l'encadrement équipes de nuit <i>“la distance” (I.38) “mais je ne suis pas réellement le cadre fonctionnel des équipes de nuit” (I.39) “on est tiraillé entre ce que l'administration nous demande, les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et bien souvent tous les uns contre les autres” (I.58) “ils nous ont surnommés les fantômes” (I.129) “alors ce qui est déploré par les équipes, mais bien souvent, les cadres de jour ne voient leurs agents de nuit que pendant l'entretien annuel” (I.234)</i> Soutenir et accompagner dans pratique quotidienne <i>“pour moi l'écoute active” (I.42) “me poser avec les équipes de faire service par service”</i>	Compétence IDE de nuit <i>“la compétence essentielle, je dirais que c'est l'autonomie” (I.174) “d'avoir aussi plus de vigilance” (I.176) “ce côté débrouillardise qui est primordial” (I.180) “une nécessité aussi de savoir s'organiser” (I.180) “savoir gérer ses priorités” (I.181) “être fin que ce soit dans ce qu'on peut observer et dans les soins et dans les transmissions” (I.182) “le travail en équipe” (I.182) “pouvoir agir et réagir” (I.184)</i> Accompagnement du développement professionnel et montée en compétence <i>“j'essaie d'être au maximum dans la communication et de connaître les agents avec qui je travaille” (I.188) “j'ai un côté un peu observateur” (I.189) “j'essaie vraiment de mettre en place une surveillance” (I.189) “on a un échange entre nous” (I.191) “où on essaye un maximum : “voilà quelle personne a une appétence ou a déjà une expérience dans tel ou tel domaine, a déjà un D.U. par exemple ? Est-ce qu'on peut lui proposer une formation ? Est-ce qu'elle pourrait être référente ?” (I.193/195) “à l'inverse voilà là on a observé quand même des problématiques de gestion et de prise en charge dans une situation. Bah voilà est ce qu'on pourrait l'envoyer en formation ? Et pourquoi pas elle-même par la suite devenir référente” (I.196/198) “c'est aussi ce qu'on essaie de valoriser” (I.200)</i> Principaux obstacles à l'évolution	Défis spécifiques <i>“la principale problématique du travail de nuit c'est la solitude” (I.70) “les équipes sont quand même plus restreintes qu'une journée” (I.73) “travail en équipe primordial” (I.78) “cette solitude dans chaque service” (I.78) “on se sent isolé” (I.79) “à tourner toujours avec les mêmes personnes” (I.79) “on ne peut pas travailler les uns avec les autres si on ne se fait pas confiance” (I.94)</i> Encourager la communication et la collaboration <i>“les équipes ne me dirons rien si elles ne me font pas confiance” (I.95) “les gens se sentent...assez libre pour me dire on a une problématique” (I.99) “il faut travailler ensemble et que pour travailler ensemble qu'on s'entend ou pas il faut réussir à communiquer” (I.109) “j'essaie d'engranger cette communication et de solliciter les gens” (I.111) “je dis ; on revoit ensemble pour améliorer notre communication et faire en sorte que ça se passe mieux” (I.114) “en tout cas voilà, on s'écoute, on s'entend. D'écouter tout un chacun” (I.115)</i> Renforcer la cohésion et sentiment d'appartenance <i>“elle n'est pas facilitée souvent par notre direction et par les encadrements parce que l'écrasante majorité des réunions sont faites à 14h” (I.121) “ce sentiment : personne ne nous voit, personne ne nous écoute” (I.129) “le sentiment d'appartenance du coup égal 0” (I.130) “le sentiment d'être inclus dans les décisions et dans les choses, idem 0” (I.131)</i>
---	--	--	--

