

ESM- Formation & Recherche en Soins
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



De la pénombre à la lumière...

Management motivationnel des équipes de nuit

Nauria CHAOUCH

DCS@21-22

ESM – Formation & Recherche en Soins
2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.
Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

Le travail individuel permet de gagner un match, mais c'est l'esprit d'équipe et l'intelligence collective qui permet de gagner la coupe du monde.

Aimé Jacquet

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord, à ma Directrice de mémoire, Madame Nora Bouamrane, Directrice des soins du Centre hospitalier Les Murets, pour sa disponibilité, son accompagnement, ses encouragements et pour nos échanges riches et constructifs. .

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'Ecole Supérieure Montsouris, ainsi que l'Université Paris-Est Créteil (UPEC) pour les enseignements prodigués et leur disponibilité.

Mes remerciements sont dirigés également à l'UGECAM IDF, mon employeur, sans qui cette année de formation n'aurait pas pu se concrétiser.

Un grand merci à l'ensemble de ma famille, d'ici et d'Algérie, à mes amis, pour leur support inconditionnel.

Pour finir, je tiens à exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'aboutissement de ce mémoire : mes collègues de promotion Cadre de Santé et Master, les professionnels ayant participé à mon enquête de terrain, mes précieuses collègues Karine B et Jennifer T.

Merci à mes parents, à mon cher papa, pour tant de sacrifices et toutes ces nobles valeurs qu'il nous a transmis.

Table des matières

Table des matières	1
Liste des abréviations utilisées	2
Introduction	3
1 Situation de départ.....	4
1-1 Entretien exploratoire.....	5
1-2 Emergence d'une problématique	6
1-3 Hypothèses	6
2 Cadre théorique	7
2-1 Le travail de nuit.....	8
2-2 L'équipe.....	13
2-2-1 Définition.....	13
2-2-2 La cohésion d'équipe	14
2-2-3 Les équipes de nuit.....	15
2-2-4 La communication et l'équipe	16
2-2-5 La continuité du travail en équipe	18
2-3 L'implication, la motivation et l'engagement au travail.....	19
2-4 Autres concepts	21
2-4-1 L'identité professionnelle.....	21
2-4-2 La reconnaissance	23
2-4-3 Hypothèses après le cadre conceptuel.....	24
3 Enquête de terrain	25
3-1 Méthodologie	25
3-2 Choix du terrain et des personnes interrogées	26
3-3 Présentation et Analyse des résultats.....	27
3-3-1 Entretiens Cadres de Santé.....	27
3-3-2 Entretiens soignants.....	34
3-3-3 Analyse/Comparatif des réponses Cadres de Santé/Soignants.....	42
3-4 Intérêts et limites de l'enquête	46
3-4-1 Limites.....	46
3-4-2 Points forts	46
3-4-3 Axes d'amélioration	46
4 Rôle du Cadre de Santé, solutions proposées	47
5 Bénéfices et limites du travail de recherche	49
Conclusion	51
Bibliographie	52
Table des Annexes	

Liste des abréviations utilisées

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

AS : Aide-soignant

IDE : Infirmier

IDEC : Infirmier coordinateur

CDS : Cadre de santé

CHIC : Centre hospitalier intercommunal

DPI : Dossier Patient Informatisé

ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

FFCDS : Faisant fonction cadre de santé

HAS : Haute Autorité de Santé

Idhes : laboratoire de recherche en sciences sociales

Inrs: Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

PACTE : Programme d'amélioration continue du travail d'équipe

QVT : Qualité de vie au travail

RH : Ressources humaines

RPS : Risques psychosociaux

RTT : Réduction du temps de travail.

SSR : soins de suite et de réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

Introduction

L'obtention du Diplôme de Cadre de Santé nécessite un travail d'initiation à la recherche par la rédaction d'un mémoire selon l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, il s'inscrit dans le cadre des modules 3 et 6.

Ce travail est un réel processus de réflexion permettant de conduire et de produire une analyse de situation en lien avec le positionnement du manager.

Notre système de santé a connu une multitude de transformations qui ont contribué à de nombreuses modifications de nos fonctionnements et de nos organisations.

Ces évolutions constituent de nombreuses remises en question de nos pratiques et nous incitent à clarifier et à ajuster en permanence les rôles et missions de chaque acteur ainsi que de leurs interactions.

L'organisation des soins à l'hôpital nécessite une prise en charge du patient permanente, qui ne doit pas être rompue. Il s'agit de la notion de continuité de la prise en charge avec ces concepts fondamentaux de sécurité et de qualité des soins, enjeux principaux avec la performance aujourd'hui dans nos établissements.

Il serait intéressant de se pencher sur les interactions et l'articulation du travail jour/nuit.

L'organisation des soins et du travail du jour et de la nuit n'est évidemment pas symétrique et c'est en cela qu'émergent parfois des incompréhensions ou des questionnements des équipes.

Un dilemme se pose et nous sommes face à des équipes de nuit qui souffrent d'isolement, de manque de reconnaissance de la part de leur institution, mais aussi de leur pair, partageant pourtant la même identité professionnelle.

C'est donc sur la thématique d'équipe jour/nuit que j'ai souhaité cibler ma réflexion. J'aborderai en première partie, le cheminement de ma problématique et ma situation de départ.

Je développerai en seconde partie mon cadre conceptuel en proposant les concepts choisis, gravitant autour de ma thématique, tels que le travail de nuit, l'équipe, l'implication et la reconnaissance.

Je poursuivrai cette recherche par l'enquête de terrain menée par le biais d'entretiens auprès de professionnels avec une présentation des résultats et analyses de ces échanges.

Puis, ma dernière partie sera consacrée au rôle du cadre de santé, je proposerai des pistes de réflexion afin d'aboutir à une projection professionnelle.

Et enfin, je finaliserai cette initiation à la recherche par exposer les bénéfices ainsi que les limites de ce travail.

1 Situation de départ

Ce travail de recherche trouve son origine sur le terrain et dans l'univers des soins. Il part d'un constat, d'une interrogation, d'une réflexion personnelle et professionnelle.

Ce mémoire est en réalité un processus comportant une série d'étapes amenant mon travail à émettre des hypothèses. Mon idée de départ porte sur l'environnement du travail de nuit, et plus précisément sur les équipes de nuit en établissements de soins. Portant un fort intérêt à l'investissement des soignants et au bien-être au travail, il me paraît important de m'interroger sur ces « fameuses » représentations qu'entretiennent les équipes soignantes et plus particulièrement le manque de reconnaissance des équipes de nuit par leurs pairs.

J'ai exercé trois années sur un poste de faisant fonction Cadre de Santé (FFCDS) de nuit dans un ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif), et j'ai constaté un besoin de la part de mes collaborateurs d'exprimer et d'échanger sur cette problématique de mésentente, ou d'un défaut d'entente entre équipe de jour et équipe de nuit. Les termes employés étaient très forts et certains évoquent même une sensation de mépris de la part de leurs collègues exerçant en journée.

Cette ambiance parasite le quotidien des soignants provoquant un impact sur la vie au travail, sur leur engagement et leur implication.

Ce qui ressort et revient de façon récurrente des équipes de nuit dont j'ai la charge, est un sentiment de ne pas être estimées à leur juste valeur et d'être considérées un peu comme des soignants moins compétents, des équipes de seconde zone en quelques sortes.

Il existe un clivage entre le jour et la nuit et pourtant le métier est identique.

Je suis allée creuser et explorer certains forums et blogs spécialisés en soins pour recueillir les témoignages autour de cette thématique et il apparaît clairement que ces tensions et représentations ne relèvent pas d'une simple légende. Les mésententes, « les critiques » sont clairement exprimées.

Dans ce contexte, il serait intéressant de recenser les pratiques de valorisation et de reconnaissance des équipes mises en place dans les établissements de santé.

Il s'agit d'un questionnement de départ, d'un constat qui m'interpelle. Ce constat a évolué au cours de ces dernières années et ma posture de faisant fonction de cadre de santé a fait grandir mon regard. Le besoin de reconnaissance est un concept qui apparaissait souvent lors des échanges professionnels et il était parfois source de désengagement et de découragement des équipes. Il serait intéressant d'explorer cette piste et de permettre l'émergence d'une posture du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes.

Voici donc mon questionnement de départ :

En quoi la reconnaissance des équipes de nuit par leurs pairs permettrait l'engagement et l'implication professionnels ?

Cette recherche est aussi une démarche pouvant m'aider à trouver des pistes de réflexions pour l'exercice de mes fonctions et dans l'élaboration d'un projet managérial. Pour enrichir mon approche et la rendre plus professionnelle, plus pertinente, la recherche de différentes théories et raisonnements (sociologues, sciences humaines, management) est nécessaire.

Cheminement vers la question de départ :

Pour confronter mes représentations face à cette thématique, j'ai choisi de me

rapprocher d'un cadre de santé de nuit « fraîchement diplômé » afin de récolter ses opinions sur l'univers du travail de nuit et ses premières impressions, par le biais d'un entretien exploratoire.

1-1 Entretien exploratoire

L'entretien exploratoire est un outil permettant de confronter nos expériences et d'affiner la thématique et enfin d'affirmer la problématique.

Entretien avec Mme X, Cadre de Santé depuis 4 ans, diplômée infirmière en 1998, avec une prise de poste de nuit en septembre 2021 en ESPIC. Mme X n'a jamais exercé de nuit.

Il s'agit d'un entretien semi-directif, effectué par téléphone le samedi 22 janvier 2022 à 23h. Le but de cet entretien est de confirmer ou de réfuter ma problématique.

Entretien exploratoire le 22/01/2022 de 23h00 à 02h00

1 Quelles ont été vos premières impressions sur cette dynamique d'équipe de nuit ?
*J'ai été surprise par **ce besoin de s'exprimer**. **Ce besoin d'avoir une présence**. On m'appelle pour discuter, échanger sur la difficulté. Parler des problèmes, des suggestions. J'ai la sensation d'être attendu. Besoin d'être écouté, d'être représenté, **de faire le lien** avec l'établissement.*

2 Existe-t-il un lien interpersonnel ? Une culture commune ?

***La relation est plutôt conflictuelle**. Il y a constamment un jugement porté de ce que fait l'autre, ou de ce qu'il ne fait pas. Je n'ai jamais eu de préjugés sur les équipes de nuit, mais malgré tout, mon regard a changé, c'est un autre monde la nuit, l'équipe est seule. Ils sont peu nombreux pour un nombre de patients identiques. De plus, les demandes des patients la nuit ne sont pas les mêmes demandes que la journée. J'ai remarqué que la nuit nos corps étaient en souffrance. **Au petit matin, on se sent...molles**. « Rires ». **L'équipe de jour est beaucoup dans la critique et le travail de nuit n'est pas reconnu** à sa juste valeur, car ce n'est pas toujours un travail que l'on peut quantifier. Il n'a pas de valeur aux yeux de l'autre. La nuit les agents sont agiles et doivent se débrouiller, chercher constamment des options.*

3 Avez-vous ressenti des tensions entre les équipes de jour et les équipes de nuit ? ou plutôt quelles sont les interactions équipes jour nuit ?

Des tensions ? Oui ! Parfois, l'équipe de nuit récupère un service en désordre idem pour la journée. Personne ne se comprend, personne ne s'écoute. Il n'existe pas de confiance mutuelle.

4 Comment décrieriez-vous l'implication et l'engagement des équipes de nuit ?

***Il n'y a pas d'implication des équipes de nuit**, car cela est **compliqué pour eux de participer aux réunions** prévues en journée. En revanche, **forte implication sur la prise en charge du patient**, sur son rythme ses habitudes, ses douleurs, etc. L'implication dépend aussi beaucoup des personnalités de chacun. Le pool par exemple est particulièrement peu impliqué et investi.*

5 D'après vous pourquoi les relations Jour nuit sont elles aussi complexes ?

*Il existe un réel manque de connaissance du travail de l'autre. **Incompréhension, fantasme, imagination** « on ne sait pas ce qu'ils font ». Représentation souvent erronée par manque de connaissance. « On ne renvoie que du négatif. »*

6 Est-il possible de créer une cohésion d'équipe ?

Il faudrait une volonté de la part de tout le monde. Un désir des équipes de créer une alchimie. Une demande commune. Hélas, il y a toujours des détracteurs. La demande doit être commune y compris des cadres. Aujourd'hui, on est dans l'immédiateté et cela se répercute dans le milieu du soin, on ne se pose pas de question. Peu d'échange.

7 Pourrait-on parler de complémentarité des équipes d'après vous ?

Non pas du tout.** On est bien dans une continuité jour nuit dans le temps d'une journée, mais pas dans la relation. **Beaucoup de non-dits. Pas de fil conducteur.

8 Que faites-vous ou que feriez-vous pour faciliter les échanges et la communication jour /nuit ?

*Favoriser les temps d'échanges . **Des temps plus longs à des moments entre les équipes.** Des « vis ma vie ». La nuit, les équipes connaissent le travail de nuit mais pas toujours le cas pour les équipes de jour.*

Cette première exploration me permet d'orienter mon cadre de référence et m'amène à cibler mon questionnement. À ce stade, ma question de départ évolue.

Le témoignage de la cadre de santé confirme ma perception de départ. Il persiste une problématique autour de ces relations des équipes du jour et de la nuit que je propose d'énoncer :

1-2 Emergence d'une problématique

Partie d'une problématique de reconnaissance entre pairs, cette première étape m'amène à cibler ma question de départ de la manière suivante :

- **Quel serait le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes de nuit et quelle serait la stratégie à adopter pour favoriser la fédération et l'implication des équipes de nuit dans les projets institutionnels (travaux, réflexions, instances) ?**
- **Comment garantir une cohésion d'équipe ainsi qu'une complémentarité jour/nuit ? (Lever pour favoriser la qualité des soins)**

Je m'interroge donc, sur la stratégie de management dans l'émergence d'implication, et de changement des représentations des équipes de nuit en vue de garantir la qualité des prises en charge. Il s'agirait en quelque sorte de la « mise en lumière des équipes de nuit » voire de « La reconnaissance entre pairs au service des organisations de soins ».

1-3 Hypothèses

Les hypothèses proposées gravitent inévitablement autour du rôle du cadre de santé. Il est évident que les établissements ne sont pas tous dotés d'un encadrement de nuit. La gestion des équipes de nuit est parfois confiée au cadre de jour ou au cadre supérieur de santé. Au vu de la conjoncture certaines structures créent des postes d'infirmières coordinatrices ou référentes de nuit. Mes hypothèses se construisent autour de l'encadrement de nuit.

- La présence et le Rôle du cadre de nuit pour donner un sens au travail la nuit et améliorer la continuité des soins.
- Le travail sur la reconnaissance des équipes de nuit, un acte managérial et un levier motivationnel

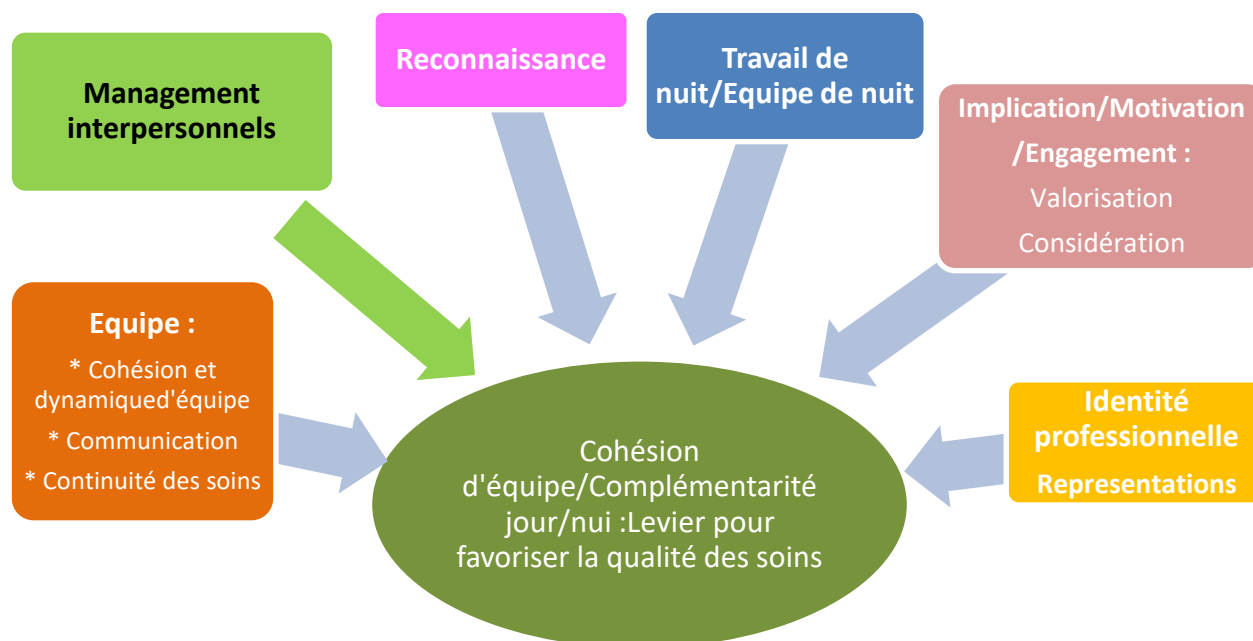
2 Cadre théorique

Le cadre théorique est l'ensemble des connaissances, des théories qui ont un rapport avec le sujet. Ils me serviront de point de repère et me permettront d'enrichir ma problématique, « *ce qui va être la valeur du cadre conceptuel choisi est sa capacité à nous aider à comprendre et expliciter la question de départ* »¹. Il ne procure pas d'explications, mais aide à leur compréhension en donnant accès à des références.

Dans mon expérience d'infirmière puis de faisant fonction cadre de santé, il m'a semblé que la participation des équipes de nuit aux projets et instances institutionnels était relativement rare, voire exceptionnelle. Je me suis souvent interrogée sur ce phénomène me demandant si l'établissement n'était pas en partie responsable du désengagement de ces équipes ou alors si le travail de nuit et son organisation ne permettaient pas cet investissement et que par conséquent, nous étions face à une évidence : la participation des équipes de nuit aux projets n'est pas envisageable.

Une autre question se pose : comment faire équipe avec un groupe que l'on ne voit pas, que l'on ne connaît pas ?

Plusieurs concepts (décrit sur ce schéma) m'apparaissent indispensables à traiter :



Il existe une multitude de concepts dans l'exploration de ma problématique. Je fais le choix de centrer ma réflexion, en premier lieu, sur le travail de nuit, puis j'évoquerai le concept d'Equipe dans sa définition ainsi que la cohésion d'équipe et les équipes

¹ [Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2021-2022 ESM](#)

de nuit pour bien situer notre thématique. Je continuerai en développant la place de la communication et de la continuité du travail au sein de l'équipe, l'implication et sa relation avec la motivation et l'engagement, sans oublier la notion de reconnaissance et d'identité professionnelle.

2-1 Le travail de nuit

✚ Définition et législation du travail de nuit

Commençons par définir la particularité de notre thématique : le travail de nuit. Le travail de nuit est scrupuleusement réglementé, il est défini et légiféré par le code du Travail (ANNEXE I). Selon l'article L3122-2 du code du travail : « *le recours au travail de nuit est exceptionnel. Il prend en compte les impératifs de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs et est justifié par la nécessité d'assurer la continuité de l'activité de l'activité économique ou des services d'utilité sociale* ». *Il correspond au travail effectué « au cours d'une période d'au moins neuf heures consécutives comprenant l'intervalle entre minuit et 5 heures² »*. [1]
Le travail de nuit est mis en place par un accord collectif ou le cas échéant avec l'accord de l'inspecteur du travail.

Dans nos établissements de santé, le travail de nuit peut se présenter sous différentes formes. La Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 (ANNEXE II) définit le travail de nuit de la façon suivante³ :

- Le travail posté :
 - Continu : les équipes se succèdent à un même poste de travail 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sans aucune interruption de l'activité (ni en fin de journée, ni en fin de semaine, dimanche compris)
 - Discontinu : les équipes se succèdent à un même poste, mais le travail est interrompu en fin de journée et fin de semaine
 - Semi-continu : les équipes se succèdent à un même poste sur 24 heures mais le travail est interrompu de semaine
- Le travail de nuit : tel qu'il est décrit dans l'article L3122-1 à 24 du code du travail mentionné ci-dessus.

Le travail de nuit est encadré par les textes de lois depuis la fin du 19^e siècle. Il fut interdit à l'époque au moins de 18 ans et aux femmes [2].

C'est à partir de 1982 que la pénibilité du travail de nuit est reconnue et prise en compte entraînant une réduction du temps de travail hebdomadaire (35 heures) avec une mise en place de cette mesure pour le personnel hospitalier à partir de 1991.

Aujourd'hui, le temps de travail hebdomadaire dans nos établissements est fixé à 32h30 selon le décret n° 2002-9 et 2002-8 du 4 janvier 2002. Le personnel de nuit ne bénéficie pas du dispositif de réduction de temps de travail (RTT), dès lors que la durée hebdomadaire n'excède pas 32h30. Les salariés de nuit bénéficient d'une indemnité (ou compensation salariale) d'environ 1,07 euros par heure de nuit travaillée. La revalorisation de cette indemnité est, aujourd'hui, au cœur de l'actualité.