	(I.43) “on va voir les équipes : comment ça va, qu’est ce qui se passe” (I.45) “on peut se permettre de guider effectivement et de conseiller et de faire faire aux gents ce dont on a besoin qu’ils fassent aussi parce qu’on les écoute” (I.50/51) Qualité du cadre de nuit “j’évoquerai la qualité d’écoute” (I.54) “écouter les arguments de chacun” (I.61) “tirer vers un objectif commun” (I.62) “de l’organisation, de l’écoute, connaître les difficultés de chacun” (I.64) “ça dépend de notre capacité à écouter et prendre en compte les difficultés et les possibilités de chacun” (I.65)	professionnelle “alors les principaux obstacles c’est déjà la disponibilité” (I.206) “donc déjà prévoir des formations mais enfin quelles qu’elles soient j’ai envie de dire c’est assez compliqué” (I.209) “je pense que les gens ne manquent pas forcément d’ambition” (I.210) “car très compliqué de libérer une personne pour les formations de plusieurs jours” (I.212) L’impact de votre encadrement sur leur développement professionnel et autonomie “développer l’autonomie” (I.217) “je dirais que ça porte ses fruits de par les retours qui nous sont fait des équipes” (I.224) “à force d’en parler entre guillemets ils se disent : bah tiens oui effectivement moi ça m’intéresse” (I.230) “l’impact c’est notre communication, notre écoute et notre observation” (I.232)	“les agents de nuit ont tendance à garder les choses pour eux” (I.133) “que l’on apprenne en se déplaçant en questionnant sur comment ça va” (I.138) “voir, écouter, entendre les équipes et de pouvoir avoir un retour à leur faire de la part d’un membre de la direction” (I.143) “l’écoute et le partage d’information ascendante ou descendante” (I.144) Perception de l’impact de votre encadrement “nous allons faire un travail, nous allons faire un protocole, nous allons le proposer à la direction” (I.158) “et du coup les équipes sont effectivement beaucoup plus impliquées du fait qu’on les entend, qu’on les écoute et qu’on leur donne la parole” (I.159) “les gens se sentent du coup mis en valeur parce qu’ils interviennent au nom de la direction et au nom de l’hôpital” (I.166)
Jérémy Cadre de santé Depuis 2013 MCO Cadre de nuit Gestion équipe faite par cadre de jour	Rôle et approche managériale auprès personnel de nuit “on ne fait pas les plannings, ce sont les cadres de jours qui s’occupent des plannings” (I.10) “on n’a pas d’équipe à gérer parce qu’on gère l’hôpital” (I.11) “alors on est dans le management aussi parce que quand les choses ne vont pas” (I.16) “on est plutôt dans du généraliste que dans de la gestion pure” (I.17) Difficultés rencontrées dans l’encadrement équipes de nuit “cela fait que 90% des équipes de nuit ne voient pas leur cadre titulaire” (I.22) “on a aucun pouvoir de management sur les équipes” (I.23)	Compétence IDE de nuit “cette capacité d’adaptation” (I.162) “un infirmier de nuit il faut qu’il soit autonome” (I.164) “une capacité d’adaptation” (I.165) “c’est d’abord l’autonomie” (I.275) “adaptation, faut qu’il soit capable de s’adapter à toutes les situations” (I.276) “savoir demander de l’aide” (I.277) “ne jamais être dans les habitudes” (I.278) Accompagnement du développement professionnel et montée en compétence “on fonctionne avec les questions posées” (I.284) “quand on passe dans les services,	Défis spécifiques “c’est de s’occuper des patients du mieux qu’on peut avec les moyens qu’on a” (I.155) “chaque nuit est différente, chaque situation, chaque patient est différent” (I.174) “la nuit tout peut être majorée chez le patient” (I.175) Encourager la communication et la collaboration “Après, bien sûr, on tente de gérer comme on peut, parce que c’est toujours pareil, c’est en fonction de la situation : situation conflictuelle entre agent ou avec un patient. Mais au bout d’un moment je tranche parce que les gents ne sont plus dans une posture rationnelle”

“quand il y a des problématiques d'équipes, on les transmet au cadre du service en essayant d'être le plus factuel possible” (I.25) “l'une des difficultés c'est de ne pas prendre la place du cadre de jour” (I.28) “à quel moment on est censé s'arrêter dans l'autorité, en mode mission d'autorité par rapport aux cadres de jour”

(I.30) “mais je lui dis : je n'ai pas d'autorité sur tes personnels” (I.35) “quand vous avez les équipes infirmières et de soignants qui vous tombent dessus en disant oui y'en a marre on ne voit pas notre cadre” (I.39) “grosse problématique du personnel de nuit qui ont le sentiment de ne pas être compris par les personnels de jour” (I.48) “voilà on est seul pour prendre une décision, au bout d'un moment j'ai cette autorité là je la prends” (I.94)

Soutenir et accompagner dans pratique quotidienne

“c'est en fonction de la difficulté” (I.64) “c'est en fonction de la situation, en fonction de la problématique” (I.65) “plus le fait que tu m'as appelé et que j'ai donné mon autorisation” (I.74) “il faut être factuel et avoir du bon sens” (I.96)