Les principaux textes et leurs influences sur les travailleurs de la nuit portent sur l'impact du travail de nuit et sur les conditions de vie et de travail du salarié de nuit (synthèse du rapport du conseil économique, social et environnemental sur le travail

² [Chapitre II : Travail de nuit \(Articles L3122-1 à L3122-24\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

³ [DIRECTIVE 2003/88/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 4 novembre 2003](#)

de nuit et l'impact des conditions de travail et de vie du salarié de 2010, ANNEXE III). L'INRS (l'institut national de recherche et de sécurité), souligne l'impact et les répercussions professionnelles qu'engendre le travail de nuit, et propose des préconisations, des outils permettant la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et /ou de nuit, qui sont proposés sous forme de fiches pratiques, questionnaires et conseils. Ces recommandations traitent des troubles du sommeil, de la somnolence, des risques d'accidents, des risques spécifiques chez la femme, des risques de troubles de caractère, de l'humeur, de la mémoire et du langage, ainsi que des risques d'isolement et de dévalorisation, etc. Certains travaux et recommandations permettant la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit ont reçu le label de la Haute Autorité de Santé (HAS).(ANNEXE IV et ANNEXE V).

De plus, la médecine du travail, selon l'article L 3122-42 du Code du travail, assure une surveillance médicale réglementaire tous les 6 mois pour les salariés de nuit ceci afin de permettre au médecin de la santé au travail de repérer d'éventuelles conséquences du travail de nuit. Cependant, ce texte ne précise pas le contenu de la visite. Dans les meilleurs des cas le travailleur de nuit bénéficie d'actions de prévention comme le mentionne l'article L.4624-1 du code du travail.

✚ Le travail de nuit en établissement de santé

Ces différents textes aboutissent à la circulaire 91.68 du 23 décembre 1991 qui reconnaît la pénibilité du travail de nuit et l'isolement des équipes de nuit. Cette circulaire soulève la problématique du travail de nuit et précise l'importance de faire évoluer les rapports et relations interpersonnels du milieu hospitalier de la fonction publique, le texte précise : « *Aucune mesure nationale ne peut résoudre la difficulté de ces situations, car elles nécessitent une participation de l'ensemble des personnels hospitaliers (administratifs, soignants, médecins) à la définition de nouveaux modes de communication et d'organisation du travail.* »⁴ [3]

Cette problématique de l'isolement est actée et reconnue.

Voici quelques textes réglementaires encadrant le travail de nuit en secteur sanitaire :

- Lettre-circulaire n° 92-926 du 25 janvier 1992 du ministre de la Santé relative à la réduction du temps de travail de nuit pour les agents à temps partiel.
- Note AP-HP n° 97-193 du 28 mars 1997 relative à l'application de la lettre-circulaire DH/FH3 n°16452 du 7 décembre 1994 relative à la réduction du temps de travail de nuit dans la fonction publique hospitalière.
- Note AP-HP n° PHS/04-97 du 5 mai 1997 relative aux modalités d'application de la note relative aux personnels travaillant la nuit.
- Note D2005-2387 du 11 mars 2005 relative à l'activité syndicale des agents de nuit.

Pour la petite histoire : autrefois, les malades étaient pris en charge dans les hôpitaux (hospices) par des religieuses qui, pour la plupart, ne prodiguaient pas de soins la nuit, mais qui en revanche en avait la responsabilité (fonction de surveillance des services).

Les soins étaient pratiqués par des garde-malades appelés aussi les mercenaires qui prodiguaient les soins sans aucune formation initiale.

C'est grâce à des personnalités comme Anna Hamilton et Florence Nightingale que ces « métiers » constitueront un corps d'élite soit un personnel qualifié et compétent [4].⁵

⁴ [Le travail de nuit : Cadredesante.com Chantal Rivaleau](#)

⁵ [Diebolt E. Anna Hamilton \(1864-1935\), l'excellence des soins infirmiers. Rech Soins Infirm. 2017.](#)

Pour pallier le manque de personnel dans les hôpitaux, on poste des veilleurs en renfort. Cette appellation existe encore aujourd'hui malgré la professionnalisation des métiers du soin.

L'évolution de la formation des métiers de la santé n'a pas effacé cette appellation de veilleur de nuit.

Dans mes recherches, le veilleur de nuit apparaît comme une personne « *qui vieillit un malade ou un mort* ». La veilleuse de nuit signifiait : « *Celle qui dans les hôpitaux passe la nuit en surveillance* ». [5]

Ce terme est encore employé dans certains établissements de santé et certaines de ces représentations dans l'inconscient collectif persistent. Anne Perraut Soliveres s'est exprimée au sujet de cette appellation : « *Le terme de veilleuse lui-même tient bon, quand le travail de plus en plus spécialisé dans un monde médical en constante évolution rend l'exercice soignant nocturne autrement plus complexe que le même, de jour* »⁶.

Dans notre système de soin actuel, persiste une dévalorisation du travail de nuit. La réforme actuelle avec la codification des soins à l'acte favorise et valorise les soins techniques et mesurables et renvoie, pour certains secteurs, l'image d'une équipe de nuit non-productive contrairement aux équipes de jour.

Aujourd'hui nous parlons de qualifications, de diplômes, de compétences, de remise à niveau pour les non diplômés, de suivi des compétences.

Motivations de choix d'un poste de nuit :

Il existe plusieurs hypothèses, tout d'abord cela peut être un choix lié à l'organisation familiale (garde enfants, organisation planning, etc.). En effet, les jeunes parents par exemple préféreront s'organiser en travaillant la nuit et ainsi réduire les frais de garde de leurs enfants.

Le choix peut être aussi lié à une préférence de prise en charge du patient qui sera effectuée différemment, la dimension relationnelle plus présente et/ou la notion de temporalité n'est plus la même, le choix peut, provenir du désir d'un environnement de travail moins tumultueux et moins stressant. Certains évoquent la convivialité et la solidarité des petites équipes. (C Rivaleau 2003)

Certaines agences de recrutement intérimaires en santé évoquent cet argument pour attirer les soignants vers le travail de nuit et relatent certains témoignages : « *On ressent moins la pression et la fourmilière de la journée, la charge cognitive est moindre* », « *toutes les nuisances sonores comme les téléphones et la télévision sont quasi inexistantes. Dans les couloirs, on trouve moins de gens...* »⁷

Pour finir, les soignants de nuit ont un degré d'autonomie et une prise de décision différents qui n'est pas négligeable.

Les spécificités du travail de nuit

Le travail de nuit présente de nombreux inconvénients. Il fait partie des six facteurs de pénibilité visés par le code du travail. Difficultés, répercussions psychologiques, personnelles et professionnelles.

Certains aspects du travail de nuit sont gratifiants comme la connaissance et les besoins des usagers et d'autres plus difficiles à supporter comme la gestion de l'imprévu et l'urgence la nuit en effectif restreint.

⁶ [La nuit et l'institution, un mépris partagé. Dans Gérontologie et société 2006/1 \(vol. 29 / n° 116\), p.95 à 107](#)

⁷ [Interview soignants intérimaires transicia solutions emploi](#)

Les besoins des patients sont différents et l'anxiété majorée. La polyvalence et la solidarité sont des atouts remarquables chez les équipes de nuit. Une solidarité naturelle se développe entre soignants, mais aussi avec le personnel non-soignant.

La gestion des problèmes comportementaux, la douleur, l'anxiété des patients en particulier face à la mort. Ces problématiques de soins difficiles doivent être gérées en effectif réduit dans le respect de la législation comme la fin de vie, la gestion de l'agressivité, la violence, les tentatives de suicide, les fugues et disparitions de patients. Autres spécificités du travail de nuit que décrit Chantal Rivaleau, cadre de santé, la dévalorisation et l'isolement liés au manque de communication : « *un manque de communication peut être à l'origine d'un sentiment de dévalorisation, de non-reconnaissance pouvant aller jusqu'à l'isolement* ». ⁸

✚ Conséquences et effets du travail de nuit sur la santé :

Travailler de nuit devrait, selon la loi rester exceptionnel. En effet, les conséquences du travail de nuit sur la santé posent un réel problème de santé publique.

Le personnel en établissement de santé subit ou subira les conséquences de cette pénibilité avérée et, en France, le travail de nuit fait partie des facteurs de risque professionnels pris en compte dans le cadre du dispositif « Compte professionnel de prévention (C2P) » prévu par l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017.

Travailler la nuit signifie mettre son organisme à l'encontre de la physiologie humaine et perturber le rythme biologique. Les conséquences sont multiples :

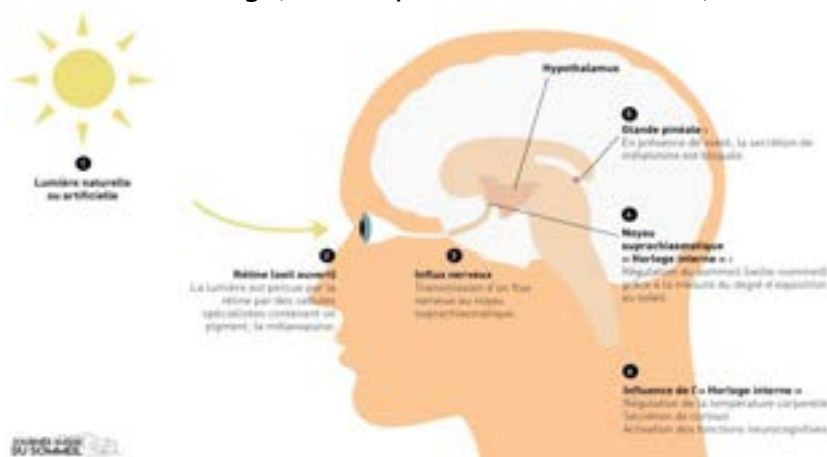
✓ Conséquences physiques :

Le sommeil : le personnel de nuit vit à l'encontre de la physiologie humaine naturelle et a un sommeil avec un rythme circadien inversé. La dette de sommeil s'accumule, la récupération étant plus efficace sur un sommeil de nuit que de jour.

Les soignants de nuit dorment en moyenne 2 heures de moins que les soignants de jour, et la lutte régulière contre le sommeil provoque une fatigue mentale qui pour certains devient chronique.

La Fondation sommeil alerte sur les effets du travail posté. L'accumulation de la dette de sommeil de façon chronique « *accroît la difficulté de rester éveillé et vigilant durant la phase circadienne inversée pour le quart de nuit* » ⁹.

La luminosité essentiellement artificielle est aussi une contrainte de travail. En effet, la lumière artificielle dérègle l'horloge biologique en supprimant la sécrétion de mélatonine. Un bon éclairage, étudié pour le travail de nuit, sera nécessaire.



⁸ [Le travail de nuit, cadresante.com par chantal Rivaleau \(2003\)](#)

⁹ [Fondation sommeil : Le travail de nuit, quand ça nuit!](#)

Le décalage des rythmes biologiques et ses effets tels que la nervosité, l'irritabilité, la fatigue, les troubles de l'humeur. Les conséquences de ces effets peuvent parfois avoir un impact sur la gestion des problématiques liées à la nuit et la prise en charge du patient.

Les troubles alimentaires et digestifs :

Les troubles digestifs sont recensés auprès des équipes de nuit comme des ballonnements chroniques des dyspepsies et dyslipidémies pouvant entraîner une hypertension artérielle et sur quelques cas des AVC, des troubles pondéraux allant jusqu'à l'obésité, le diabète de type 2, et des dérèglements hormonaux...

Parfois, apparaissent certaines addictions comme la consommation de tabac, café, aliments riches en sucres pour compenser la perte d'énergie.¹⁰

✓ **Les conséquences psychiques :**

Certains troubles comme l'irritabilité, l'anxiété et la dépression sont avérés chez le personnel de nuit avec aussi des troubles de la mémoire, de l'asthénie chronique, du stress, des troubles cognitifs et de troubles de la vigilance.

✚ **Isolement et travail de nuit**

Le travail de nuit contraint à une organisation personnelle particulière. La prise en compte ainsi que l'adaptation de l'hygiène de vie ne sont pas négligeables. Les travailleurs de nuit s'exposent à de nombreux risques physiques et psychologiques liés notamment à l'isolement et à la problématique de nombreuses contraintes sociales. Cet isolement, nous le constatons également dans le cadre professionnel et sur le terrain. Les soignants l'expriment « verbalement » et pour certains par des attitudes professionnelles (agressivité, repli sur soi).

Anne Perraut Soliveres témoigne et évoque dans son ouvrage l'isolement social et professionnel des infirmiers de nuit.

L'isolement peut être perçu sous différentes formes. On parle souvent « d'états » avec l'isolement physique des salariés travaillant seuls, mais aussi d'isolement relationnel avec cette difficulté d'entrer en relation avec d'autres personnes. Cette difficulté peut être liée à la géographie de la structure ou les horaires de travail.

On parle aussi d'isolement « par renoncement à solliciter une aide ». L'isolement est souvent associé à la solitude.

L'INRS a porté un intérêt particulier à l'isolement au travail. Cependant, cet intérêt s'est focalisé sur l'isolement physique avec tous les dangers qu'il comportait (dangerosité de certaines tâches sans possibilité de porter secours en cas de problème). [6]

Toutefois, l'isolement sous d'autres formes à une portée non-négligeable sur les risques psychosociaux (RPS).

L'INRS met en évidence la co-présence de facteurs objectifs et subjectifs favorisant les situations d'isolement.

Les facteurs objectifs concernent plutôt le besoin de devoir communiquer sur son travail avec sa hiérarchie ou ses collègues, mais aussi le fait d'affronter seul des situations complexes et risquées.

¹⁰ [Source :veille-travail.anact.fr](http://veille-travail.anact.fr)

Pour les facteurs subjectifs, on observera « *une solitude psychologique* » avec « *une peur de l'imprévu* », « *l'autonomie éprouvée.* »¹¹

L'isolement dans nos organisations, est caractérisé par la présence d'effectifs restreints et l'absence de passage, pour la plupart d'entre eux, de la hiérarchie et des médecins dans les unités.

L'absence de bruit, et le besoin de communiquer dans certaines situations sont des formes d'isolement qui génèrent des angoisses.

Dans l'isolement, nous pourrions inclure aussi l'isolement professionnel et décisionnel, la responsabilité des infirmières par exemple qui vivent des moments de solitude induisant une charge mentale considérable. Elles ont, la nuit, pour certaines organisations, un accès restreint à certains espaces comme la pharmacie, le secrétariat rendant la logistique des prises en charge complexes.

L'environnement aussi peut être considéré comme source d'angoisse : La nuit, la luminosité est atténuée dans les chambres des patients, et pour les salles communes et partagées les équipes travaillent à la lumière artificielle.

Le manque de communication avec les équipes de jour provoque une forme d'isolement professionnel. L'isolement associé parfois à la dévalorisation peut s'avérer néfaste à moyen et long terme pour le salarié.

La qualité de la relation interpersonnelle et de la continuité des soins passe aussi par la qualité des échanges des équipes de jour et de nuit, et c'est pour tenter de comprendre son fonctionnement que je m'intéresse à ce concept d'équipe.

2-2 L'équipe

2-2-1 Définition

L'équipe, selon le dictionnaire Le Robert est « *un ensemble de personnes travaillant à une même tâche* ».

Voici une autre définition, cette fois-ci du Petit Larousse qui illustre l'équipe dans la collaboration : « *Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein* » [7]. Cette définition ajoute la dimension d'union dans un but commun.

Olivier Devillard, psychologue et formateur coach en entreprise, quant à lui décrit l'équipe comme « *un groupe d'individus, organisés ensemble, conduits par un leader et œuvrant à l'intérieur d'un contexte pour un même objectif* » (Devillard 2000) [8]

Depuis la victoire des Bleus en 1998, le fonctionnement de l'Equipe dans le sport est devenu un modèle de référence et le manager pourrait effectivement s'inspirer du milieu du football pour animer et coacher son équipe.

Cela sous-entend qu'une équipe a besoin d'être guidée dans son projet, elle a besoin de stratégie pour fonctionner, d'être identifiée en tant qu'équipe et d'en identifier les acteurs. Au football, on organise la disposition de chaque joueur sur le terrain et plus encore, on travaille le jeu ainsi que la collaboration des joueurs entre eux.

Dans nos unités de soins, il s'agirait aussi de s'attarder sur ces relations interpersonnelles au sein de l'équipe impactant la qualité de cette collaboration des échanges et du travail « en groupe ».

Pour la HAS, l'équipe est « *un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin.* »¹²

Rocher Mucchielli, dans son livre « Le travail en équipe » apporte une plus-value à ce concept d'équipe. Selon lui, l'équipe est avant tout un groupe et il ajoute : « *L'équipe*

¹¹ [Enquêtes INRS : Rapport subjectif à l'isolement au travail: régulation, résistance, dégageement. Note scientifique et technique \(archives-ouvertes.fr\)](#)

¹² www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_4.pdf

est un réseau de liens vivants. Elle s'arrête là où l'équipier ne la suit plus, ne la perçoit plus, se reconnaît incapable d'y exercer une action. » [9] Cette idée me semble importante à retenir et à mon sens porte un intérêt important dans mon questionnement. Par ailleurs, la dimension d'action est particulièrement intéressante, car elle positionne l'individu dans ce groupe comme acteur participant à cet effort collectif dont l'objectif est commun. Et c'est en cela qu'intervient l'idée d'engagement qui sous-entend l'implication au travail, l'investissement avec une volonté ou un désir sous-jacent

R Mucchielli ajoute que *« l'identification au groupe, c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens. L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission, mais au contraire elle est le moyen de satisfaction, l'acquisition de prestige, et par là valorisante »*¹³. [10].

Ce même auteur définit dans son ouvrage dédié au travail en équipe, les conditions du travail en équipe de la façon suivante :

1. *« Une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche ;*
2. *L'expression possible des désaccords et des tensions ;*
3. *La non mise en question de la participation effective du groupe ;*
4. *L'entraide en cas de difficulté d'un des membres ;*
5. *La volonté de suppléance d'un membre défaillant ;*
6. *La connaissance à priori des aptitudes, réaction, initiative de tous les autres par chacun ;*
7. *La division du travail après élaboration en commun des objectifs et acceptation d'une structure si la tâche l'exige et en fonction de la tâche.* »¹⁴

Dans notre thématique, l'équipe soignante intégrant une unité de soin est bien l'ensemble de personnes partageant un univers commun avec des valeurs communes dont l'objectif serait l'accomplissement d'un projet de soin. En revanche, l'existence des conditions suggérées par R. Mucchielli restent à explorer au sein de nos équipes.

2-2-2 La cohésion d'équipe

En matière de management, les outils mis en place dans nos organisations sont inspirés pour la plupart du monde de l'entreprise.

Les professionnels de santé ont subi un changement de modèle dans leurs organisations. L'hôpital en quelques décennies est passé d'un paradigme « d'hôpital charité » à « hôpital entreprise ».

À partir d'une équipe, se construit la cohésion d'équipe que Roger Mucchielli décrit comme *« la résultante de l'ensemble des forces qui agissent sur les membres pour les faire rester dans le groupe, pour les inciter à participer et à coopérer, pour les rendre solidaire »* (Mucchielli 2014)¹⁵. D'après cette définition, nous pourrions en quelque sorte signifier que la cohésion d'équipe serait une valeur ajoutée, un potentiel à exploiter.

Le cadre de santé doit déployer son rôle d'animateur pour piloter et faire émerger cette cohésion au sein de son équipe.

Et pourtant d'après le même auteur « le travail en équipe n'est pas inné », le succès de cette cohésion d'équipe passera inévitablement par une réelle communication construite au sein du groupe qui deviendra une valeur essentielle pour impulser cette

¹³ [Mucchielli R, Le travail en équipe \(p38\)/Travail en équipe, cadre de santé.com](#)

¹⁴ [Mucchielli R, Le travail en équipe \(p58 à 59\)/Travail en équipe, cadre de santé.com](#)

¹⁵ [Le travail en équipe :clés pour une meilleure efficacité collective,Ed.2015 p 191](#)

coopération. Le travail en équipe est une compétence qui s'acquiert, il s'appuie sur des valeurs communes, des codes.

La cohésion d'une équipe est indispensable et entraînera forcément des répercussions positives et le style de management en fera toute la différence. Son action sur le travail d'équipe et la coopération, sa posture de leadership, la création de liens dans le groupe, mais aussi la gestion de conflits sont les compétences que nous tâcherons de développer.

Chaque temps, chaque étape d'une hospitalisation possède un schéma, une cohérence qui s'inscrit dans une continuité de soin.

Comment mettre en valeur la dynamique de nuit ? Le terme dynamique ne semble pas toujours raisonner dans l'univers de la nuit et pourtant, n'est-ce pas le rôle de l'encadrement de proximité de construire et développer un collectif ? Pour pouvoir articuler et mettre en commun ces forces et potentiels des équipes, nous devons en comprendre le fonctionnement, il est donc important de s'intéresser aux caractéristiques des équipes de nuit.

2-2-3 Les équipes de nuit

Le travail de nuit reste un univers méconnu au sein de nos structures de soins nourri de fantasmes de tout genre.

Nous avons vu qu'il présentait de nombreuses répercussions sur la santé et le quotidien des travailleurs de nuit. Le travail en lui-même nécessite des organisations et adaptations particulières, la durée de travail et la répartition des soins étant différentes. Le personnel de nuit travaille, en général, en binôme. La nuit est organisée en fonction des besoins du patient, de sa douleur, ses angoisses et ses attentes...

De plus, les équipes de nuit développent des compétences professionnelles autres, liées aux besoins du patient, à son confort à la sécurité spécifique au domaine de la nuit.

Ce travail souvent décrit comme « invisible », induit des représentations erronées de la part de leurs collègues de jour.

Je retiens un passage du livre d'Anne Perraut Soliveres (2002, p136), ou Fabrice un IDE de nuit fait remarquer, lors d'un entretien effectué par l'auteur, « *sa crainte de ce que pourrait penser un spectateur non averti devant ce calme apparent. Il souligne de ce fait un des problèmes majeurs des soignants de nuit : L'invisibilité de la réalité nocturne. Le stress ne s'exprime pas comme le jour...* ».

Un cadre de santé de nuit témoignait sur ses équipes, dans un article de revue spécialisé en 2016¹⁶ : «*Nous avons des agents très responsabilisés, qui ont une approche et une réflexion différentes de leur métier, qui maîtrisent l'ensemble des procédures et développent leurs compétences...Beaucoup font d'ailleurs le choix de la nuit pour disposer d'une plus grande autonomie fonctionnelle, ils sont moins en relation avec les médecins* ». [11]

Autre point important concernant les équipes de nuit, l'encadrement est dans certains établissements, sous la responsabilité de cadre de santé de jour (ou du cadre de pôle) qui n'est pas toujours présent sur le site la nuit.

Afin d'illustrer l'organisation du travail de nuit, je m'appuie sur un reportage évoquant une immersion effectuée dans un établissement de soins spécialisé en oncologie¹⁷ : «*l'équipe de nuit prend la relève du service à 21h et le temps d'échange avec l'équipe de jour est de 25 minutes, soit environ 3 minutes de transmissions par patient. 3 minutes pour présenter le patient et faire un état des lieux de son état clinique. L'équipe de nuit débute sa première tournée à 22h et la prise en charge et le déroulement de la nuit est aléatoire. Les équipes s'organisent pour « les tournées des*

¹⁶ [ObjectifSOINS & Management N°242-janvier 2016](#)

¹⁷ [Reportage : Immersion au cœur des équipes de nuit | Centre Léon Bérard \(centreonberard.fr\)](#)

chambres » en moyenne toutes les 2 heures. Au petit matin l'équipe de jour prend le relai à 6h45 après 15 minutes de transmissions. »

Ce reportage décrit la spécificité des équipes de nuit, soit « la polyvalence et la solidarité ». Cette équipe se décrit comme des professionnels polyvalents, autonomes et débrouillards. Des liens se tissent entre soignants ainsi qu'avec le personnel non-soignant.

Autre particularité de cette équipe : la cohésion d'équipe entre soignants de nuit et le rapport privilégié avec la personne hospitalisée mais aussi avec la famille qui appelle même la nuit pour prendre des nouvelles de leurs proches.

L'exercice de nuit en établissement de santé ne doit pas être considéré comme une coupure, un arrêt de l'activité marqués par la tombée de la nuit. Cette particularité de travail est souvent « l'inconnu » pour les équipes de jour, cet exercice méconnu, cet univers sombre de l'hôpital est souvent perçu par les soignants comme une dévalorisation de leurs compétences et de leurs qualifications. Ainsi s'installe des rivalités.

Ces conflits, cette discordance jour/nuit, sont exacerbés par l'arrivée de la T2A (tarification à l'activité) dans nos organisations ou l'aspect relationnel, non prescrit et non-visible est difficilement appréciable en termes de cotation.

En effet, le métier de soignant est caractérisé par un fort relationnel souvent peu valorisé. Cet aspect de la profession engendre une forte charge émotionnelle et les équipes de nuit en particulier y sont confrontées quotidiennement : angoisses des patients, mort, violence.

Les équipes de nuit sont dispersées géographiquement, la cohésion d'équipes devra se construire au sein du groupe, mais aussi et surtout en relation avec les équipes de jour des unités respectives.

Dans son livre, A.Perraut Soliveres emploie la formule de « *trait d'union* » pour décrire son rôle de cadre de santé de nuit et le lien qu'elle apporte « *entre ces deux mondes distincts* ». Le manager est un communicant, il assure la fluidité des messages au sein des équipes. La communication, que je propose de décrire, est un outil qui contribue à la bonne coopération des individus.

2-2-4 La communication et l'équipe

La communication est définie par le dictionnaire Larousse, comme étant « *l'action de mettre en relation, en liaison, en contact.* ».

C'est « *l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui* »¹⁸.

La communication au sein d'une équipe est un outil de management, elle est essentielle et permet le passage de l'information dans un groupe.

Elle peut être considérée comme un processus permettant l'échange et la coordination mais aussi, comme un instrument permettant la prise de décision ou la transmission des savoirs.

Nos organisations en santé sont sujettes à des modes de communication multiples comme l'oral, l'écrit, le numérique, l'image, mais surtout elles sont pluri-vocales du fait de la multiplicité des professions gravitant autour du patient dans nos unités de soins.

Depuis la loi du 26 janvier 2016 et la mise en place des GHT, nos établissements sont amenés à se coordonner afin de faciliter la prise en charge continue du patient, et ce, en uniformisant les outils de travail et en favorisant la communication. La communication doit s'étendre et dépasser les frontières de la structure.

¹⁸ www.larousse.fr

Paul Watzlawick, psychologue autrichien, a effectué de nombreux travaux axés sur la communication, sa théorie de la communication humaine nous explique que « *la communication est le résultat d'un échange d'informations qui trouve son origine dans la relation* »¹⁹. Watzlawick a proposé un modèle de communication qu'il présente en 5 axiomes [12] :

- 1- *On ne peut pas ne pas communiquer* : tout comportement est porteur d'un message, y compris le silence
- 2- *Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier est par suite méta-communication* : ce point me paraît particulièrement intéressant, car le message et la communication peuvent être parasités par le niveau relationnel
- 3- *La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre partenaires* : Le comportement d'un acteur dans cette communication va induire un comportement de l'interlocuteur
- 4- *La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique* : le contenu est les mots employés sont vecteur de messages ainsi que la communication non-verbale
- 5- *La communication est soit symétrique soit complémentaire* : la communication est soit établie dans des conditions d'égalité, soit de manière déséquilibrée, mais complémentaire.

La communication entre équipes jour/nuit n'est pas toujours construite dans des conditions favorables, les interactions se faisant essentiellement sur les temps de transmissions, soit en moyenne 15 à 25 minutes par changement d'équipe ; l'équipe de nuit étant souvent absente ou peu représentée sur les réunions de service organisées en journée.

La communication nécessite un mécanisme codifié. Un émetteur, un récepteur et bien évidemment un message. La notion de feed-back, enseignée par Norbert Wiener²⁰, est nécessaire pour évaluer la recevabilité du message en question. La compréhension du message nécessite une reformulation par exemple du récepteur. Le manager devra régulièrement évaluer son mode de communication, mais évaluera aussi la communication interpersonnelle de son équipe.

Le cadre de santé met en place des outils et moyens efficaces de communication afin d'impliquer son équipe dans un groupe. Son objectif face aux équipes sera d'optimiser la circulation de l'information, d'améliorer la collaboration ainsi que les échanges et d'éviter la perte de données. L'évaluation de celle-ci se fera de façon régulière elle passera dans un premier temps par l'observation. D'autres outils d'évaluation et de réajustements seront à explorer.

Le cadre de santé est considéré comme un agent de médiation, il adoptera ce rôle lors des réunions de service.

Nos organisations de soins se caractérisent par de nombreux cloisonnements : les cloisonnements entre services, entre équipe de jour et équipe de nuit, entre roulements, entre profession et spécialités, etc. Pour mieux cerner une problématique de communication dans une équipe, il est important de maîtriser dans un premier temps l'organisation et de se référer aux apports que nous avons de la sociologie des organisations de travail. Henry Mintzberg considère la communication comme un des éléments importants du rôle du manager (Mintzberg.1973). Aucune organisation ne peut fonctionner sans communication.

Encore une fois, la posture du cadre et sa communication face aux équipes de nuit

¹⁹ [Communication, systémique, Watzlawick/Go management.](#)

²⁰ [N. Wiener \(1950\) Cybernétique et société, Chapman et Hall tiré de « SI & Management.fr »](#)

est un outil dans la cohésion et la dynamique d'équipe. Il s'agirait de l'utiliser comme levier de communication pour faire naître l'implication.

Tout comme nous le constatons auprès de nos patients, la communication joue un rôle primordial dans l'accompagnement et l'adhésion du soin de la part du patient. Elle favorise et garantit l'adhésion au soin et sa réussite et pour le manager cette compétence et aptitude à la communication doit être mesurée et pourrait l'aider dans l'engagement des équipes. En effet, l'environnement du soin est envahi d'informations et nous parlons même aujourd'hui « d'infobésité » dans nos organisations. Les soignants expriment aussi cette saturation de l'information : affichages, mails. Et pourtant, nos équipes paraissent souvent être mal informées et les équipes de nuit en particulier.

Les enjeux d'une communication efficace sont considérables, la coopération entre soignants aura un impact sur l'organisation et la continuité des soins.

2-2-5 La continuité du travail en équipe

La nuit fait suite, c'est la continuité du jour.

En lien direct avec l'équipe, apparaît le concept de continuité. La qualité des soins dépend d'une certaine manière de cette continuité. Celle-ci requiert une organisation du travail mais surtout une cohésion dans la planification des activités. C'est le rôle du manager d'orchestrer et de superviser cette coordination.

Elle est décrite sous différentes formes et les experts évoquent cette nécessité de coordination des soins et des prestations pour garantir la qualité des services : « *la continuité désigne la façon selon laquelle un patient perçoit la série de services qu'il reçoit, comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle.* »²¹

La continuité intervient dans les soins, dans le discours et les informations donnés aux patients, l'application des procédures, mais aussi dans le positionnement et l'implication du soignant.

Elle permet de renforcer l'efficacité des soins, cette façon d'enchaîner, d'harmoniser et de structurer les soins et les équipes de façon cohérente. Elle prend aussi tout son sens dans le parcours de santé du patient et suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé. Elle débute par les soins primaires pour s'installer dans nos établissements de santé et s'accompagne parfois d'un virage ou d'une parenthèse ambulatoire. Si cette continuité est nécessaire entre différentes structures, établissements et professionnels, elle doit être maîtrisée au sein même d'un service de soins par l'équipe.

La continuité du travail est souvent interprétée par la présence permanente d'une équipe et pourtant, il s'agit d'une réelle compétence qui requiert la maîtrise de plusieurs outils : communication, transmissions, information et projet de soin.

Dans nos unités de soins, les outils sont aujourd'hui numériques, mais nous retrouvons encore dans certaines structures les planifications murales, les affiches, etc.

Il est important aussi dans cette maîtrise de continuité de connaître et de s'impliquer dans le relais des tâches du travail de ses pairs. L'enjeu principal de cette continuité étant la qualité des soins ainsi que la satisfaction des usagers.

Le cadre de santé coordonne cette continuité, il assure le lien. Il est garant de la qualité et de la sécurité des soins.

Michel Crozier, sur l'analyse stratégique de l'organisation, nous enseigne que sur des relations entre travailleurs « *s'instaurent des relations de pouvoir non voulues et imprévisibles* ».

Les jeux de pouvoirs sont effectivement des comportements professionnels fréquents

²¹ [P. Schaller, J.M. Gaspoz, Revue médicale suisse 172 médecine ambulatoire 2008](#)

dans le monde du travail y compris dans nos environnements de santé.

Le bon fonctionnement de cette continuité reposera sur une logique organisationnelle. Ces caractéristiques organisationnelles selon Crozier se distinguent de la façon suivante ²²:

- *Une division des tâches* : répartition des tâches de manière formelle ou informelle afin que les individus reconnaissent leurs missions
- *Une distribution des rôles* : on attribue une tâche à l'acteur qui pourra ainsi jouer son rôle
- *Un système d'autorité* : veille au respect et à la concordance des rôles et des comportements
- *Un système de communication* : optimiser la communication horizontale et verticale
- *Un système de contribution-rétribution* : système d'échange.

Pour assurer une continuité des soins logique dans nos organisations, les professionnels devront un minimum faire preuve d'implication et d'engagement.

2-3 L'implication, la motivation et l'engagement au travail

Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la santé en 2021, introduit le guide « Mieux manager pour mieux soigner », élaboré par le Pr Olivier Claris dans le cadre du Ségur de la santé, par cette phrase qui me paraît fondamentale : « *Le sens du travail, la reconnaissance des compétences et de l'engagement ou encore la participation aux décisions sont des éléments de motivation qui sont au moins aussi importants que la rémunération* ». [13] Ce rapport vise à mettre en avant nos organisations et le management en santé. En effet, le cadre de santé porte et met en avant les qualités de ses collaborateurs, sensibilise les professionnels au travail d'équipe. Cet accompagnement est une obligation dictée par la HAS dans le manuel de Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. [14]

Le manager est garant de la qualité et de la sécurité des soins, pour cela, il se doit de comprendre et d'agir sur les comportements humains : responsabiliser ses équipes, rendre leur situation de travail motivante.

Nous avons tendance à associer ou parfois confondre les notions d'implication et de motivation. Le cadre de santé dans ses fonctions au quotidien, favorise, par le biais d'une communication efficace, l'implication et la motivation des soignants.

Selon la définition du dictionnaire Larousse, le terme implication signifie « *l'état de quelqu'un impliqué dans une affaire* »

L'implication des collaborateurs découlera de cette motivation et il serait intéressant de se pencher sur les leviers et ressources nécessaires pour renforcer l'implication.

La motivation, selon Patrice Roussel (chercheur en management à Toulouse) [15], est un processus déclenché par des facteurs personnels dit internes comme les besoins, les pulsions, les caractéristiques directes de la personnalité de l'individu, mais aussi les facteurs externes et situationnels.

De ce fait, la motivation intéressera de plus en plus les entreprises, les dirigeants et les chercheurs.

Ce processus engendrera chez l'individu, un dynamisme et une énergie nécessaire à la réalisation des objectifs fixés et à une performance.

Abraham Maslow et Frederick Herzberg ont apporté des théories sur la thématique de l'individu et la motivation. Avant de faire émerger la motivation, il faut au préalable satisfaire les besoins fondamentaux. Abraham Maslow par exemple démontre que la

²² [Michel Crozier et Erhard Friedberg, L'Acteur et le système, sociologics.free.fr](http://sociologics.free.fr)

motivation est liée à la satisfaction d'une catégorie de besoins (cf pyramide de la hiérarchie des besoins ci-dessous). F. Herzberg quant à lui, affirme que la motivation est provoquée par la satisfaction de certains besoins qu'il classe en 2 types de facteurs :

- Facteurs extrinsèques : ils concernent l'hygiène de vie, la qualité de l'environnement
- Facteurs intrinsèques soit l'auto-motivation [16] : l'intérêt porté au travail, les responsabilités reçues, la reconnaissance.

Les figures ci-dessous, schématisent les modèles souvent associés, de ces deux psychologues pour qui, le travail est un besoin, une expérience, permettant de se réaliser. Le premier représente les besoins de l'être humain, classifiés, hiérarchisés et représenté sous forme de pyramide et le second décrit le processus de motivation pour qui les facteurs de motivation sont reliés au contenu de la tâche et au développement personnel.

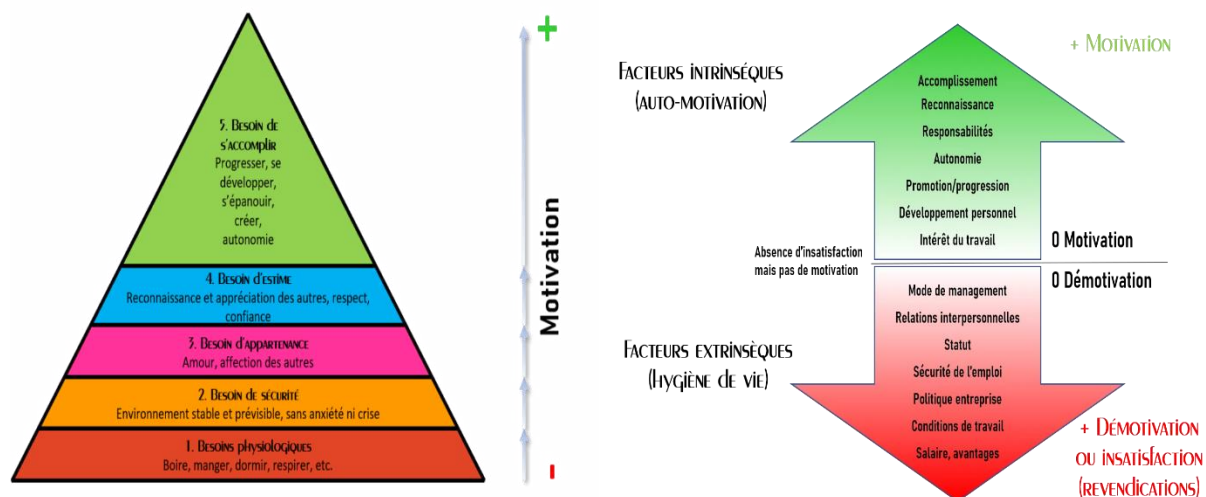


Figure 1 et figure 2 : ce que nous disent Maslow et Herzberg (schémas Prométhéis.fr)

Ces théories démontrent l'importance de la politique de l'institution et des pratiques managériales. Les soignants n'échappent pas à ces théories et la rémunération n'est pas l'unique moteur. Atteindre le haut de la pyramide de Maslow signifie le fait de trouver du sens à sa vie professionnelle et un certain accomplissement au travail en ayant au préalable satisfait les besoins des niveaux inférieurs. F Herzberg expose l'importance d'agir sur les facteurs intrinsèques comme la reconnaissance pour déclencher la motivation et sur les facteurs extrinsèques (hygiène de vie) pour éviter la démotivation.

D'après Olivier Devillard, « la motivation est inhérente à l'individu, il n'est nul besoin de la créer, elle existe. Mais il faut veiller à ne pas la dégrader ». L'idée n'est pas de motiver les collaborateurs, mais de comprendre ce qui provoque la démotivation. « Pourquoi laisse-t-on nos équipes dans un véritable état d'usure motivationnelle ? » (Devillard 2017, p11) [17]. L'auteur, dans son ouvrage, nous incite à la réflexion et à l'analyse de nos pratiques managériales afin d'éviter cette déperdition motivationnelle de nos collaborateurs en agissant sur la sphère individuelle et institutionnelle. Le processus motivationnel va dépendre du manager, mais aussi du climat et des interactions inter équipes.

Après avoir évoqué la motivation puis l'implication, il serait intéressant de s'interroger sur la notion d'engagement et plus particulièrement sur l'engagement des équipes de nuit. L'engagement correspond aux degrés d'implication de chaque individu dans son travail. Encore une fois, il dépendra du degré d'appartenance du salarié à son

institution, et à son équipe.

De cet engagement, découleront son implication, sa motivation et son envie de progresser. Quels sont les leviers dont dispose le manager pour engager ses collaborateurs et son équipe ? Cette question est d'autant plus complexe lorsqu'il s'agira des équipes de nuit.

Ce schéma ci-dessous, tiré d'une plateforme RH (ressources humaines) proposant des outils pour développer le potentiel des équipes, illustre les différents leviers permettant l'engagement du professionnel.



23

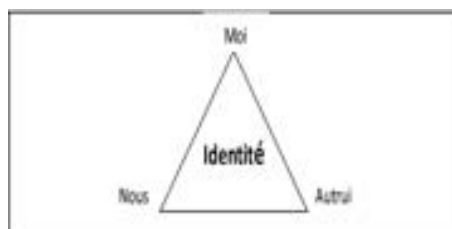
2-4 Autres concepts

2-4-1 L'identité professionnelle

Pour la plupart des métiers, l'aboutissement de l'identité professionnelle se construit à partir de valeurs professionnelles, des actions et organisations attendues et des référentiels spécifiques à nos métiers du soin.

L'identité professionnelle provient de la propre identité de l'individu. Elle se traduit par un sentiment d'appartenance lui permettant de partager en équipe des valeurs communes, un but commun ainsi que des intérêts collectifs.

D'après Claude Dubar, professeur en sociologie, l'identité se construit autour de trois dimensions : le moi, le nous et les autres, schématisés ci-dessous ²⁴:



« La construction sociale de l'identité est le produit de processus de socialisation » (Dubar 2000).

Selon Erik H. Erikson, psychanalyste, il existe différentes connotations au concept d'identité. « Tantôt, il semble se référer à un sentiment conscient d'unicité individuelle, tantôt à une force inconsciente poussant à la continuité de l'expérience, tantôt encore à une solidarité avec les idéaux d'un groupe » (1968, p. 208)²⁵. [18]

²³ bleexo.com, solutions ressources humaines.

²⁴ Dubar (2000) dans *Management & Avenir* 2010/8 (n° 38), pages 72 à 88

²⁵ [Le développement de l'identité : un processus relationnel et dynamique, Open Edition Journal](#)

Bien plus encore, les acteurs partagent aussi des intérêts, des compétences, des qualifications et dans le secteur du soin les professions sont codifiées, et les équipes partagent aussi cette culture du soin qui agrmente l'identité de notre profession.

Trois facteurs caractérisent et participent à la construction de l'identité professionnelle : « *l'identité par le métier, l'identité par l'appartenance à un groupe, et l'identité par l'appartenance à une entreprise* » (Albert et alii, 2003) [19] :

- *L'identité par le métier* représente la spécificité du métier, son activité, son référentiel de compétences
- *L'identité par l'appartenance à un groupe* que les auteurs désignent aussi comme les équipes aux statuts et valeurs identiques.
- *L'identité par appartenance à une entreprise* vectrice d'identité.

Au-delà d'une définition gravitant autour de la profession, notons que l'identité est avant tout un construit humain, l'addition de plusieurs facteurs permettant la singularité de chaque individu. Elle est une composante de l'identité globale de l'individu.

Cette identité professionnelle permet de s'identifier et de trouver son positionnement dans son institution, par rapport à sa hiérarchie, à son groupe et à ses pairs.

C'est en cela que la dimension professionnelle influence et constitue un élément fondamental sur la construction identitaire ainsi que la socialisation de l'individu.

L'identité professionnelle se construit dès la formation, elle se poursuivra tout au long de la carrière et c'est le regard entre pairs qui évolue sur le terrain.