Qualité du cadre de nuit

“adaptabilité, autonomie, force de caractère et réflexion” (I.112) “prendre de la hauteur, la hauteur ça veut dire arrêter de réfléchir avec son bide, donc ses tripes. C'est réfléchir avec sa tête” (I.113/114) “il faut qu'il soit autant autonome que ses équipes” (I.125) “il faut qu'il soit autonome dans ses prises de décision” (I.129) “il faut être capable, un moment donné de poser, de savoir poser le

souvent ils sont avec une situation problématique sur un patient, ils nous en font part et puis on est là” (I.285) “donc j'encourage et je valorise et je les fais se questionner” (I.291)

Principaux obstacles à l'évolution professionnelle

“les obstacles à l'évolution ? Déjà la formation” (I.294) “le travail de nuit c'est compliqué d'envoyer les gens en formation” (I.295) “c'est qu'on considère qu'ils sont de jour donc ils perdent leur prime de nuit” (I.296) “formation qu'ils n'ont pas forcément demandée, parce que souvent c'est ça le problème. Ce sont les formations institutionnelles” (I.299) “et souvent les formations personnelles sont rarement données” (I.300) “tu te formes... mais pour quelle reconnaissance, bien pour aucune, C'est vrai. Donc, oui, on veut de la reconnaissance, la seule reconnaissance que je connais, c'est une reconnaissance financière, le personnel est formé, plus compétent donc cela devrait se ressentir sur le salaire...comme pour les cadres également (I.304)

L'impact de votre encadrement sur leur développement professionnel et autonomie

“je ne sais pas si c'est un impact mais ...les transmissions” (I.307/308) “je l'ai répété et expliqué, argumenté le bien fondé et ça marche” (I.308)

(I.206/209) “je sépare et ensuite je vais voir séparément chaque personne pour avoir les versions” (I.210) “et quand c'est un conflit qui éclate dans le binôme infirmier/aide-soignant le plus serait de séparer ce binôme” (I.215)

Renforcer la cohésion et sentiment d'appartenance

“ah bah ça c'est l'animation, c'est la gestion d'équipe, la dynamique d'équipe” (I.233) “normalement c'est au cadre qui est en charge de l'équipe en tant qu'évaluateur” (I.234) “après on essaye nous de notre côté d'apporter des fois des solutions parce que souvent vous avez des équipes qui sont dans la revendication” (I.236) “on comprend leur agacement, on comprend qu'ils ont le sentiment d'être abandonnés” (I.142)

Perception de l'impact de votre encadrement

“ils le verbalisent en disant heureusement que vous passez nous voir parce que si vous ne passiez pas nous voir on ne verrait personne” (I.243) “Si vous n'avez pas de cadre pour essayer de comprendre les difficultés, les problématiques de leur personnel. Il reste avec leur préjugé, il reste avec leur façon d'être, leur façon de faire, et leur savoir. C'est-à-dire, leur incompétence” (I.254/256) “c'est à dire qu'on n'est pas là, il n'y a personne qui est là pour leur dire attention ça que tu fais ce n'est pas bien” (I.257) “si vous n'avez pas de moteur qui est là régulièrement pour voir ce qu'il se passe bah les équipes sont plus ou moins livrés à elle-même” (I.260) “donc toute équipe est désireuse d'avoir un cadre” (I.273)

*cadre” (1.136) “le cadre de santé par rapport à
ça qu’il soit à l’écoute” (1.177) “vous leur
demandez est ce que ça va “ (1.178) “et souvent
vous avez des soignants qui ont du mal à
s’exprimer et là vous déclenchez des choses”
(1.181) “donc, est là en soutien” (1.191)*

ANNEXE 4 : Verbatim contrainte

CAROLE : *“entre le rythme qui est imposé, il y a notre corps, c'est-à-dire voilà, cette dizette de repos, de sommeil” (1.88) “d'avoir des heures sur papier, c'est 10 heures parce qu'on travaille en 10 heures, bien souvent on en faisait 12 heures”, (1.89) “on peut avoir des personnels dans une situation précaire”, (1.289) “peut-être aller mieux psychologiquement parlant, c'est-à-dire, prendre soin de soi, aller consulter un médecin, par exemple, voir un psychologue, peut-être faire un stop, parce que le travail est plus délétère qu'autre chose”, (1.290/292) “je me suis aperçue que les agents qui certes viennent pour des motifs privés, sont dans des situations familiales précaires” (1.294) “que les familles monoparentales, les familles avec des enfants en situations d'handicapes, embolisent leur esprit et que quelques fois, travailler de nuit permet aussi de s'échapper, mais aussi est un moyen de pouvoir s'occuper d'eux en journée.” (1.304/306)*