Dans notre environnement de soins, certains groupes de soignants selon leurs spécialités, leurs environnements voire leurs activités, sont identifiés comme potentiellement bons ou moins bons qu'un autre groupe, par la spécialité qu'ils exercent, la situation géographique ou même les horaires de poste.

Ces préjugés interviennent et parasitent l'évolution ainsi que son propre regard identitaire.

Le regard de l'autre au travail influence et joue un rôle sur la construction et l'épanouissement personnel des individus.

D'après R. Sainsaulieu, l'identité au travail est « *la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur les représentations collectives distinctes en construisant les acteurs du système social d'entreprise* » soit « *la Reconnaissance de soi par autrui* ». ²⁶ (Sainsaulieu 1977).

Il existe bien une dimension sociale et culturelle dans nos relations professionnelles et l'individu a besoin de se réaliser à travers son métier. Cette réflexion, portée sur la construction de l'identité professionnelle, nous amène à réfléchir sur les représentations au travail et plus particulièrement les représentations entre pairs. Les représentations professionnelles sont ancrées dans nos schémas personnels et professionnels et sont inconsciemment transférées au fil du temps.

Boris Cyrulnik évoque dans une interview donnée dans le journal LA TRIBUNE, les représentations au travail. Il s'exprime sur la souffrance au travail aujourd'hui [20] :

« *La souffrance au travail n'est plus celle du corps, elle est celle de l'âme. Elle est psychique et mentale, elle est stress, elle est « intersubjective : 'je souffre de l'idée que je me fais de ce que vous pensez de moi'. Elle est donc désormais davantage affaire de représentation. Quelle est-elle ?* » ²⁷ Les représentations, tout comme le manque de reconnaissance au travail sont des facteurs de risques avérés de détresse psychologique. Je propose de développer cette notion de reconnaissance.

²⁶ [Sainsaulieu, R. \(2019\). L'identité au travail. Presses de Sciences](https://doi.org/10.3917/scpo.sains.2019.01)

[Po. https://doi.org/10.3917/scpo.sains.2019.01](https://doi.org/10.3917/scpo.sains.2019.01)

²⁷ latribune.fr : Boris Cyrulnik « Le travail peut être beau et rendre heureux »

2-4-2 La reconnaissance

Un aperçu du concept de la reconnaissance au travail est requis afin de mieux cerner la dimension qu'elle occupe dans le quotidien des collaborateurs et du management et pourquoi elle est tellement revendiquée.

Selon l'ANACT (agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), la reconnaissance au travail est « *un levier fort de l'engagement au travail* » et définit cette reconnaissance comme étant « *un échange qui se joue à plusieurs, une interaction qui recouvre la manière dont l'individu perçoit les marques de considération qui lui sont portées par son manager, ses collègues ou son client ainsi que les attentions qu'il porte lui-même aux autres* »²⁸.

La reconnaissance est ancrée dans nos besoins fondamentaux et pour J-P Brun (2008) elle « *est devenue une demande quasi-unanime chez les salariés.[...] Elle touche toutes les organisations, privées ou publiques et toutes les professions* ».

La reconnaissance se construit de façon interpersonnelle et existe par les interactions. Elle est verticale et horizontale. Le manager dans ses actions portées sur la reconnaissance de ses collaborateurs, devra dans son organisation intégrer l'ensemble des individus aux différents projets et valoriser les compétences de chacun d'entre eux.

En discutant et interrogeant certains de mes collègues de promotion à l'IFCS, je m'aperçois que pour la plupart les mêmes idées se dégagent : « *que font les équipes de nuit la nuit ?* » Certains ne se posent pas la question mais ne s'engagent pas vers une réponse précise.

Chantal Rivaleau, ancienne cadre de santé de nuit s'est exprimée sur le travail de nuit et évoque une enquête réalisée par un médecin de la santé au travail à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) au sujet des équipes de nuit qui révélait que les soignants de nuit souffraient de stress induit par le manque de sommeil et un manque de reconnaissance avec le sentiment de ne pas être entendu.²⁹ Pour elle : « *la reconnaissance n'est pas une revendication marginale, elle est décisive dans la dynamique de la mobilisation subjective de l'intelligence et de la personnalité dans le travail* ». [21]

Dans son livre « *Infirmières, le savoir de la nuit* » Anne Perraut-Soliveres évoque « *La vision qu'ont, de la nuit, les acteurs du jour, encadrement compris, s'exprime généralement par une méfiance indéfectible liée à la méconnaissance des codes et des valeurs en vigueur dans ce monde à part* ». Elle ajoute « *on ne choisit pas la nuit pour moins travailler, mais pour travailler différemment avec moins de contraintes* » [22] Les différents articles des revues spécialisés du soin traitant des équipes de nuit sont presque unanimes : les équipes de nuit sont en mal de reconnaissance.

« *Manque de reconnaissance* », un sentiment qui revient souvent chez les soignants. Les équipes de nuit subissent encore le regard parfois dévalorisant de la part de leurs pairs, par l'appellation de « *veilleurs de nuit* » qui persistent, des soins décrits comme moins techniques, mais aussi par ce choix non compris de cet horaire caractérisé par le calme et le sommeil. Ces représentations erronées du travail de nuit pourraient expliquer en partie ce manque d'implication ainsi que cette perte motivationnelle.

Lors d'une interview menée par Joseph Confavreux pour la revue *Le Crieur* avec Anne Perraut-Soliveres) [23], l'auteur, infirmière et chercheuse déclarait : « *C'est ainsi que l'épanouissement professionnel d'une infirmière de nuit passe par sa capacité à surmonter sa frustration d'une reconnaissance par ses pairs et par les médecins, par l'acceptation d'une certaine impuissance* »³⁰.

²⁸ www.anact.fr

²⁹ Rapport Chantal Rivaleau, mai 2003. www.cadredesante.com

³⁰ Le travail de nuit à l'hôpital et ses savoirs professionnels, Infirmiers.com

La reconnaissance de ses collaborateurs par le cadre de santé est une forme d'expression gratifiante, une compétence peu valorisée qui pourtant, fait partie de ses fonctions.

Dans ses écrits, Paule Bourret nous livre ses difficultés intrinsèques aux missions du cadre de proximité. [24] Ces actions humaines et primordiales du quotidien sont pourtant invisibles. Elle évoque les mécanismes et rituels de reconnaissance dans les actions du cadre de santé au quotidien : « *outré une fonction de reconnaissance et de gratification symbolique, ces formes ritualisées ont une fonction de rapprochement du cadre vis à vis des équipes* »³¹.

La reconnaissance est définie par Christophe Dejours comme étant une rétribution attendue par l'individu en contrepartie d'un travail fourni et qu'un jugement soit produit à la suite de ce travail.

Christophe Dejours distingue deux sortes de jugements : le jugement "d'utilité" et le jugement "de beauté". Le premier est rendu par la rémunération, ou l'évaluation par l'employeur, le client, le patient : par exemple par les questionnaires de satisfaction dans les établissements de santé, tandis que le second le "jugement de beauté est rendu par les pairs, les collègues directs"³².

C'est par ces jugements et cette reconnaissance par l'autre que l'identité professionnelle se construit.

Selon Pascale Molinier, la construction de cette reconnaissance joue un rôle majeur dans cette fameuse construction de l'identité professionnelle : "*toucher à l'identité professionnelle c'est toucher au noyau, à l'armature même de la santé mentale. En effet dans le cadre de la psychodynamique du travail, l'identité serait une sorte d'armature de la santé mentale résultante d'un travail d'unification psychique qui procure un sentiment de stabilité et de cohérence du moi à travers le temps*".³³ [25]

La reconnaissance au travail est un facteur fondamental dans l'accomplissement, la performance, mais aussi la réussite et le bien-être au travail.

Selon Abraham Maslow psychologue humaniste, le besoin de reconnaissance est primordial. Il englobe le besoin d'appartenance, le besoin d'estime de soi et le besoin de réalisation et d'accomplissement. Il considérerait que pour s'accomplir pleinement les 5 besoins de la pyramide doivent être satisfaits.

A l'issu de ce travail de réflexion, je pourrai ajuster mes hypothèses et supposer que les notions et concepts ci-dessus, pour être appliqués, demanderaient le déploiement de certaines compétences managériales.

2-4-3 Hypothèses après le cadre conceptuel

- **La nuit, le rôle du cadre est indispensable pour impulser un engagement des équipes.**
- **La présence d'un cadre de santé de nuit est nécessaire pour donner du sens au travail la nuit, assurer la complémentarité des équipes jour/nuit et ainsi garantir la qualité et la sécurité du patient.**

Pour valider ces hypothèses, une enquête de terrain, présentée au chapitre suivant, a été réalisée.

³¹ [Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lie invisible P.91](#)

³² [Reconnaissance au travail et reconnaissance du travail | Economia](#)

³³ [Pascale Molinier \(2006\). Les enjeux psychiques du travail. Nouvelle édition. Petite bibliothèque Payot.](#)

3 Enquête de terrain

L'objectif de l'enquête de terrain permet de recueillir les informations nécessaires auprès de la population ciblée autour de ma problématique afin, dans un premier temps, de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses. L'enquête est l'occasion d'explorer de nouveaux concepts, d'identifier certaines pratiques, attitudes et croyances. Le questionnaire permet aussi d'éclairer et d'analyser le phénomène traité, le but étant de pouvoir évaluer ces données et proposer des actions à mettre en place.

3-1 Méthodologie

J'ai choisi, pour mener mon enquête, de me diriger vers une méthode qualitative et de construire des entretiens semi-directifs à réponses plutôt libres.

Pour Alain Blanchet (professeur de psychologie à l'université de Paris 8) et Anne Gotman (sociologue et directrice de recherche au CNRS) [26], « *la caractéristique principale de l'entretien est qu'il constitue un fait de parole* ». Ils ajoutent que les entretiens exploratoires ont pour fonction « *de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément, et de compléter les pistes de travail suggérées par ses lectures*³⁴ ».

Le questionnement est construit au regard de ma problématique et centré sur mes hypothèses et mon cadre conceptuel.

J'ai élaboré 2 grilles d'entretiens ciblant une population soignante jour et nuit (IDE/AS) et une population cadre de santé jour et nuit également en intégrant les FFCDS. Les grilles sont quasi similaires seulement 2 questions sont ciblées sur le corps de métier. Ces grilles d'entretiens ont été validées par ma Directrice de mémoire au préalable.

Un pré test a été effectué sur une étudiante CDS de ma promotion et je n'ai pas senti le besoin de la modifier.

Certaines questions ont nécessité une reformulation ou une relance, cela signifie sans doute que les questions n'étaient pas suffisamment claires ou mal formulées (cela sera précisé dans l'analyse).

Les guides d'entretiens (ANNEXE VI et VII) comportent 15 questions pour les CDS et 16 questions pour les soignants.

La plupart des entretiens ont été enregistrés. Certains n'ont pas pu l'être pour des raisons techniques ou de refus de la personne interviewée.

L'objet de l'enquête a été annoncé dans les grandes lignes afin de ne pas induire de réponses chez la personne interrogée. Le principe d'anonymat est présenté avant chaque entretien et les questionnaires ne sont pas nominatifs.

Les entretiens ont été effectués en présentiel sur la période de 13 avril au 11 mai 2022, en face à face et sans interruption dans les structures respectives. Un entretien seulement a été effectué en Visio (plateforme zoom).

L'objectif et la finalité de cette enquête étant de faire un état des lieux au regard de mes hypothèses et d'identifier des pistes de réflexions utiles au management des équipes.

Je débiterai par la présentation de la population ciblée, ensuite, j'énoncerai les questions et réponses ainsi que leurs analyses, puis je terminerai cette partie par les bénéfices et les limites de cette enquête.

³⁴ [L'enquête et ses méthodes-l'entretien/Blanchet&Gotman](#)

3-2 Choix du terrain et des personnes interrogées

J'ai choisi, en accord avec ma Directrice de mémoire, d'exclure les unités aigues types réanimation, soins intensifs et urgences partant du fait que ces services avaient souvent des organisations spécifiques avec des équipes travaillant souvent en rotation : « les 3 huit ». En effet, les exigences du travail infirmier dans ces unités étant comparables le jour et la nuit du fait de la complexité des soins techniques, de la surveillance aigue de la plupart des patients.

Les établissements de soins ciblés sont les suivant : services hospitaliers ou cliniques privées de soins généraux : médecine, psychiatrie, SSR, gériatrie. Il m'a semblé intéressant de cibler les soignants ainsi que les cadres de santé afin de connaître les différents ressentis et de pouvoir croiser leurs réponses.

J'ai fait le choix de me rapprocher des IDE et des AS pour garder une réelle dimension d'équipe dans mon panel. L'âge et le genre n'ont pas été des critères de choix de cette enquête, mais à titre indicatif les personnes interrogées sont toutes des femmes âgées de 27 à 56 ans, l'âge moyen des CDS étant de 49 ans et 43 ans pour les soignants.

Les questions 1 et 2 indiquant la structure et l'ancienneté sur le poste actuel sont reproduites ci-dessous, elles contribuent à situer la personne interrogée dans son environnement :

		Structure/département	Jour	Nuit	Les 2	-de 5ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 15 ans	Plus de 15 ans
Cadre de santé	1	Clinique privé SSR : CDS			X			X	
	2	Hôpital public :FFCDS		X		X			
	3	Oncologie : CDS	X			X			
	4	Hôpital public psychiatrique : FFCDS	X			X			

		Structure/département	Jour	Nuit	Equipe managée par un cadre de santé de jour	Equipe managée par un cadre de santé de nuit	-de 5ans	Entre 5 et 10 ans	Entre 10 et 15 ans	Plus de 15 ans
Soignants	1	Hôpital public :AS	X		X					X
	2	Hôpital privé : IDE	X		X		X			
	3	Clinique privée SSR IDE		X	X		X			
	4	ESPIC SSR :IDE		X		X		X		

Chaque entretien effectué a été riche et constructif. Les personnes interrogées se sont livrées et exprimées librement dans un climat de confiance.

Sur la première grille, nous pouvons constater qu'une seule cadre de santé est postée depuis plus de 10 ans dans son service et une soignante quant à elle travaille au sein de son unité depuis plus de 15 ans. Sept personnes interrogées sur huit exercent depuis plus de 10 ans, la plus jeune d'entre elles est diplômée depuis 5 ans (la notion d'ancienneté dans le domaine du soin n'est pas mentionnée dans le tableau et n'est pas un élément retenu lors de l'enquête).

La grille ci-dessous permet d'identifier mes questions au regard de mon cadre de référence. Le vocabulaire et expressions des personnes sont conservés, il s'agit d'une retranscription du verbatim des interviewés.

Problématique	<ul style="list-style-type: none"> •En quoi la reconnaissance des équipes de nuit par leurs pairs permettrait l'engagement et l'implication professionnels ? •Quel serait le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des équipes de nuit et quelle serait la stratégie à adopter pour favoriser la fédération, l'implication des équipes de nuit dans les projets institutionnels (travaux, réflexions, instances) ? 	
Hypothèses	<ul style="list-style-type: none"> •La présence et le Rôle du cadre de nuit pour donner un sens au travail la nuit et améliorer la continuité des soins. •Garantir une cohésion d'équipe ainsi qu'une complémentarité jour nuit : levier pour favoriser la qualité des soins •Le travail sur la reconnaissance des équipes de nuit, un acte managérial et un levier motivationnel •La nuit, le rôle du cadre est indispensable pour impulser un engagement des équipes. •La présence d'un cadre de santé de nuit est nécessaire pour donner du sens au travail la nuit, assurer la complémentarité des équipes jour/nuit et ainsi garantir la qualité et la sécurité du patient. 	
		Questions
Cadre conceptuel	•Le travail de nuit (contraintes, isolement, etc.)	7, 10
	•L'équipe	3, 5, 13, 16
	•L'identité professionnelle/les représentations	14 (AS), 15 (CDS)
	•L'implication/motivation/engagement/reconnaissance	4, 9, 14
	•Cadre de santé de nuit rôles et missions	11, 12,

3-3 Présentation et Analyse des résultats

Je procéderai à la restitution des entretiens et l'analyse des résultats de l'enquête en trois temps.

Tout d'abord, la catégorie des cadres de santé, puis les soignants et enfin je proposerai une synthèse générale en croisant les données des deux groupes.

Les propos recueillis sont une synthèse des réponses les plus pertinentes retenues. (Extraits en annexe VIII).

L'analyse de chaque catégorie sera présentée question par question sous forme de tableau.

3-3-1 Entretiens Cadres de Santé

Question 3 : comment décrieriez-vous les relations équipe de jour/équipe de nuit ?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>Relations plutôt bonnes et confiantes, volonté de continuité dans l'activité et entraide, relation sereine. Avec l'arrivée d'un nouveau cadre, il existe aujourd'hui un clivage. Nous n'avons pas toujours les mêmes réponses et attitudes.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>Les relations sont assez conflictuelles du type « je t'aime moi non plus »</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Les relations sont plus apaisées qu'avant. Avant, c'était la « guéguerre » entre équipes de jour équipes</i>

	<i>de nuit. Aujourd'hui, avec la cadre de santé de nuit, nous essayons d'établir une cohésion d'équipe de partager le travail.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Relations parfois conflictuelles. En général sur les tâches ou les soins non effectués par l'équipe de jour donc sur la continuité des soins l'équipe de jour laisse parfois des tâches à l'équipe de nuit (exemple plateaux non débarrassés poubelle non vidée). L'équipe de nuit ne comprend pas. Les conflits sont souvent dus à un manque de communication</i>

→ [Commentaire/Analyse :](#)

3 cadres de santé sur 4 ont répondu que les relations des équipes jour/nuit étaient plutôt conflictuelles. En oncologie, les relations s'apaisent depuis le rapprochement des cadres de santé jour/nuit. En SSR, la cadre de santé semble ressentir un début de clivage entre les équipes et l'identifie depuis l'arrivée d'un nouveau cadre de santé dans l'établissement. J'en conclus que le rôle du CDS peut influencer ces relations et joue un rôle important, au sein du collectif, dans cette construction de cohésion d'équipe.

Ces conflits sont assimilés à un défaut de continuité des soins : travail laissé à l'équipe suivante et à un manque de communication. Toutes les personnes interrogées ont connu ou observé des hostilités entre les équipes jour/nuit.

Question 4 : pensez-vous que l'implication professionnelle diffère la nuit et le jour?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>Non. Lors de la certification, l'engagement des équipes de nuit a été fort, les enjeux ont été perçus. L'implication par rapport aux patients est forte. Ils se sentent à part, mais ne sont pas en recherche d'informations. Ils ne lisent pas et sont défaillants dans la recherche d'informations. «On n'est jamais au courant de rien» ils ne lisent pas.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>Non. Lorsqu'on est employé de jour comme de nuit, on doit faire les choses. L'engagement professionnel est sacré.</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Oui. Déjà, aujourd'hui nous avons beaucoup d'intérimaires. Avec des personnes fixes il y a moins de problèmes à s'impliquer.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Oui cependant l'implication n'est pas la même de jour et de nuit. La nuit elle existe mais elle est plus difficile.</i>

→ [Commentaire/Analyse :](#)

Les cadres, sont sur cette question assez partagés. Il en ressort que l'implication n'est pas la même le jour et la nuit, mais elle est présente quelles que soient les équipes. La nuit, l'implication sera centrée sur la relation avec les patients.

Cela rejoint notre descriptif des équipes de nuit exposant une équipe proche et à l'écoute du patient.

L'engagement est évoqué par la CDS 2 et semble être une valeur, mais sans plus de précisions.

Pour la CDS 3, l'implication, aujourd'hui, est parasitée par la présence au quotidien des intérimaires et la difficulté à stabiliser les effectifs de nuit. Ces propos sont confirmés par les discours recueillis et évoqués dans notre cadre de référence, ce

phénomène étant d'actualité et relayé aujourd'hui dans la presse spécialisée [27]: « *L'intérim est un grand destructeur du collectif de travail* » souligne Marc Lorient, membre de l'Idhes (laboratoire de recherche en sciences sociales).³⁵

Question 5 : on parle souvent de clivage jour/nuit. Pensez-vous que cela existe dans votre unité ?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>Non.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>Oui. Cela a toujours existé. C'est plus ou moins selon les équipes</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Oui.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Oui</i>

Question 6 : si oui, pour quelles raisons ?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>Pas d'animosité ces derniers temps.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>Il y a une dominance de la part des équipes de jour « je sais plus que toi ». L'équipe de jour se croit meilleure.</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Parfois le travail n'est pas fait par l'équipe de nuit par manque de formation. Aujourd'hui il y a plus de rigueur avec la politique de qualité et sécurité des soins du coup nous formons un peu plus les équipes à la chimiothérapie par exemple.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Pour moi le clivage jour-nuit existe partout. Il ne repose pas sur des fondements, mais plutôt sur des incompréhensions des non-dits</i>

→ [Commentaire/Analyse questions 5 et 6 :](#)

Trois personnes sur 4 ressentent un clivage des équipes jour/nuit. Cela vient corroborer les différents articles et témoignages retranscrits dans mon travail. Pour la CDS 2, l'équipe de jour domine et pense détenir plus de savoirs, et pour la CDS 3 si le travail n'est pas fait par la nuit cela peut signifier un manque d'assurance et un besoin de mise à jour des compétences. La CDS 4, quant à elle, affirme que le clivage existe partout et qu'il n'est pas réellement fondé sur des pratiques, mais plutôt sur des habitudes reproduites au fil du temps.

Encore une fois, ces réponses montrent que les CDS tout comme les références citées, confirment cette notion de clivage dans nos structures de soins.

Question 7 : d'après vous existe-t-il un isolement des équipes de nuit ?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>Oui. L'équipe se sent isolée. Ils ne connaissent pas leurs collègues kiné, médecin etc.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>Oui</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Oui, en revanche il y a beaucoup plus d'entraide dans l'équipe.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Oui</i>

³⁵ [Nuit après nuit, l'hôpital perd des soignants. Infirmiers.com](#)

Question 8 : si oui, pourquoi ?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>C'est le sentiment des équipes. Pourtant, ils font les formations avec les équipes de jour. Le cadre de santé les intègre dans tous les projets, mais l'équipe de nuit ne vient pas. Certaines réunions sont faites en début de nuit.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>C'est la raison pour laquelle il existe des cadres de santé de nuit. Pour créer des liens du soutien. C'est pour cela que je me déplace toutes les nuits. L'équipe souffre de manque de soutien institutionnel.</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Isolé par rapport à l'information. Isolé au niveau de l'institution. L'équipe de nuit n'est pas isolée dans le sens où il existe une cohésion d'équipe à l'intérieur même de l'équipe (entraide entre les différentes unités la nuit).</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>En psychiatrie si le patient décompense l'équipe est livrée à elle-même elles n'ont pas de médecin sur place. L'isolement est important dans les situations d'urgence.</i>

→ [Commentaire/Analyse questions 7 et 8 :](#)

Les CDS répondent à l'unanimité que les équipes de nuit sont isolées. Pour la CDS 1 il s'agit plutôt d'un ressenti des équipes, car d'après elle, la nuit est intégrée dans tous les projets et formations. L'isolement est décrit de différentes façons : l'isolement vis-à-vis de l'institution, l'isolement informationnel, et l'isolement dans le soin et l'urgence comme le décrit la CDS 4 du secteur psychiatrique. Cette notion est retrouvée dans le rapport sur les équipes de nuit de Chantal Rivaleau.

En effet face à certaines situations cliniques, l'équipe de nuit n'aura pas les ressources humaines et ne prodiguera pas les soins dans les meilleures conditions.

Question 9 : quelles sont d'après vous, les motivations de choix d'un poste de nuit?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>Certains soignants sont effrayés par le rythme de jour. L'activité fait peur, c'est souvent le cas des jeunes diplômés de nuit. Organisation familiale. Des craintes en fin de carrière. Parfois, il s'agit du rythme naturel, la personne n'arrive pas à se lever le matin.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>Vie personnelle et familiale. Confort personnel et choix.</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Pour ma part, j'ai travaillé de nuit pour pouvoir intégrer l'établissement. Pour le contact avec le patient et le contexte de la prise en charge. Pour l'organisation personnelle (garde d'enfants etc). Pour convenance personnelle (oiseau de nuit). Le travail de nuit pour les débutants dans nos unités est très formateur.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Les gens choisissent de travailler la nuit pour l'ambiance, pour ne pas avoir de médecin sur le dos. Par exemple, elle ne souhaite pas participer aux consultations (spécificité en psychiatrie). Cela peut être le choix de travailler en équipe restreinte.</i>

→ [Commentaire/Analyse :](#)

Les réponses qui reviennent le plus souvent sont : le choix personnel et l'organisation familiale, le rythme de travail moins dense. Autres arguments avancés : l'ambiance de travail et le besoin de travailler en groupe restreint. Cela rejoint notre cadre conceptuel.

Une seule personne évoque le contexte de la prise en charge et la disponibilité dans la relation avec le patient.

Question 10 : quelles sont pour vous les 3 plus grandes difficultés à travailler de nuit ?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>Manque d'information : qualité des transmissions médiocre et manque d'outils problème d'organisation inégalité dans les horaires de nuit. Manque de matériel tout est sous clé des équipes de nuit n'ont pas tous les accès. Problématique dans la coordination avec les médecins d'astreinte, nous sommes obligés d'insister pour avoir un médecin. La présence d'un cadre de santé dans chaque unité peut cliver une équipe.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>Garder une bonne santé La mésentente avec son binôme La solitude L'adaptation.</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Être inversé en termes de sommeil/fatigue Moins d'échanges avec les équipes (médical paramédical, etc.). Cela empêche la montée en compétence. Gérer le travail en sous-effectif.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Silence ++ Temps de réflexion Gestion de la vie familiale Gestion des urgences Conflit Inter équipes (par exemple si le soignant ne s'entend pas avec son binôme cela est compliqué).</i>

→ [Commentaire/Analyse :](#)

Les personnes interrogées ont conscience des difficultés et répercussions induites par un travail nocturne.

À nouveau, la CDS 1 évoque un potentiel problème avec la présence d'un CDS dans chaque unité. Un unique CDS pour l'ensemble de l'équipe serait pour elle un facteur d'entente et éviterait le clivage inter équipe.

La problématique de travailler en sous-effectif apparaît à nouveau sur cette question. Cette problématique se révèle forcément au vu du contexte de fuite des soignants auquel nos établissements font face actuellement.

Une seule personne évoque la gestion de la famille comme étant une difficulté. En effet, pour la CDS 4, les horaires « atypiques » pourraient être une contrainte pour la vie familiale, ceci ne va pas dans le sens des différents travaux sur les choix d'un poste de nuit qui eux l'expriment comme un choix de vie facilitant l'organisation familiale.

Deux CDS semblent être sensibles aux conflits inter équipe et à la mésentente entre binômes. Effectivement, cette approche est loin d'être négligeable et la gestion des conflits est un des enjeux essentiels de la qualité de vie au travail (QVT).

La solitude et le manque d'information apparaissent comme étant des difficultés à travailler la nuit, ce qui renvoie aux différentes formes d'isolement évoquées en amont.

Question 11 : quelles sont les missions du cadre de santé ayant en charge les équipes de nuit ?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	La présence. Permet de faciliter le travail. Fait le lien avec le jour et la direction et l'administration
CDS 2 nuit : Hôpital public	Créer des liens , donner du sens à son travail. Donner de la reconnaissance , discuter et recueillir leurs besoins en formation entendre leur difficulté et les remonter à la direction. Le cadre de santé est une personne ressource . La nuit je ne fais pas les plannings je gère les difficultés
CDS 3 jour : Oncologie	Pour moi il y a 2 missions : 1- Assurer la garde et l'astreinte (les urgences gérer tous les métiers de nuit la logistique les problématiques). 2- Être auprès des équipes de nuit , gérer les plannings le suivi des formations la coordination entre les équipes la nuit
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	Gestion des plannings. Gestion des lits Gestion des problématiques de nuit , de logistique et conflits

→ [Commentaire/Analyse :](#)

La gestion des problématiques de nuit revient à 3 reprises. Elle n'est pas formulée de façon identique mais, elle ressort comme étant essentielle. La gestion des plannings apparaît aussi pour 2 CDS. Pour la CDS 2 exerçant de nuit, l'élaboration des plannings et sa gestion ne font pas partie de ses fonctions. Elle réorganise les effectifs en cas d'absence inopinée uniquement. Son rôle est essentiellement un management de proximité, soit la communication, l'information et la sécurité des soins. Elle revendique l'importance de créer un lien, et de reconnaître le travail des équipes. Pour résumer, le rôle du cadre de nuit serait la gestion des problématiques de nuit et la pratique d'un management « facilitateur ». La communication et l'écoute sont des leviers permettant la reconnaissance de leur travail.

Question 12 : comment évalueriez-vous, sur une échelle de 1 à 5, la cohésion d'équipe de soins jour/nuit au sein de votre unité ? (1 pas de cohésion du tout, 5 très bonne cohésion).	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	4
CDS 2 nuit : Hôpital public	2,5 : peu de cohésion
CDS 3 jour : Oncologie	2,5 Mais cela dépend des équipes
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	3,5

→ [Commentaire/Analyse :](#)

La « très bonne » cohésion inter équipe n'apparaît pas sur ce panel. Seule la CDS 1 en secteur privé SSR évalue la cohésion de ses équipes à 4. Ce qui paraît être plus que convenable. La cohésion d'équipe reste très aléatoire et dépend beaucoup des équipes et des personnalités.

Malgré la construction récente d'une dynamique d'équipe jour/nuit dans son unité, la CDS 3 évalue à 2,5 la cohésion de ces équipes. L'absence d'une équipe fixe et l'emploi au quotidien d'intérimaires justifie cette évaluation.

La CDS regrette cette instabilité et redoute que celle-ci perdure.

Question 13 : comment les équipes de nuit s'impliquent-elles au sein de la vie institutionnelle ou dans les projets de services (communication, instances, réunions) ?	
CDS 1 jour/nuite : Clinique privée SSR	<i>Les équipes de nuit sont laxistes, elles pourraient faire partie de certaines instances. Elles proposent une bonne continuité des soins en revanche ne s'impliquent pas dans les instances. Sauf pour la certification, ils se sont entraînés et ont remarquablement joué le jeu...</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>L'équipe de nuit est sollicitée par le cadre de santé qui propose de venir en journée pour participer aux réunions. Il est compliqué de se déplacer en journée. Le Cadre de santé qui va détecter le potentiel de ses équipes, repérer les personnes ressources et les inciter à participer aux différents projets.</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Nous avons des référents dans certaines instances (CLIN, CLUD) parfois même des IDEC. Cela dit, il est difficile de les faire venir en journée. Avec la certification en ce moment, nous organisons des réunions de 18h à 19h. les équipes de nuit sont présentes. Les équipes sont informées par le biais de la newsletter.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Aménagement du planning souvent sur la base du volontariat. Participation à des groupes de travaux type transmission ciblée et formation. Certains soignants de nuit demandent des immersions de jour (pour maintenir ou approfondir leurs compétences).</i>

→ Commentaire/Analyse :

Les cadres de santé sont unanimes, il est compliqué de faire venir les équipes de nuit en journée et de maintenir une participation aux instances de façon régulière.

L'implication est présente lors des certifications et les enjeux sont perçus. L'encadrement semble s'organiser sur la période de certification pour accompagner les équipes de nuit. J'en conclus donc que lorsque les équipes sont mobilisées et accompagnées l'implication est concrète et le résultat est présent.

La CDS 1 souligne l'implication dans la continuité des soins : les équipes anticipent certains soins planifiés au matin pour le confort du patient mais aussi dans le but de faciliter le travail de leurs collègues de jour.

Il persiste chez certains soignants, une volonté de maintenir un lien avec l'univers de jour (lien, savoirs, technicité) en sollicitant des immersions en journée.

Le rôle du cadre de santé apparaît dans une réponse : « il détecte le potentiel de ses équipes, il sollicite les soignants dans la participation aux projets ».

Question 14 : quel serait en 2 mots votre représentation du travail de nuit ?	
CDS 1 jour/nuite : Clinique privée SSR	<i>Professionnel même s'il y a des dérives, des cas exceptionnels. Le Courage, car le rythme est difficile psychologiquement et physiquement.</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>Un silence. Travail intéressant il n'y a jamais de routine. « Mes yeux brillent pour le travail de nuit »</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>La complémentarité (dans l'idéal) La dévalorisation du métier de nuit.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Gestion des angoisses avec mise en place de stratégies. Autonomie, gestion de crises.</i>

→ [Commentaire/Analyse :](#)

Les réponses sont homogènes et différentes, mais toutes les réponses induisent un certain respect vis-à-vis des soignants de nuit.

Ce métier est peu valorisé selon la CDS 3.

Etrangement, l'isolement et l'exclusion ne sont pas évoqués sur cette question en revanche, la dévalorisation est citée par la CDS 3, elle précise que la représentation idéale du travail de nuit serait « la complémentarité ».

Question 15 : Avez-vous un commentaire à ajouter sur la dynamique d'équipe jour/nuit ?	
CDS 1 jour/nuit : Clinique privée SSR	<i>Très bonne relation jour et nuit. L'équipe de jour prend des heures supplémentaires la nuit donc connaît le travail de nuit. Un message pour valoriser les relations jour/nuit : communiquer et avancer le travail de jour pour améliorer la continuité</i>
CDS 2 nuit : Hôpital public	<i>La dynamique dépend des unités de la spécialité et des services. A l'hôpital la nuit, ça ne dort pas.</i>
CDS 3 jour : Oncologie	<i>Les équipes de jour font des heures supplémentaires de nuit pour renforcer les équipes de nuit. Cela a permis de créer des liens dans les équipes. De casser les représentations. Depuis les nouvelles politiques de gestion des risques et de sécurité nous organisons des immersions de jour pour les équipes de nuit afin d'homogénéiser nos pratiques de soins.</i>
CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique	<i>Un clivage persiste entre jour et nuit et pourtant l'identité et le travail sont les mêmes. Il persiste aussi des représentations erronées du type « la nuit les gens dorment » et pourtant la nuit, c'est un autre monde il y a du travail.</i>

→ [Commentaire/Analyse :](#)

Le contexte actuel et la difficulté à recruter du personnel de nuit contraint les soignants de jour à effectuer des heures supplémentaires la nuit. Ce phénomène favorise le lien et il est exprimé à deux reprises sur cette question.

Selon la CDS 2 la dynamique d'équipe varie selon la spécialité exercée. Cela renvoie à mon interrogation de départ, les équipes ayant une organisation alternant des horaires de jour et de nuit profiteraient d'une meilleure dynamique d'équipe.

Les représentations restent le frein principal à cette construction de dynamique d'équipe jour/nuit.

L'identité professionnelle apparaît pour la première fois sur cette enquête.

3-3-2 Entretiens soignants

Question 3 : comment décrieriez-vous les relations équipe de jour/équipe de nuit ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Mon ressenti et cela reste personnel : impression que le travail s'arrête à 21h et qu'ensuite, il n'y plus rien. On retrouve le matin les patients souillés, parfois habillés.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>J'ai toujours pensé qu'on était une seule équipe, on se passe le flambeau le jour et la nuit. On est parasité par le cadre de santé parfois qui amplifie les problèmes d'équipes.</i>

	<i>Certaines discordes pourraient être réglé être nous.</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>Dans mon service ça va mais sur un autre poste ce n'était vraiment pas facile j'ai passé un mois en immersion de jour cela a été très utile. Nous avons de très bonnes relations avec l'équipe de jour on arrive à se dire les choses.</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Relations conflictuelles. L'équipe de jour ne fait pas confiance à l'équipe de nuit. L'équipe de jour pense que l'équipe de nuit travaille 3 heures et dort le reste de la nuit. Même sur les autres structures, c'est pareil.</i>

→ Commentaire/Analyse :

Sur cette question des relations d'équipes jour/nuit, il ressort que 2 soignants sur 4 ne perçoivent pas d'unicité d'équipe. Pour ces professionnels, les rapports sont conflictuels et il persiste des représentations péjoratives du travail de nuit : « *le travail s'arrête à 21h* », « *l'équipe de jour pense que l'équipe de nuit dort* ». Une soignante (ide) identifie la continuité, elle emploie le terme de « flambeau », expression qui prend tout son sens et qui évoque la continuation d'une tâche. Pour cette IDE les problématiques d'équipe sont majorées par l'intervention de la cadre de santé qui d'une certaine manière « officialise » le conflit. Une soignante sur 4 évoque l'utilité de l'immersion en journée. Elle pense que celle-ci lui a permis de faire sa place au sein de l'équipe au sens large.

Pour résumer, il serait intéressant de mettre en avant le rôle du manager sur ces postures de médiateur et facilitateur dans cette problématique de conflits, afin de rapprocher les équipes. Les représentations sont évoquées spontanément, elles induisent indirectement des conflits et parasitent la cohésion d'équipe. Cela vient corroborer l'une de mes hypothèses ainsi que les propos de la cadre de santé interrogée lors de ma première approche par l'entretien exploratoire . Et pour finir, l'immersion semble être un « outil » appréciable et permet de créer un lien avec ses pairs.

Question 4 : pensez-vous que l'implication professionnelle diffère la nuit et le jour ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Oui, la journée on gère plus : la famille, la matériel, les désinfections. La nuit, elles n'ont pas les cadres de santé. Nous, la CDS est beaucoup derrière nous.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>Non mais le travail est différent on ne fait pas les mêmes choses si l'équipe de jour ne finit pas ses tâches la nuit le prend mal et pense qu'ils n'ont pas voulu effectuer le travail. L'implication est différente selon certains soignants</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>La nuit, nous sommes plus impliqués dans la relation avec le patient Cependant on ne connaît pas les médecins et les cadres</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Non. Tout dépend du soignant. L'implication est la même, c'est une histoire de personne.</i>

→ Commentaire/Analyse :

Sur cette question qui aborde l'implication professionnelle il est intéressant de remarquer que l'implication n'est pas perçue de la même façon, le contenu des réponses est ambivalent : « *non l'implication n'est pas la même mais le travail est différent* » : soignant 2.

Les 2 soignants de nuit interrogés identifient une implication formelle des équipes de nuit. Si l'implication n'est pas présente c'est une histoire d'individu. L'implication auprès du patient est plus présente. Le relationnel est mis en avant.

Pour ce qui est des personnes de jour interrogées, l'implication est décrite comme différente. Les équipes ne gèrent pas la logistique des familles, du matériel et n'ont pas de hiérarchie pour contrôler leur travail.

Chez les soignants personne n'évoque l'implication au sens d'investissement dans un projet quelconque, elle est formulée plutôt dans le sens de la charge en soins et en relationnel.

L'implication est une histoire de personne et non d'équipe.

Question 5 : on parle souvent de clivage jour/nuit. Pensez-vous que cela existe dans votre unité ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Oui, mais cela dépend aussi des équipes.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>Oui.</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>Non enfin cela dépend des équipes.</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Besoin de reformuler la question car non comprise Non.</i>

Question 6 : si oui, pourquoi ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>La nuit, c'est un monde à part. Les équipes de nuit sont en poste depuis trop longtemps. Ce sont de longues carrières, mais elles n'évoluent pas et ont des rituels. Les équipes ne sont pas formées et sont en difficultés sur la prise en charge de certaines pathologies comme les Alzheimer.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>Je pense que c'est la cadre de santé qui effectue ce clivage involontairement. Certains problèmes peuvent être réglés dans l'équipe sans forcément passer par le cadre</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>Cela dépend avec qui on travaille.</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Pas de clivage sur mon équipe actuelle . On arrive à bien communiquer. Mais en général oui il existe un clivage.</i>

→ Commentaire/Analyse : (questions 5 et 6)

Le clivage apparaît dans les 4 entretiens. 2 soignants évoquent l'avoir déjà ressenti, mais ne le vivent pas dans le poste actuel. Il aurait été judicieux d'approfondir sur ces différences de ressentis. Pourquoi le clivage s'installe. Le défaut de communication paraît clairement être un facteur de clivage.

Pour la soignante 1 travailler de nuit trop longtemps amplifie ce clivage.

La soignante 2 pense que la CDS pourrait involontairement induire ce clivage en pointant certaines problématiques minimes.

Le clivage n'est pas un phénomène propre aux équipes jour/nuit, dans nos établissements de santé, il apparaît dans plusieurs de nos organisations : les équipes avec des horaires qui diffèrent (9h/17h par exemple), clivage entre les différentes

spécialités dans le même établissement, les soins et le médico-social, le soin et l'administratif, etc.

Il aurait été intéressant de connaître le point de vue d'une équipe de soins travaillant par roulement cyclique de jour et de nuit afin d'observer cette notion de clivage lorsque les nuits sont «partagées» par tous.

Question 7 : d'après vous existe-t-il un isolement des équipes de nuit ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Oui, certainement</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>Non</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>Oui</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Oui</i>

Question 8 : si oui pourquoi ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Ils n'ont pas de CDS, pas d'ide sur place (l'ide se trouve sur l'unité de médecine gériatrique) et elle ne se déplace pas forcément. Personne ne va les voir. La CDS est présente 3 fois/an jusqu'à 22h.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>Nous avons été isolés uniquement sur la période COVID</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>Impression d'être délaissé Nous ne sommes pas forcément écoutés sur la charge de travail. Notre charge de travail est minimisée</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>S'il n'y a pas de cadre de santé on est seul. On n'est pas invité aux réunions, on ne peut pas communiquer comme on le voudrait avec la hiérarchie.</i>

→ [Commentaire/Analyse](#) : (questions 7 et 8)

Pour une personne sur 3, il n'existe pas d'isolement des équipes de nuit. Pour cette même personne l'isolement a été perçu uniquement sur la période COVID.

Pour les 3 autres soignantes, l'absence du manager marque davantage l'isolement. Personne n'évoque un isolement des équipes vers l'institution ou la Direction qui est pourtant largement exposé dans la littérature.

Deux soignantes sur quatre évoquent le cadre de santé comme acteur pouvant rompre cet isolement.

Pour la première soignante, être isolée renvoie d'emblée à l'absence du cadre. Le cadre est un soutien de fait par sa présence.

Question 9 : quelles sont d'après vous, les motivations de choix d'un poste de nuit?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Gardes enfants. Conjoint de nuit Pas la capacité à suivre le travail de jour (exemple les fins de carrière).</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>Pour moi il s'agit d'un défi. Pour le rythme pour le rapport avec le patient pour permettre une meilleure concentration pour ne pas avoir des éléments extérieurs pouvant me perturber.</i>

Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>Pour avoir moins de monde sur le dos : cadre de santé, médecin, famille. Motivation personnelle et familiale (conjoint, enfant) Emploi du temps plus sympa.</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Fin de carrière pour ma part et je souhaite prendre le temps de travailler, dans le calme. De plus, je travaille en 10h et j'habite loin, cela me fait gagner des trajets, je suis un peu moins sur la route. Je prends le temps dans ma relation avec le patient, pour faire mes stups, mes soins, etc. Je ne souhaite plus avoir les familles et l'agitation de la journée.</i>

→ Commentaire Analyse :

Les choix motivant le poste de nuit viennent confirmer le cadre de références. Pour les témoignages recueillis, il s'agit de faciliter l'organisation familiale : soignante 1 et 3, ou alors pour « l'absence de mouvement ³⁶ », le désir de prendre le temps dans son travail pour la soignante 4, ou pour permettre une meilleure concentration pour la soignante 2. Le travail de nuit en fin de carrière est cité à deux reprises et rejoint le besoin de travailler sur un rythme moins « tumultueux ».