JOANNA : *“ la disponibilité physique, physiologique de la personne joue un rôle important” (1.58) “La vie est plus facile, mais physiologiquement, je ne suis pas sûr que ça soit plus facile”, (1.120) “On a moins de pression. On a moins de pression. Voilà, on a moins la pression institutionnelle” (1.126) “j'étais obligée de rester des heures après avoir terminé mon service pour pouvoir rencontrer les collègues, pour pouvoir discuter, pour pouvoir échanger.” (1.129/130) “De plus, j'ai l'appartement thérapeutique, l'intra, plus équipe de nuit. Au moins, ça fait beaucoup. Ça fait beaucoup, c'est lourd.” (1.220)*

SÉBASTIEN : *“que quand on travaille la nuit, comment le lendemain, après une nuit, on peut aller dans des réunions. Alors qu'on n'a pas encore récupéré, des fois, le soir, il faut retourner encore bosser. C'est compliqué.” (1.157/159)*

NOÉ : *“je dirai la charge de travail du cadre de jour...et la fatigue.” (1.242)*

Jérémy : *“les cadres de jour, c'est pareil, ils ne peuvent pas se démultiplier sur leurs horaires et être en permanence de 7h à 19h, pour être là pour le temps des*

transmissions du matin, le temps des transmissions de soir, on a tous une vie à côté.”
(I.54/56) *“Je commence à 19h et je finis à 5h du matin, ma collègue prend le relais, parce qu’elle a commencé à 21h, à 7h. A 7h du matin, quand on a fini, à 7h1, le téléphone peut sonner, moi, je ne réponds plus, parce que terminé où vous restez jusqu’à 8h, parce qu’il a fallu régler un problème d’absentéisme, c’est bon, moi, mon contrat, c’est 7h. Ah oui, puis, maintenant je n’ai plus d’état d’âme, c’est bon, avant je prenais l’appel, et puis, à 8h, à 9h, voilà, vous êtes encore là, et vous vous faites engueuler par votre cadre.”* **(I.218/223)** à propos du cadre de jour : *“mais vous essayez, ce n’est pas évident, parce qu’il faut organiser son temps de travail, faut aussi voir avec les “réunionite”, ou comment ne pas faire le boulot qui doit être fait”.* **(I.250/251)**

MARIE : *“c’est parfois lourd moralement”* **(I.17)** *“que cela joue sur mon capital sommeil”* **(I.27)**

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@23-24

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

MANAGEMENT DE NUIT : QUEL IMPACT SUR LES SOIGNANTS ?

ZOU CHANTAL

MOTS CLÉS

Management de nuit
Compétence infirmière
Cadre de santé

KEY WORDS

Night shift management
Nursing competence
Nurse manager

RÉSUMÉ

Ce mémoire explore l'impact du management exercé par le cadre de santé de nuit sur la montée en compétence des professionnels soignants. Face à une organisation hospitalière qui tend à marginaliser la fonction d'encadrement nocturne, l'étude interroge la place, la légitimité et l'efficacité de cette figure managériale. En s'appuyant sur une enquête qualitative menée auprès de cadres de santé exerçant en MCO et en psychiatrie, l'analyse met en évidence trois axes clés : le rôle du cadre dans la diffusion de l'information, dans le soutien au développement professionnel, et dans la dynamique d'équipe. Les résultats révèlent une tension entre la volonté des cadres de soutenir les équipes et les obstacles structurels qui limitent leur portée. Pourtant, lorsqu'il est incarné avec écoute, présence et engagement, le cadre de nuit devient un véritable moteur d'autonomisation, de valorisation et de professionnalisation. Ce mémoire plaide ainsi pour une reconnaissance institutionnelle renforcée de cette fonction.

ABSTRACT

This thesis investigates the impact of night shift nurse managers on the professional growth of healthcare workers. In a hospital system where night-time managerial roles are often overlooked or undervalued, the research questions the place, legitimacy, and effectiveness of these managers. Drawing on a qualitative study involving interviews with nurse managers working in both medical-surgical care and psychiatry, the analysis focuses on three central dimensions: the transmission of information, support for professional development, and the fostering of team dynamics. The findings underscore a recurring tension between the commitment of managers to support their teams and the organizational and structural barriers that restrict their scope of action. However, when the role is carried out with attentiveness, active presence, and genuine engagement, the night shift manager emerges as a key driver of autonomy, recognition, and professionalization. This research ultimately advocates for greater institutional acknowledgment and formalization of night-time leadership roles, recognizing their essential contribution to healthcare team performance and patient care continuity.