Question 10 : quelles sont pour vous les 3 plus grandes difficultés à travailler de nuit ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Inversé socialement les gens sont en décalés, vie sociale complexe. La peur de travailler la nuit L'angoisse ce n'est pas rassurant</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>Le rythme. Le sommeil Ne pas avoir de cadre de santé ou de référent nuit</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>La récupération est très aléatoire L'isolement On doit être plus autonome que les autres.</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Gérer la fatigue de nuit et les coups de barres. La lutte contre l'hypovigilance. Le groupe restreint : on a peu de ressources en cas de problèmes et si l'unique ressource ne peut pas nous aider, on est embêté.</i>

→ Commentaire/Analyse :

Les 4 soignants s'accordent chacun à leur manière pour dire que la fatigue, le manque de sommeil est une réelle difficulté. Autre difficulté, celle de devoir être plus autonome que ses collègues de jour, apparaît comme étant une contrainte ; dans le cadre de référence cet aspect se décline comme une contrainte mais aussi comme un atout. Pour la soignante 1, le fait d'avoir un rythme inversé est vraiment contraignant pour la vie sociale, elle ajoute que la nuit à l'hôpital, règne une atmosphère angoissante et peu rassurante. L'absence d'un cadre de santé est une réelle difficulté exprimée par la soignante 2.

³⁶ [La nuit et l'institution, un mépris partagé, dans Gérontologie et société 2006/1 \(vol. 29 / n° 116\), p.95 à 107](#)

Question 11 : l'équipe de nuit est managée par un cadre de santé de jour ou de nuit ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Cadre de santé de jour. Parfois elle assure une présence jusqu'à 22h ne vient jamais la nuit.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privé ORL	<i>Jour. La cadre de santé passe, mais très rarement. Pour les évaluations et parfois elle est présente à 22h (1 à 3 fois par an). Nous avons des IDEC qui prennent nos demandes et gèrent la logistique de nuit mais leur rôle est très restreint.</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privée service locomoteur	<i>Jour présence d'un CDS tous les jours à 7h. On vient nous voir tous les matins et parfois la nuit</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Cadre de nuit mais pas toujours présente. Elle est présente dans l'établissement environs 14 nuits par mois, beaucoup moins si on retire ses présences en journées et ses congés.</i>

→ Commentaire/Analyse :

Sur les quatre établissements un seul est doté d'un cadre de santé de nuit. La taille des établissements n'étant pas identique, il me paraît important de tenir compte de cette donnée. Pour l'hôpital privé ORL des IDE coordinatrices ont été chargées de certaines missions pour soutenir les équipes de nuit, mais cela ne semble pas suffire aux équipes. La soignante 1 est catégorique, la CDS est absente la nuit et l'équipe de nuit ne la rencontre que très rarement. Elle est présente parfois jusqu'à 22h.

Pour la clinique privée, une présence CDS est systématique le matin à 7h, l'équipe termine leur nuit à 8h30, un passage est organisé la nuit de façon ponctuelle. Et enfin, pour la soignante 4, l'établissement possède un encadrement la nuit, mais elle précise que la cadre de nuit n'est pas toujours présente : une CDS pour deux roulements.

Question 12 : quelles sont les missions du cadre de santé ayant en charge les équipes de nuit ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>La présence. La communication</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privé ORL	<i>La présence, la bienveillance être à l'écoute. Trouver des solutions</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privée service locomoteur	<i>Ecoute/présence. Elle est présente tous les matins. Doit se déplacer régulièrement. Gestion des compétences et des formations</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>La présence. Que le CDS réponde à nos difficultés. Aide sur les soins complexes si pas d'autres ressources, peut m'orienter. Gestion des conflits (patients, collègues). Gestion des problèmes informatiques récurrents (plateforme OSIRIS).</i>

→ Commentaire/Analyse :

La présence est citée par tous, il s'agit, pour les personnes interrogées, d'un besoin incontournable des équipes de nuit. Le CDS est un soutien qui gère les difficultés et trouve des solutions, il est la béquille des équipes, un appui.

Pour la soignante 4 la CDS est une ressource humaine et répond aux difficultés, elle est un renfort en cas de soins complexes.

Le soutien du cadre de santé est un besoin ressenti et exprimé sur cette question.

Les missions citées relèvent essentiellement du rôle de proximité : la gestion des conflits, l'écoute, la gestion des besoins en formation, l'accompagnement sur les outils informatiques par exemple qui est cité par la soignante 4.

Question 13 : comment évalueriez-vous, sur une échelle de 1 à 5, la cohésion d'équipe de soins jour/nuit au sein de votre unité ? (1 pas de cohésion du tout, 5 très bonne cohésion)	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>3, un seul roulement assure la continuité des soins</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>2</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privé service locomoteur	<i>4 ou 5</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>4, mais uniquement sur l'équipe actuelle. Cela n'a pas toujours été le cas.</i>

→ [Commentaire/Analyse :](#)

La soignante 3 se dit être satisfaite de la cohésion des équipes jour/nuit mais pour la soignante 2 la cohésion n'est pas satisfaisante. La soignante 2 remarque un fort déséquilibre entre les deux roulements, pour elle cohésion d'équipe rime avec continuité des soins. La soignante 4 est satisfaite du travail en équipe de l'unité ou elle exerce.

Question 14 : comment les équipes de nuit s'impliquent-elles au sein de la vie institutionnelle ou dans les projets de services (communication, instances, réunions) ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Les équipes de nuit ne sont pas invitées aux réunions de service. Sur les 2 roulements, une équipe ne s'implique pas du tout et du coup on ne leur demande rien.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privée ORL	<i>Elles sont conviées aux réunions, mais les réunions sont planifiées sur les jours de repos.</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privée service locomoteur	<i>On fait des transmissions de nos besoins aux équipes de jour ou au cadre de santé lors de sa présence. On leur fait passer nos idées, nos suggestions.</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>En participant à certaines réunions, à la certification, aux formations institutionnelles. Mais cela reste compliqué. Participation lorsque cela est possible, aux manifestations institutionnelles et rencontres : sur la gériatrie par exemple.</i>

→ [Commentaire/Analyse :](#)

Les horaires et le rythme de nuit semblent être les freins à une participation et implication institutionnelle. L'intégration à un groupe de travail devient compliquée dès lors qu'un déplacement en journée est demandé.

Le personnel de nuit, par ces commentaires, ne semble pas toujours être convié aux réunions institutionnelles (soignants 1 et 3).

Les soignants n'évoquent pas lors de ces entretiens cette « carence » en lecture des différents comptes-rendus par exemple comme cela a été le cas par un cadre de santé plus haut.

La question se pose à savoir si les personnels soignants se déplacent sur leurs jours de repos pour assister aux différentes réunions institutionnelles.

Pour la soignante 3, l'implication est manifestée par le biais des collègues. Ces commentaires rejoignent les écrits trouvés dans la presse spécialisée indiquant l'absence des équipes de nuit dans les différentes instances des établissements de santé.

La soignante 4, dont la structure est dotée d'une CDS, semble être la seule à avoir une ouverture et une implication institutionnelle. Sans doute par une stimulation de la part de l'encadrement. Cela dit, elle évoque aussi la contrainte des horaires et des plannings de nuit.

Question 15 : quel serait en 2 mots votre représentation du travail de nuit ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>Une charge de travail moindre. Les équipes dorment et regardent des films.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privé ORL	<i>Travail invisible travail pas pris au sérieux Equipe autonome Equipe organisée.</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privée service locomoteur	<i>Équipe autonome. Approches différentes avec le patient</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>Autonomie Savoir palier à tout Equipe organisée.</i>

→ [Commentaire/Analyse](#) :

Les réponses à cette question furent assez diverses. Pour la moitié des soignants, l'équipe de nuit est représentée comme un groupe autonome et organisé, hormis une personne qui perçoit l'équipe de nuit comme une équipe avec moins de travail, qui dort ou regarde des films ». Cette vision semble être partagée par les différents témoignages récoltés lors de la construction de mon cadre de référence. La notion de « travail invisible » est exprimée par la soignante 2, cela rejoint les différentes descriptions du travail de nuit qui sont aussi exprimées par A.Perraut Soliveres.

Question 16 : avez-vous un commentaire à ajouter sur la dynamique d'équipe jour/nuit ?	
Soignant 1 : AS jour hôpital public	<i>J'aimerais pouvoir travailler en cohésion avec l'équipe de nuit et avoir un peu plus qu'une transmission le matin. Chez nous, c'est la guerre des horaires elle n'arrive jamais tôt.</i>
Soignant 2 : IDE jour Hôpital privé ORL	<i>Les équipes ne connaissent pas le travail des autres : jour et nuit. Il n'y a pas suffisamment d'échanges sur le mal-être des uns et des autres.</i>
Soignant 3 : IDE nuit clinique privée service locomoteur	<i>On doit éviter les non-dits et communiquer.</i>
Soignant 4 : Ide nuit service polyvalent nuit SSR	<i>J'aimerais être impliquée dans le suivi de soin du patient. Comprendre pourquoi telles ou telles décisions ont été prises. Je n'ai pas toujours les informations concernant le suivi des patients. Besoin de Reformulation Je n'ai pas toujours les informations en temps réel et je n'ai pas de réponse à mes questions. Le temps de communication ne me permet pas. Parfois, cela me met en difficulté.</i>

→ Commentaire/Analyse :

A l'unanimité, les soignants évoquent un désir de travailler en cohésion et souhaitent se rapprocher. Ces réponses sont plutôt positives d'autant que les personnes interrogées sont essentiellement des soignants travaillant le jour.

Le soignant 4 identifie ce besoin d'avoir une réelle connaissance holistique de chacun de ses patients. L'information reçue oralement et actée sur le DPI (dossier patient informatisé) n'est pas suffisante. La dynamique semble devoir passer par la communication.

Les échanges existants semblent être trop courts.

Les quatre soignants évoquent un défaut de communication. Ces réponses renvoient aux données énoncées dans le cadre conceptuel.

Les 4 soignants aspirent à une réelle dynamique d'équipe : « *pas suffisamment d'échanges, guerre, non-dits* », il se dévoile ici des termes forts signifiant un réel problème de communication.

Rappelons la définition évoquée en début de recherche : « *Une équipe est un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein* ». Un groupe sans objectif commun n'est pas une équipe. Nous sommes face à un groupe de personnes dont l'objectif commun est la bonne prise en charge du patient. J'ai le sentiment à travers les commentaires de cette question que, les uns et les autres regrettent ce manque d'unicité.

3-3-3 Analyse/Comparatif des réponses Cadres de Santé/Soignants

Un long cheminement a été parcouru entre mon questionnement de départ et les réponses données lors de cette enquête de terrain. Cette dernière partie d'analyse et d'interprétation vise à croiser les réponses obtenues et à affiner les résultats, mais aussi à percevoir l'écart des réponses avec le cadre de référence.

L'analyse s'effectuera autour de ma problématique de départ qui portait sur l'influence de la reconnaissance des équipes de nuit par leurs pairs, impactant l'engagement et l'implication professionnelle, ainsi que mes hypothèses, qui ont évolué au cours de cette réflexion :

· *La présence et le Rôle du cadre de nuit pour donner un sens au travail la nuit et améliorer la continuité des soins*

· *Le travail sur la reconnaissance des équipes de nuit, un acte managérial et un levier motivationnel.*

La population ciblée était donc les soignants et les CDS travaillant dans des établissements publics et privés.

Certaines réponses sont difficilement appréciables du fait d'un indicateur peu fiable : « Cela dépend des équipes », « *cela dépend des personnes* », « *dans mon ancienne équipe, c'était plus compliqué* »...

Le cadre conceptuel est repris pour permettre une analyse éclairée :

• Le travail de nuit (contraintes, isolement, etc.)
• L'équipe
• L'identité professionnelle/les représentations
• L'implication/motivation/engagement/reconnaissance
• Cadre de santé, rôles et missions évoqué par les professionnels interrogés

- Il est acté par tous que le travail de nuit est spécifique, difficile et singulier.

Pour les deux groupes, il existe réellement différentes contraintes qui impactent le quotidien des équipes de nuit.

Les équipes sont autonomes, livrées parfois à elles-mêmes et peu présentes sur le terrain des projets. « L'isolement » est cité à sept reprises et particulièrement par les managers. Pour les CDS, les équipes de nuit développent un côté plus solidaire. Ce phénomène semble être un moyen de protection pour contrer l'isolement.

L'angoisse, la dévalorisation de la nuit ainsi que le clivage ont été largement cités. Les personnes interrogées de jour comme de nuit s'accordent à dire que l'exercice de nuit représente autant de contraintes physiques que psychologiques et que l'accompagnement des équipes manque largement.

Beaucoup d'actions sont mises en place pour prévenir des RPS et en particulier chez les travailleurs de nuit. Il est important de respecter les préconisations établies des effets du travail de nuit sur la santé afin de protéger les collaborateurs et ainsi réduire les événements indésirables et améliorer la qualité et la sécurité de nos prises en charge.

- Les relations entre équipe jour et nuit sont plutôt conflictuelles d'après l'ensemble des groupes interrogés, cela corrobore avec les différents articles de revues spécialisées ainsi que le récit d'Anne Perraut Soliveres. Il semblerait que cette « mésentente » ne soit pas réellement fondée et reposerait sur des idées préconçues : « *Cette réalité archaïque d'un conflit quasi-institutionnel (ne dit-on pas pour signifier les antagonismes, « c'est le jour et la nuit » ?), s'appuie sur une symbolique jour/nuit (positif/négatif, ombre et lumière) qui échappe manifestement aux acteurs* »³⁷.

L'analyse de ces échanges m'amène à faire un rapprochement avec mon premier entretien exploratoire et confirme mes hypothèses de départ. Je retrouve des similitudes dans les réponses de l'enquête menée auprès des professionnelles de santé dans les termes et expressions employés tels que : « *La relation conflictuelle du jour et de la nuit, l'implication et la difficulté des équipes de nuit à participer aux différentes réunions, le manque de cohésion et la représentation erronée du travail de nuit par les équipes de jour* ».

La nécessité d'un encadrement pour la gestion des conflits est essentielle, selon H. Mintzberg,³⁸ il s'agit des rôles décisionnels et interpersonnels par sa mission de régulateur et d'agent de liaison par exemple.

Le manque d'information apparaît sur les 2 catégories. Il ressort chez les CDS sur la question des difficultés à travailler la nuit et chez les soignants dans la thématique d'une dynamique d'équipe. La communication et le besoin de détenir les mêmes informations concernant le patient semblent manquer chez certaines équipes.

Les personnes interrogées soulèvent toutes, un problème de communication, qui serait en termes de stratégie managériale un levier dans la régulation des conflits interpersonnels.

- La dévalorisation du métier de la nuit à l'hôpital est prégnante, mais pas exprimée en des termes définissant une différence d'identité professionnelle.

Lors des échanges recueillis, la dévalorisation apparaît sous les termes de : *travail invisible, l'équipe de jour pense que l'équipe de nuit travaille 3 heures, l'équipe de nuit regarde des films*.

Ces préjugés sont à bannir, car ils sont rabaissants et humiliants pour les collaborateurs de nuit, et pourraient à long terme, s'avérer néfastes pour le bien-être des soignants concernés.

³⁷ [La nuit et l'institution, un mépris partagé, Dans Gériologie et société 2006/1 \(vol. 29 / n° 116\), p.95 à 107](#)

³⁸ [H. Mintzberg, Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre.](#)

Des actions de valorisation seront à mettre en place par le manager, encore une fois le levier principal sera la communication, sans oublier la disponibilité ainsi que la bienveillance.

De plus en plus d'entreprise et d'établissements de santé, utilisent des « baromètres QV » pour repérer les signaux et difficultés ressentis par les collaborateurs.

- Concernant la question sur l'implication des équipes de nuit au sein de l'institution, les réponses sont loin d'être similaires.

Les Cadres de santé répondent que la présence des collaborateurs de nuit sur les projets de service et autres n'est pas suffisante, mais qu'en revanche les équipes se mobilisent lors des certifications des établissements, tandis que les soignants regrettent de ne pas être régulièrement conviés aux réunions ou que celles-ci soient programmées sur leurs jours de repos.

Les équipes s'accordent à dire que l'implication est principalement centrée sur la prise en charge relationnelle du patient, mais hélas beaucoup moins présente dans les instances institutionnelles à l'exception de la certification des établissements dont l'engagement des équipes de nuit est souligné à deux reprises lors des échanges. L'implication doit dépasser la dimension relationnelle et le cercle des collègues de nuit. L'équipe de nuit devra se montrer plus présente et exister davantage.

Au vu des réponses respectives, je m'interroge sur cette volonté institutionnelle ou managériale de programmer des rencontres sur des horaires compatibles aux rythmes des collaborateurs de nuit. Leur engagement étant plus que satisfaisant lors des certifications, il serait intéressant de déployer des ressources similaires de façon régulière afin de conserver ou de faire émerger des motivations.

Les initiatives prises dans le cadre de la continuité des soins sont perçues par l'encadrement comme étant un indice d'implication ; quant aux soignants, l'implication demeure auprès du patient, mais reste difficilement réalisable pour les projets d'un point de vue organisationnel.

Les soignants de nuit restent les oubliés des réunions.

Cela dit, selon les affirmations de certains CDS, des réunions commencent à s'organiser sur des horaires moins conventionnels du type 18h/19h et sans doute, verrons-nous très bientôt, émerger de la participation des équipes de nuit aux différents projets institutionnels de façon naturelle.

Dans le cadre conceptuel, la notion d'implication découle de la motivation et de nombreux leviers pourraient être déployés tels que l'évolution professionnelle par le biais de la formation qui permettrait une montée en compétences et donc une valorisation du collaborateur.

J'ajouterais aussi la QVT, l'équilibre vie privée, vie professionnelle ainsi que le management par les compétences de facilitateur et de communication sur la culture de l'institution.

La reconnaissance est peu évoquée lors des échanges, elle est exprimée sous d'autres termes comme *la dévalorisation*, ou l'impression d'être *délaissés et de ne pas être conviés aux réunions...*

Si on se réfère au cadre conceptuel, la reconnaissance au travail reste un levier de motivation et renforce l'engagement des équipes. Elle agit en tant que « *vecteur d'identité* » selon C.Dejours³⁹, elle favorise la performance et améliore la QVT.

- L'ensemble des personnes interviewées admet la nécessité d'un encadrement de proximité pour les équipes de nuit dont la présence paraît fondamentale, tant pour l'institution : gestion logistique, coordination, que pour les équipes par des actions de soutien, de communication et d'accompagnement.

³⁹ [La reconnaissance au travail, JP BRUN, Ninon Dugas Cairn-info](#)

L'enquête nous montre que malgré un métier et une identité professionnelle identiques les regards portés sur le travail de nuit font l'objet de représentations parfois différentes. Malgré tout, l'autonomie et l'organisation semblent être des représentations partagées.

La fatigue et le décalage prédominent sur les difficultés engendrées sur les 2 groupes interrogés.

Les témoignages recueillis rejoignent les propos perçus dans les différents articles et littérature.

3-4 Intérêts et limites de l'enquête

3-4-1 Limites

La première limite a été pour moi le temps imparti pour réaliser l'enquête.

Mener une enquête nécessite de prendre un temps de réflexion sur le choix du panel à interroger, le temps de planifier les entretiens et d'en exploiter les résultats.

Cette enquête et le nombre de personnes interrogées ne permettent pas une recherche accomplie, le panel étant restreint et non équilibré pour les postes jour et nuit.

Certaines de mes questions semblaient être trop générales, des relances et recentrages ont dû être effectués. Des reformulations ont été nécessaires.

Les retours des cadres de santé pour l'organisation des rendez-vous souvent tardifs et parfois certaines demandes sont restées sans réponse. Il est parfois compliqué d'avoir des cadres de santé de nuit, il s'agit souvent d'IDE référentes ou coordinatrices. Elles auraient d'ailleurs pu être intégrées dans mon enquête.

Le nombre d'entretiens est trop peu suffisant pour mettre en exergue toutes les problématiques. Le panel n'est pas forcément représentatif et pas assez pertinent, sans doute aurait-il fallu cibler uniquement les infirmiers pour les entretiens soignants afin d'inclure une notion de responsabilité et de soins techniques. Les attentes et besoins des IDE et AS sont nuancés.

De plus, le choix d'inclure les cadres faisant fonction n'est sans doute pas concluant. Les FFCDS n'ont pas forcément une posture assez légitime auprès de leurs collaborateurs pour impulser une dynamique, ni l'accompagnement et les outils pour la gestion des problématiques et relation jour/nuit.

Apparaissent aussi certains biais non contrôlés pouvant influencer mes interlocutrices lors de mes échanges. J'ai pris conscience lors de certains entretiens, et en particulier avec les CDS, de mettre en avant mon positionnement sur la thématique lors de certaines relances. J'ai tenté de freiner et de limiter ces biais et de ne pas les reproduire sur les entretiens suivants.

Certaines de mes questions ne sont pas suffisamment nuancées et projettent des stéréotypes sur l'univers du travail de nuit : le clivage équipe jour/nuit par exemple. Certaines de mes interlocutrices sont restés « figer » sur certains termes suggérés. Elles auraient pu par exemple employer un terme différent avec une « tonalité » plus personnelle.

3-4-2 Points forts

La richesse des échanges et le regard croisé des protagonistes ont été pour moi les points forts de cette enquête. Les personnes interrogées ont fait preuve de sincérité dans les réponses apportées. Toutes se sont senties concernées d'une manière ou d'une autre et aimeraient voir les comportements évoluer. Toutes font preuve d'optimisme et se projettent dans un monde de soin meilleur et j'avoue que ces attitudes sont assez stimulantes.

3-4-3 Axes d'amélioration

Je ne suis pas entièrement satisfaite de la manière dont j'ai construit ma grille d'entretien.

J'avais déjà eu l'occasion d'élaborer des questionnaires dans le cadre d'enquêtes, mais jamais de grille d'entretien, et si cela était à refaire, je prendrai le temps de tester plusieurs entretiens et de réajuster la grille en me focalisant uniquement sur les thématiques ciblées.

De même, la réunion de groupe aurait pu être envisagée sur cette thématique avec un temps imparti plus important. Cette technique, partant du postulat que les membres du groupe se stimulent mutuellement et que le contenu des échanges est plus riche avec des approches plus larges. Les interactions à l'intérieur du groupe auraient pu être pertinentes pour mon analyse. Cet exercice aurait demandé beaucoup de discipline et une maîtrise dans la posture d'animateur : fixer les règles du jeu, encadrer le débat et les débordements. L'inconvénient de cet exercice est le risque d'avoir des personnalités peu expressives et le manque de confidentialité des échanges, pouvant freiner une liberté de parole.

Les oubliés de l'enquête : j'aurais avec du recul dû me rapprocher d'un directeur d'établissement, d'un directeur des soins ou d'un cadre de pôle pour recueillir d'une part leur vision et leur positionnement vis-à-vis des équipes de nuit et d'autre part leurs attentes vis-à-vis de ces équipes. Encore une fois, élargir un échantillon nécessite un temps raisonnable.

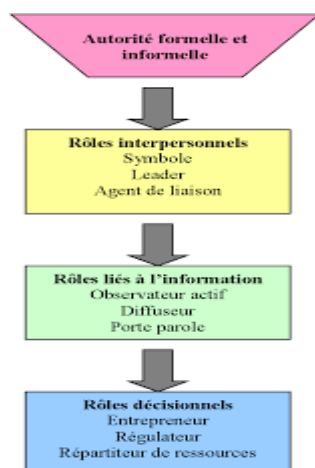
4 Rôle du Cadre de Santé, solutions proposées

Le cadre de santé, dans notre système de santé, est garant de la sécurité ainsi que de la qualité des soins. Nos organisations de soins se retrouvent face aux exigences de l'utilisateur placé au cœur du processus de soin et revendiquant ses droits depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Le rôle du manager face aux équipes de nuit se positionne en cadre de proximité, il veille à garantir une continuité des soins de qualité par la bonne coordination des soins par les équipes.

Sa posture n'est pas statique, figée ou centrée sur une équipe, elle est géographique au sein de l'établissement. Le cadre de santé permettra le lien des équipes de nuit avec l'institution, la Direction des ressources humaines et la Direction des soins ; il permettra la création de « passerelles » inter équipes et interpersonnelles dans un environnement au contexte instable où la mutualisation des compétences devient essentielle.

Selon Henry Mintzberg [28] « *l'organisation se tourne vers celui qui est à sa tête pour y trouver direction à suivre, conseil et motivation* »⁴⁰ L'aboutissement de ces rôles passera avant tout par une présence sur le terrain.



41

⁴⁰ [H. Mintzberg. Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre. P.71](#)

⁴¹ [Ibid. P.69](#)

L'encadrement de nuit est nécessaire et répond aux exigences dictées par la HAS dans le cadre de la certification : « *L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences* », « *la gouvernance impulse et soutien des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe* ». [29]


Nous le savons, le travail du cadre de santé est assez peu prescrit. Les marques de reconnaissances auprès des équipes, la création de lien social entre équipes sont des « tâches invisibles » mais fortement nécessaires. Paule Bourret a étudié les missions du cadre de santé et explique dans son livre que « *l'activité des cadres est par nature un travail d'articulation..., de mise en relations des logiques, des groupes et des personnes* ». « *L'encadrement a une fonction de lien social, son rôle ne consiste pas seulement à relayer l'information, mais relier des hommes, des mondes sociaux de plus en plus éclatés* »⁴². Il est essentiel, en effet, de créer une cohérence dans nos organisations et de favoriser les échanges. Porter une attention à chacun des collaborateurs et de faciliter les contacts et la communication en particulier des plus isolés, au sein des équipes et entre les équipes.

Je propose de dresser sous forme de tableau les points forts d'un management de proximité de nuit, les opportunités à envisager ainsi que les risques et menaces encourus pour les structures n'ayant pas d'encadrement de nuit.

	Points forts	Opportunités/actions
Présence d' un encadrement de proximité de nuit	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite la communication : meilleure circulation de l'information, évite les non-dits et quiproquos interpersonnels • Vecteur de reconnaissance au travail : horizontale et verticale • Optimise la collaboration des équipes jour/nuit par des actions menées en collectif cadre • Fixe des objectifs individuels et collectifs : permet la satisfaction des besoins de l'individu selon Maslow • Permet de dépasser les tensions entre le jour et la nuit par une communication authentique et pérenne. • Renforce l'interdisciplinarité • Identifie des facilitateurs par une meilleure connaissance des équipes • Maintient et accroît le niveau des compétences des équipes de nuit par un suivi individuel. • Développe les compétences des collaborateurs de nuit • Favorise la diminution des événements indésirables • Prévient et gère les conflits jour/nuit • Répartit et lisse des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation et analyse des postes ainsi que le travail de nuit par un ergonomiste afin d'identifier les caractéristiques et dangers. • Élabore en équipe une « Charte de qualité des soins de nuit » • Organise des réunions d'équipes : formelles et informelles • Définit en équipe des règles en précisant l'organisation du travail de nuit • Mise à jour des fiches de postes des soignants de nuit : fiches de postes personnalisées • Travaille sur l'intégration des nouveaux embauchés et des vacataires dans le but d'éviter un turn over important, source de démotivation du personnel de nuit • Formations sur la continuité des soins : mieux comprendre l'enjeu de la redistribution des tâches, travailler sur la tolérance temporelle inter équipe : s'engager sur un programme « Pacte » : programme d'amélioration continue du travail d'équipe lancé par la HAS • « Sensibilisation les équipes de jour et de nuit au travail de nuit⁴³ ». « Permettre aux équipes

⁴² [Des cadres de santé à l'hôpital P.Bourret \(2006-2018\)](#)

⁴³ <https://www.orsys.fr/formation-travailler-nuit-dans-un-etablissement-sante.html>

<ul style="list-style-type: none"> • Assure une présence auprès des équipes dans la gestion des situations complexes type fin de vie, situations sociales etc.  <p>Finalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Construit une équipe, et renforce la communication ✚ Accroît la satisfaction du personnel ✚ Favorise l'amélioration de la prise en charge et implication du patient ✚ Participe à la diminution des événements indésirables associés aux soins ✚ Joue le rôle de médiateur/facilitateur 	<p><i>d'échanger sur leurs spécificités réciproques »⁴⁴</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmation de façon régulière des analyses réflexives en collaboration avec encadrement et les équipes de jour/les comportements positifs • Conception d'un projet de service : outil de motivation des équipes • Élaboration de façons institutionnelles les prises en soins nocturnes dans la globalité des prises en charge : lutter contre l'invisibilité des tâches de nuit • Création d'un « baromètre » d'implication collective laissé à la disposition des équipes • Développement de l'autonomie et la responsabilité
Points faibles et menaces si absence CDS	
<ul style="list-style-type: none"> • Pas, voire peu de soutien des équipes de nuit • Participation des équipes de nuit aux travaux institutionnels peu prégnante • Événements indésirables plus élevés • Évaluation des équipes de nuit peu pertinente et difficulté d'adapté un programme de formation adapté à chacun • Communication décalée avec l'encadrement : les équipes de nuit attendent les réponses à leurs questionnements • Démotivation, pas de sentiment d'appartenance 	

L'importance du travail en collectif cadre est impératif. H. Mintzberg, au sujet des cadres évoque « *l'aptitude aux relations avec les pairs* », il soulève l'importance de maintenir des liens, non hiérarchiques, de façon efficace et de servir « *leurs besoins mutuels* ». ⁴⁵

5 Bénéfices et limites du travail de recherche

L'élaboration de ce mémoire m'a permis l'apprentissage d'une méthodologie de recherche avec l'importance de cerner un cadre de référence afin d'aboutir à une enquête holistique.

Ce travail m'a poussé à approfondir ma réflexion sur les dynamiques des équipes au sens large et a permis l'émergence d'autres questionnements comme la déqualification professionnelle des équipes de nuit du fait de cet isolement des équipes.

Certains éléments tels que les représentations et l'identité professionnelle auraient eu le mérite d'être approfondis.

Il m'a été difficile de structurer ma pensée et de poser un cadre conceptuel. Mes lectures au départ se sont plutôt orientées vers le mal-être des équipes de nuit et leur qualité de vie au travail.

⁴⁴ [L'observatoire, Etude Nationale « Travailler la nuit »2019](#)

⁴⁵ [H. Mintzberg. Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre. P.203](#)

L'écriture n'est pas toujours une évidence, et ce travail m'a permis, entre autres de prendre conscience de la représentation, de la portée et de l'intensité de certains mots employés dans notre quotidien professionnel.

Malgré le temps imparti, les injonctions universitaires et la charge de certains travaux, il me semble avoir trouvé du plaisir dans l'écriture de ce mémoire.

Conclusion

Cette initiation à la recherche s'inscrit dans la continuité de mon projet professionnel, de l'accompagnement par le management, des équipes de nuit.

Il reflète la considération et l'investissement que je souhaite porter aux équipes soignantes.

À l'issue de cette formation, j'aspire à faire émerger de la créativité, de l'engagement ainsi qu'une implication dans les différents projets en collaboration avec les équipes. L'élaboration d'un mémoire permet de prendre de la hauteur et de gagner en visibilité sur les différentes actions à mener. Il permet de prioriser nos objectifs et de construire un positionnement mature et réfléchi.

J'ai pu cette année, en intégrant l'ESM, prendre le recul nécessaire et procéder à une introspection et je souhaite, dès mon retour, pouvoir employer toutes ces valeurs et savoirs sur le terrain.

La compétence individuelle, la technicité, l'expertise du soin ont pendant trop longtemps été considérées comme étant les leviers essentiels à la performance, la qualité et la sécurité des soins. Toutefois, il est reconnu aujourd'hui que l'organisation ainsi que la dynamique des équipes restent des atouts et des facteurs de performance.

En effet, les processus de dynamique des équipes soignantes se construisent autour d'un projet commun centré sur le patient. Son fonctionnement est porté sur les valeurs et objectifs de l'équipe. Aujourd'hui, de plus en plus d'établissements, sous la contrainte de rationalisation ou de pénurie de cadre de santé estiment qu'un management de nuit pourrait se faire à distance.

L'élaboration de ma problématique s'est construite autour de mon expérience d'encadrement des équipes de nuit. J'ai débuté ce travail avec certaines certitudes : l'équipe de nuit souffrait d'un manque de reconnaissance et en particulier de leurs pairs.

Le contenu de cette recherche, m'a permis de cerner une problématique plus réaliste et de proposer des hypothèses :

- La nuit, le rôle du cadre est indispensable pour impulser un engagement des équipes.
- La présence d'un cadre de santé de nuit est nécessaire pour donner du sens au travail la nuit, assurer la complémentarité des équipes jour/nuit et ainsi garantir la qualité et la sécurité des soins.

Au vu de ce travail de recherche, des différentes lectures et échanges effectués, le succès, la performance et l'épanouissement d'une équipe de nuit passent bien par cette culture d'encadrement de proximité. Les organisations en santé, les techniques de soins évoluent et il va de même pour les pratiques managériales. Le cadre de santé en poste de nuit, a pour mission de coordonner les activités dans l'ensemble de l'établissement. Sa position transversale et sa maîtrise des spécificités du travail de nuit deviennent sa valeur ajoutée. Garant de la qualité et de la sécurité des soins, sa présence rompt l'isolement décrit par les équipes de nuit.

Son expertise de la nuit permet de réajuster l'organisation des soins et de rendre la continuité des soins plus pertinente.

De plus, le support et la dynamique du collectif cadre sont primordiaux pour la cohésion des équipes. Le virage motivationnel de certaines équipes de nuit sera possible et facilité par une nouvelle politique managériale de l'établissement : le cadre de santé de nuit pourrait devenir un atout à son établissement.

Les équipes de nuit sont aujourd'hui en extrême souffrance et vivent de plein fouet les conséquences de cette interminable « crise du soin », en quête de reconnaissance de la pénibilité et de la particularité de l'environnement nocturne, une revalorisation des indemnités se profile. Mais une question persiste, cette revalorisation suffira-t-elle à stabiliser les effectifs et à freiner la fuite des personnels travaillant en poste de nuit ?

Bibliographie

- [1] Legifrance. [En ligne]. Available: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGI_SCTA000006178003. [Accès le Février 2022].
- [2] V. Pérot, «La revue Cadres,» [En ligne]. Available: <https://www.larevuecadres.fr/articles/le-temps-de-travail-une-histoire-conflictuelle/5058>. [Accès le février 2022].
- [3] C. Rivaleau, «Le travail de nuit ,Cadre de santé.com,» 12 juin 2003. [En ligne]. Available: <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Le-travail-de-nuit>. [Accès le Avril 2022].
- [4] E. Diebolt, «Cairn.info,» 04 2017. [En ligne]. Available: [cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2017-4-page-85htm](http:// Cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2017-4-page-85htm). [Accès le 03 2022].
- [5] J. 1. p. Goncourt, «CNRTL.fr,» [En ligne]. Available: cnrtf.fr.
- [6] D. L. J. M. M. F. Sébastien Ladreyt, « Rapport subjectif à l'isolement au travail: régulation, résistance, dégageement. Note scientifiques et techniques NS n°325,» Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), 2014.
- [7] Dictionnaire Le Petit Larousse, Edition 1989.
- [8] O. Devillard, La dynamique des équipes, Paris: Editions d'Organisation , 2000.
- [9] R. Mucchielli, Le travail en équipe : clé pour une meilleure efficacité collective, Issy-les moulineaux: Ed. ESF, 2014.
- [10] J. M. Motta, «Cadredesante.com Pour une approche du travail en équipe,» 7 septembre 2003. [En ligne]. Available: <https://wwwcadredesante.com>. [Accès le Mars 2022].
- [11] M. Luginsland, «ObjectifSOINS & Management N°242,» Janvier 2016. [En ligne]. Available: <http://espaceinfirmier.fr>. [Accès le Avril 2022].
- [12] M. R. N. p. Ceberio, «Paul Watzlawick et la théorie de la communication humaine,» 2006. [En ligne]. Available: <https://nospensees.fr/paul-watzlawick-theorie-de-communication-humaine>. [Accès le Avril 2022].
- [13] F. Pr Olivier Claris, «Mieux manager pour mieux soigner. Améliorer le management et la gouvernance hospitalière,» Paris, 2021.
- [14] M. d. c. d. I. H. a. d. s. Santé, «Certification des établissements de santé pour la qualité des soins,» Paris, septembre 2021.
- [15] P. Roussel, «La motivation au travail,» LIRHE, Toulouse, 2000.
- [16] Pierre Louart, «Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel,» CLAREE, IAE-USTL, Lille, 2002.
- [17] O. Devillard, La dynamique des équipes et l'intelligence collective, Paris: EYROLLES, 2017.
- [18] S. E. K. a. H. A. Bosma, «Open Edition Journals,» 2006. [En ligne]. Available:

- <https://journals-openedition-org.ezproxy.u-pec.fr/osp/1061>. [Accès le Mai 2022].
- [19] S. P. Anne-Marie Fray, «Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. /Dans Management & Avenir 2010/8 (n° 38), pages 72 à 88,» 24 janvier 2011. [En ligne]. Available: <https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>. [Accès le Mars 2022].
- [20] D. Lafay, «latribune.fr,» 19 novembre 2010. [En ligne]. Available: <https://region-aura.latribune.fr/debat/2010-11-19/boris-cyruunik-le-travail-peut-etre-beau-et-rendre-heureux..> [Accès le Février 2022].
- [21] C. Rivaleau, «Le travail de nuit, cadresante.com,» mai 2003. [En ligne]. Available: <https://www.cadresante.com/spip/IMG/pdf/doc-77.pdf>. [Accès le 2022].
- [22] A. P. Soliveres, *Infirmière, le savoir de la nuit*, Paris: Presses Universitaires de France, 2001.
- [23] I. p. E. Levy, «Revue/actualités Infirmiers.com,» 27 Juillet 2021. [En ligne]. Available: <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/le-travail-de-nuit-a-l-hopital-et-ses-savoirs-professionnels.html>. [Accès le Mai 2022].
- [24] P. BOURRET, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Gémenos-F: Seli Arslan, 2014.
- [25] P. Molinier, *Les enjeux psychiques du travail*, Petite bibliothèque Payot, 2006 nouvelle édition .
- [26] A. B. & A. G. (C.-A. Aglione), «Enquête et ses methodes Archives,» [En ligne]. Available: <https://www.archives.philippeclazard.com>. [Accès le MAI 2022].
- [27] L. R. I. a. AFP, «infirmiers.com,» 13 mai 2022. [En ligne]. Available: La Redaction Infirmiers.com avec AFP. [Accès le 13 mai 2022].
- [28] H. Mintzberg, *Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre*, Editions d'organisation, 2020 (version originale 1973, éditions 1984, 2016).
- [29] HAS, «Référentiel HAS : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins,» Paris, 2021.

Table des Annexes

Annexe I : Code du travail : Chapitre II : Travail de nuit ...

Annexe II : Directive 2003/88/CE du Parlement Européen et du Conseil du 4 novembre 2003

Annexe III : Rapport du Conseil économique social et environnemental : impact sur les conditions de travail et de vies des salariés (2010)

Annexe IV : Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit (Label HAS)

Annexe V : Brochure d'information destinée aux personnes en travail posté et de nuit
Quelles précautions prendre pour sa santé ?(Label HAS)

Annexe VI : Questionnaire Entretien Cadre de Santé

ANNEXE VII : Questionnaire Entretien Soignants

ANNEXE VIII : Extraits verbatims professionnels

ANNEXE I

Code du travail : Chapitre II : Travail de nuit ... (Articles L3122-1 à L3122-24)⁴⁶

Article L3122-1

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 – art. 8 (V)

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

Article L3122-2

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 – art. 8 (V)

Tout travail effectué au cours d'une période d'au moins neuf heures consécutives comprenant l'intervalle entre minuit et 5 heures est considéré comme du travail de nuit.

La période de travail de nuit commence au plus tôt à 21 heures et s'achève au plus tard à 7 heures.

Article L3122-5

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 – art. 8 (V)

Le salarié est considéré comme travailleur de nuit dès lors que :

1° Soit il accomplit, au moins deux fois par semaine, selon son horaire de travail habituel, au moins trois heures de travail de nuit quotidiennes ;

2° Soit il accomplit, au cours d'une période de référence, un nombre minimal d'heures de travail de nuit au sens de l'article L. 3122-2, dans les conditions prévues aux articles L. 3122-16 et L. 3122-23.

Article L3122-6

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2018

Modifié par Ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017 – art. 4

La durée quotidienne de travail accomplie par un travailleur de nuit ne peut excéder huit heures, sauf dans les cas prévus à l'article L. 3122-17 ou lorsqu'il est fait application des articles L. 3132-16 à L. 3132-19.

En outre, en cas de circonstances exceptionnelles, l'inspecteur du travail peut autoriser le dépassement de la durée quotidienne de travail mentionnée au premier alinéa du présent article après consultation des délégués syndicaux et après avis du comité social et économique, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L3122-7

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 – art. 8 (V)

⁴⁶ [Legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr)

La durée hebdomadaire de travail du travailleur de nuit, calculée sur une période de douze semaines consécutives, ne peut dépasser quarante heures, sauf dans les cas prévus à l'article L. 3122-18.

Article L3122-8

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Modifié par [LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 8 \(V\)](#)

Le travailleur de nuit bénéficie de contreparties au titre des périodes de travail de nuit pendant lesquelles il est employé, sous forme de repos compensateur et, le cas échéant, sous forme de compensation salariale.

Article L3122-10

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Le médecin du travail est consulté, selon des modalités précisées par décret en Conseil d'Etat, avant toute décision importante relative à la mise en place ou à la modification de l'organisation du travail de nuit.

Article L3122-11

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Tout travailleur de nuit bénéficie d'un suivi individuel régulier de son état de santé dans les conditions fixées à l'article [L. 4624-1](#).

Article L3122-12

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Lorsque le travail de nuit est incompatible avec des obligations familiales impérieuses, notamment avec la garde d'un enfant ou la prise en charge d'une personne dépendante, le refus du travail de nuit ne constitue pas une faute ou un motif de licenciement et le travailleur de nuit peut demander son affectation sur un poste de jour

Article L3122-13

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Le travailleur de nuit qui souhaite occuper ou reprendre un poste de jour et le salarié occupant un poste de jour qui souhaite occuper ou reprendre un poste de nuit dans le même établissement ou, à défaut, dans la même entreprise ont priorité pour l'attribution d'un emploi ressortissant à leur catégorie professionnelle ou d'un emploi équivalent.
L'employeur porte à la connaissance de ces salariés la liste des emplois disponibles correspondants.

Article L3122-14

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Le travailleur de nuit, lorsque son état de santé, constaté par le médecin du travail, l'exige, est transféré à titre définitif ou temporaire sur un poste de jour correspondant à sa qualification et aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé.

L'employeur ne peut prononcer la rupture du contrat de travail du travailleur de nuit du fait de son inaptitude au poste comportant le travail de nuit, au sens des articles [L. 3122-1](#) à [L. 3122-5](#), à moins qu'il ne justifie par écrit soit de l'impossibilité dans laquelle il se trouve de proposer un poste dans les conditions fixées au premier alinéa du présent article, soit du refus du salarié d'accepter le poste proposé dans ces mêmes conditions.

Le présent article s'applique sans préjudice des articles [L. 1226-2](#) à [L. 1226-4-3](#) et [L. 1226-10](#) à [L. 1226-12](#) applicables aux salariés déclarés inaptes à leur emploi ainsi que des articles [L. 4624-3](#) et [L. 4624-4](#).

Article L3122-15

Version en vigueur depuis le 24 septembre 2017

[Modifié par Ordonnance n°2017-1387 du 22 septembre 2017 – art. 32](#)

Un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, une convention ou un accord collectif de branche peut mettre en place, dans une entreprise ou un établissement, le travail de nuit, au sens de l'article [L. 3122-5](#), ou l'étendre à de nouvelles catégories de salariés.

Cette convention ou cet accord collectif prévoit :

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

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

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

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

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

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

7° L'organisation des temps de pause.

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

Article L3122-16

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

En application de l'article L. 3122-5, une convention ou un accord collectif de travail étendu peut fixer le nombre minimal d'heures entraînant la qualification de travailleur de nuit sur une période de référence.

Article L3122-17

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

[Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 8 \(V\)](#)

Un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, une convention ou un accord collectif de branche peut prévoir le dépassement de la durée maximale quotidienne de travail prévue à l'article L. 3122-6, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Article L3122-18

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Un accord d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, une convention ou un accord de branche peut, lorsque les caractéristiques propres à l'activité d'un secteur le justifient, prévoir le dépassement de la durée maximale hebdomadaire de travail prévue à l'article L. 3122-7, à condition que ce dépassement n'ait pas pour effet de porter cette durée à plus de quarante-quatre heures sur douze semaines consécutives.

Article L3122-19

Version en vigueur depuis le 22 décembre 2017

[Modifié par Ordonnance n°2017-1718 du 20 décembre 2017 – art. 1](#)

Dans les zones mentionnées à l'article [L. 3132-24](#), soit un accord collectif d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, un accord collectif de branche, soit un accord conclu à un niveau territorial peut prévoir la faculté d'employer des salariés entre 21 heures et minuit.

Cet accord prévoit notamment, au bénéfice des salariés employés entre 21 heures et le début de la période de travail de nuit :

1° La mise à disposition d'un moyen de transport pris en charge par l'employeur qui permet au salarié de regagner son lieu de résidence ;

2° Des mesures destinées à faciliter l'articulation entre la vie professionnelle et la vie personnelle des salariés, en particulier des mesures de compensation des charges liées à la garde d'enfants ou à la prise en charge d'une personne dépendante ;

3° La fixation des conditions de prise en compte par l'employeur de l'évolution de la situation personnelle des salariés, en particulier de leur souhait de ne plus travailler après 21 heures. Pour les salariées mentionnées à l'article [L. 1225-9](#), le choix de ne plus travailler entre 21 heures et le début de la période de nuit est d'effet immédiat.

Article L3122-20

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

[Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 8 \(V\)](#)

A défaut de convention ou d'accord collectif, tout travail accompli entre 21 heures et 6 heures est considéré comme du travail de nuit et, pour les activités mentionnées à l'article [L. 3122-3](#), tout travail accompli entre minuit et 7 heures est considéré comme du travail de nuit.

Article L3122-21

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

[Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 8 \(V\)](#)

A défaut de convention ou d'accord collectif et à condition que l'employeur ait engagé sérieusement et loyalement des négociations en vue de la conclusion d'un tel accord, les travailleurs peuvent être affectés à des postes de nuit sur autorisation de l'inspecteur du travail accordée notamment après vérification des contreparties qui leur sont accordées au titre de l'obligation définie à l'article [L. 3122-8](#) et de l'existence de temps de pause, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'engagement de négociations loyales et sérieuses implique pour l'employeur d'avoir :

1° Convoqué à la négociation les organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et fixé le lieu et le calendrier des réunions ;

2° Communiqué les informations nécessaires leur permettant de négocier en toute connaissance de cause ;

3° Répondu aux éventuelles propositions des organisations syndicales.

Article L3122-24

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

[Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 8 \(V\)](#)

A défaut d'accord, un décret peut fixer la liste des secteurs pour lesquels la durée maximale hebdomadaire de travail est fixée entre quarante et quarante-quatre heures.

Article L3122-24

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

[Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 8 \(V\)](#)

A défaut d'accord, un décret peut fixer la liste des secteurs pour lesquels la durée maximale hebdomadaire de travail est fixée entre quarante et quarante-quatre heures.

DIRECTIVE 2003/88/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail

18.11.2003

FR

Journal officiel de l'Union européenne

L 299/11

9. «repos suffisant»: le fait que les travailleurs disposent de périodes de repos régulières dont la durée est exprimée en unités de temps et qui sont suffisamment longues et continues pour éviter qu'ils ne se blessent eux-mêmes ou ne blessent leurs collègues ou d'autres personnes et qu'ils ne nuisent à leur santé, à court ou à plus long terme, par suite de la fatigue ou d'autres rythmes de travail irrégulier.

CHAPITRE 2

PÉRIODES MINIMALES DE REPOS — AUTRES ASPECTS DE L'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Article 3

Repos journalier

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de vingt-quatre heures, d'une période minimale de repos de onze heures consécutives.

Article 4

Temps de pause

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie, au cas où le temps de travail journalier est supérieur à six heures, d'un temps de pause dont les modalités, et notamment la durée et les conditions d'octroi, sont fixées par des conventions collectives ou accords conclus entre partenaires sociaux ou, à défaut, par la législation nationale.

Article 5

Repos hebdomadaire

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de sept jours, d'une période minimale de repos sans interruption de vingt-quatre heures auxquelles s'ajoutent les onze heures de repos journalier prévues à l'article 3.

Si des conditions objectives, techniques ou d'organisation du travail le justifient, une période minimale de repos de vingt-quatre heures pourra être retenue.

Article 6

Durée maximale hebdomadaire de travail

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que, en fonction des impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs:

- a) la durée hebdomadaire du travail soit limitée au moyen de dispositions législatives, réglementaires ou administratives ou de conventions collectives ou d'accords conclus entre partenaires sociaux;
- b) la durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'exécède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires.

Article 7

Congé annuel

1. Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie d'un congé annuel payé d'au moins quatre semaines, conformément aux conditions d'obtention et d'octroi prévues par les législations et/ou pratiques nationales.

2. La période minimale de congé annuel payé ne peut être remplacée par une indemnité financière, sauf en cas de fin de relation de travail.

CHAPITRE 3

TRAVAIL DE NUIT — TRAVAIL POSTÉ — RYTHME DE TRAVAIL

Article 8

Durée du travail de nuit

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que:

- a) le temps de travail normal des travailleurs de nuit ne dépasse pas huit heures en moyenne par période de vingt-quatre heures;
- b) les travailleurs de nuit dont le travail comporte des risques particuliers ou des tensions physiques ou mentales importantes ne travaillent pas plus de huit heures au cours d'une période de vingt-quatre heures durant laquelle ils effectuent un travail de nuit.

Aux fins du point b), le travail comportant des risques particuliers ou des tensions physiques ou mentales importantes est défini par les législations et/ou pratiques nationales ou par des conventions collectives ou accords conclus entre partenaires sociaux, compte tenu des effets et des risques inhérents au travail de nuit.

Article 9

Évaluation de la santé et transfert au travail de jour des travailleurs de nuit

1. Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que:
 - a) les travailleurs de nuit bénéficient d'une évaluation gratuite de leur santé, préalablement à leur affectation et à intervalles réguliers par la suite;
 - b) les travailleurs de nuit souffrant de problèmes de santé reconnus, liés au fait que ces travailleurs accomplissent un travail de nuit, soient transférés, chaque fois que cela est possible, à un travail de jour pour lequel ils sont aptes.
2. L'évaluation gratuite de santé visée au paragraphe 1, point a), doit respecter le secret médical.
3. L'évaluation gratuite de santé visée au paragraphe 1, point a), peut faire partie d'un système national de santé.

Article 10

Garanties pour travail en période nocturne

Les États membres peuvent subordonner le travail de certaines catégories de travailleurs de nuit à certaines garanties, dans des conditions fixées par les législations et/ou pratiques nationales, pour des travailleurs qui courent un risque de sécurité ou de santé lié au travail durant la période nocturne.

Article 11

Information en cas de recours régulier aux travailleurs de nuit

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que l'employeur qui a régulièrement recours à des travailleurs de nuit informe de ce fait les autorités compétentes, sur leur demande.

Article 12

Protection en matière de sécurité et de santé

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que:

- a) les travailleurs de nuit et les travailleurs postés bénéficient d'un niveau de protection en matière de sécurité et de santé, adapté à la nature de leur travail;
- b) les services ou moyens appropriés de protection et de prévention en matière de sécurité et de santé des travailleurs de nuit et des travailleurs postés soient équivalents à ceux applicables aux autres travailleurs et soient disponibles à tout moment.

Article 13

Rythme de travail

Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que l'employeur qui envisage d'organiser le travail selon un certain rythme tienne compte du principe général de l'adaptation du travail à l'homme, notamment en vue d'atténuer le travail monotone et le travail cadencé en fonction du type d'activité et des exigences en matière de sécurité et de santé, particulièrement en ce qui concerne les pauses pendant le temps de travail.

CHAPITRE 4

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 14

Dispositions communautaires plus spécifiques

La présente directive ne s'applique pas dans la mesure où d'autres instruments communautaires contiennent des prescriptions plus spécifiques en matière d'aménagement du temps de travail concernant certaines occupations ou activités professionnelles.

Article 15

Dispositions plus favorables

La présente directive ne porte pas atteinte à la faculté des États membres d'appliquer ou d'introduire des dispositions législatives, réglementaires ou administratives plus favorables à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs ou de favoriser ou de permettre l'application de conventions collectives ou d'accords conclus entre partenaires sociaux plus favorables à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs.

Article 16

Périodes de référence

Les États membres peuvent prévoir:

- a) pour l'application de l'article 5 (repos hebdomadaire), une période de référence ne dépassant pas quatorze jours;
- b) pour l'application de l'article 6 (durée maximale hebdomadaire de travail), une période de référence ne dépassant pas quatre mois.

Les périodes de congé annuel payé, accordé conformément à l'article 7, et les périodes de congé de maladie ne sont pas prises en compte ou sont neutres pour le calcul de la moyenne;

- c) pour l'application de l'article 8 (durée du travail de nuit), une période de référence définie après consultation des partenaires sociaux ou par des conventions collectives ou accords conclus au niveau national ou régional entre partenaires sociaux.

Si la période minimale de repos hebdomadaire de vingt-quatre heures exigée par l'article 5 tombe dans cette période de référence, elle n'est pas prise en compte pour le calcul de la moyenne.

CHAPITRE 5

DÉROGATIONS ET EXCEPTIONS

Article 17

Dérogations

1. Dans le respect des principes généraux de la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, les États membres peuvent déroger aux articles 3 à 6, 8 et 16 lorsque la durée du temps de travail, en raison des caractéristiques particulières de l'activité exercée, n'est pas mesurée et/ou prédéterminée ou peut être déterminée par les travailleurs eux-mêmes, et notamment lorsqu'il s'agit:

- a) de cadres dirigeants ou d'autres personnes ayant un pouvoir de décision autonome;
- b) de main-d'œuvre familiale, ou
- c) de travailleurs dans le domaine liturgique des églises et des communautés religieuses.



Conseil économique, social et environnemental

369

NUMÉRO

Vendredi 2 juillet 2010

NOTES D'IÉNA

INFORMATIONS DU
CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

LE TRAVAIL DE NUIT : IMPACT SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET DE VIE DES SALARIÉS

RAPPORTEUR :
FRANÇOIS EDOUARD
AU NOM DE LA SECTION
DU TRAVAIL
PRÉSIDIÉE PAR
CHRISTIAN LAROSE

**Assemblée plénière
des 7 et 8 juillet 2010**

Près d'un salarié sur cinq travaille habituellement la nuit et le phénomène tend à se développer malgré l'adoption de la loi du 9 mai 2001 qui avait notamment pour ambition d'encadrer plus strictement le travail de nuit.

En principe exceptionnel, le recours au travail de nuit doit, en effet, être justifié par la nécessité d'assurer la continuité de l'activité économique ou des services d'utilité sociale en prenant en compte les impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs. Car le travail de nuit, régulier et prolongé, peut avoir des répercussions néfastes tant sur les conditions de travail et de vie des salariés que, surtout, sur leur santé, ce qui pose une véritable question de santé publique.

Dans ce contexte, notre assemblée recommande d'encadrer plus strictement le travail de nuit afin de mieux prendre en compte la santé des travailleurs et l'équilibre leur vie sociale et familiale.

Avertissement : cette note d'Iéna présente le projet d'avis qui sera examiné par l'assemblée plénière des 7 et 8 juillet 2010.

■ Publication-Communication : 01 44 43 64 58
■ Diffusion-Distribution : 01 44 43 63 30
■ ISSN 1767-8188

■ www.ces.fr

I - L'IMPACT DU TRAVAIL DE NUIT

La loi du 9 mai 2001 sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes a permis de mettre notre législation sur le travail de nuit en conformité avec le droit européen.

A- UN TRAVAIL DE NUIT EN AUGMENTATION

Malgré la volonté du législateur de 2001, le recours au travail de nuit tend à progresser en France, notamment pour les femmes. La proportion des femmes travaillant la nuit a augmenté de + 59 % entre 2002 et 2008.

De nombreux facteurs peuvent expliquer cette évolution : levée de l'interdiction du travail de nuit des femmes, évolutions socioéconomiques dans une économie mondialisée, utilisation optimale des équipements, externalisation croissante de certaines fonctions.

B- LES EFFETS DU TRAVAIL DE NUIT

Le travail prolongé de nuit présente toutefois des risques pour la santé des salariés et entraîne des perturbations de la vie sociale et familiale.

1. Les effets sur la santé

A court terme, les principaux effets sur la santé du travail de nuit sont les troubles du sommeil, des troubles digestifs et un déséquilibre nutritionnel. A long terme, le travail prolongé et régulier de nuit a des effets néfastes sur la santé. Si certains de ces effets sont désormais bien établis (risques cardiovasculaires accrus, usure prématurée), d'autres, selon plusieurs études, sont probables tels les risques de cancers.

2. L'incidence sur les conditions de travail

Les répercussions du travail de nuit sur les conditions de travail sont plus contrastées. Toutefois, le travail de nuit se cumule souvent avec de nombreuses autres contraintes horaires (travail le dimanche notamment) ou organisationnelles, les salariés de nuit étant davantage exposés à des pénibilités physiques ou soumis à des situations d'isolement. On note aussi des déroutements de carrière et l'accès aux formations moins aisés.

3. Les perturbations de la vie sociale et familiale

L'articulation entre travail et vie personnelle est rendue plus difficile en raison de la discordance entre ces horaires et les moments de disponibilité requis pour partager ses activités hors travail avec la famille et les amis.

II- LES RECOMMANDATIONS DU CESE

La meilleure connaissance que nous avons aujourd'hui des effets du travail de nuit, notamment sur la santé des salariés, devrait inciter les pouvoirs publics à mieux encadrer le recours au travail de nuit.

A- ENCADRER PLUS STRICTEMENT LE RECOURS AU TRAVAIL DE NUIT

1. Clarifier et limiter les cas de recours au travail de nuit

Le Code du travail prévoit simplement que le recours au travail doit être justifié par la nécessité d'assurer des services d'utilité sociale ou bien la « continuité de l'activité économique », notion floue qui laisse place à des interprétations très extensives. Outre une nécessaire clarification du Code du travail, il serait aussi souhaitable que les accords collectifs soient suffisamment précis et

déterminent les motivations du recours au travail de nuit, les types d'emplois susceptibles d'être concernés et les dispositifs préservant la santé des travailleurs mis en place dans l'entreprise.

2. Restreindre le travail permanent de nuit

Le recours au travail de nuit permanent (sans alternance avec des horaires de jour) ne devrait être fondé que sur des raisons impératives qui engagent la viabilité économique de l'entreprise. Notre assemblée souhaite que la loi précise les situations ou les secteurs d'activité concernés par ces raisons impératives, notamment en cas d'absence de postes de jour ou de l'impossibilité de recruter un nombre suffisant de personnes acceptant de travailler en alternance de nuit et de jour.

3. Créer un repos compensateur minimal légal

Notre assemblée recommande la création d'un repos compensateur minimal légal afin de donner aux travailleurs nocturnes un temps de repos supplémentaire. Dans le cas des salariés travaillant de façon permanente la nuit, l'objectif cible serait d'instituer un repos compensateur minimal autour de 8 %, objectif qui pourrait être atteint par palier afin de permettre d'adapter en conséquence l'organisation du travail.

4. Inscrire dans la loi le principe du retour sur un poste de jour

Pour cela, il conviendrait, d'abord, d'inscrire dans la loi le principe d'une alternance avec le travail de jour, au-delà d'un certain nombre d'années, lorsqu'il existe des emplois de substitution dans l'entreprise. De même, l'organisation du reclassement sur un poste de jour pourrait être assortie d'un délai de mise en œuvre jusqu'à six mois, reconductible, dans le cas où l'état de santé du travailleur le permet. Faciliter le retour sur un poste de jour implique aussi de proposer un accompagnement spécifique des travailleurs de nuit, s'inscrivant dans un parcours de formation et d'évolution professionnelle.

5. Prendre en compte le travail de nuit occasionnel

Afin de mieux prendre en compte le travail de nuit occasionnel, très présent dans certains secteurs comme ceux de la grande distribution ou de la propreté, notre assemblée recommande d'étudier la possibilité d'un abaissement du seuil minimal légal annuel d'heures de nuit.

B- RENFORCER LA SURVEILLANCE MÉDICALE

Le travail de nuit mérite d'être considéré comme une véritable question de santé publique qui aurait vocation à figurer dans le Plan santé au travail 2010-2014.

1. Informer les salariés sur les risques encourus

Les travailleurs de nuit ou postés devraient être plus systématiquement informés de la nature des risques inhérents au travail de nuit ou posté ainsi que les risques particuliers à certaines activités et des tensions physiques ou mentales qui en résultent.

2. Améliorer le suivi médical individuel

Les études montrent que les risques sont accrus pour les salariés de plus de 50 ans continuant à travailler la nuit, en particulier les femmes. C'est pourquoi notre assemblée propose de mettre en place une surveillance médicale spécifique pour ces salariés.

3. Assurer une traçabilité de l'exposition aux risques

Dans le souci d'une meilleure compréhension des risques sanitaires liés au travail de nuit, il est indispensable d'assurer la traçabilité de l'exposition aux risques pour les travailleurs de nuit. Notre assemblée préconise notamment de généraliser la tenue d'un dossier médical en santé au travail et de prolonger la surveillance médicale après la cessation d'activité.

4. Confier à l'ANSES une étude sur les risques inhérents au travail de nuit

Notre assemblée recommande de confier à cette nouvelle agence le soin de conduire une étude sur les risques sanitaires liés au travail de nuit afin d'améliorer les connaissances scientifiques sur les répercussions du travail de nuit sur la santé et de définir les bons marqueurs ou paramètres de surveillance médicale.

5. Développer la surveillance épidémiologique

La surveillance médicale individuelle devrait s'inscrire dans le cadre plus large d'une surveillance épidémiologique afin d'améliorer les connaissances sur les risques engendrés par le travail en horaires décalés ou de nuit.

C- AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES SALARIÉS DE NUIT

Lorsque le travail de nuit est indispensable, la réflexion doit être permanente pour rechercher les pistes d'amélioration des conditions de travail, voire à privilégier pour en limiter ou en supprimer les conséquences les plus néfastes.

1. Optimiser l'organisation des cycles de travail

La mise en place du travail de nuit devrait être l'occasion de s'interroger sur la meilleure organisation possible des cycles et des horaires de travail. A cet égard, les médecins du travail comme les ergonomes préconisent des cycles de travail courts avec des rotations rapides et organisées dans le sens horaire, c'est-à-dire « vers l'avant ».

2. Ménager des temps de pause et, le cas échéant, de sommeil de courte durée

Il semble également indispensable de ménager des temps de pause réguliers pendant les horaires de nuit afin de prendre en compte les risques de somnolence et d'endormissement à certaines heures. De plus, notre assemblée estime nécessaire de développer des recherches afin d'évaluer l'apport des « siestes nocturnes » sur la vigilance et sur l'état de fatigue.

3. Aménager les postes de travail en fonction de critères ergonomiques

Sur les conseils du médecin du travail et après avis du CHSCT, un aménagement des locaux devrait être plus systématiquement réalisé afin de les adapter aux exigences d'un travail de nuit : luminosité, bruit, température, horaires et composition des repas, mobilier adapté et salle de repos.

4. Faciliter l'accès aux actions de formation

Le plan de formation de l'entreprise doit prendre en compte les besoins spécifiques de formation des salariés de nuit tant dans son contenu que dans les modalités de déroulement de ces formations. Il importe de veiller au développement de compétences transversales ou connexes à d'autres postes de travail ou d'autres métiers du secteur. En

outre, les actions de formation devraient être organisées de manière à empiéter le moins possible sur la vie privée afin que la plage diurne consacrée aux activités sociales personnelles ne soit pas réduite.

5. Associer le CHSCT à l'évaluation des risques

Notre assemblée estime indispensable d'associer le CHSCT à l'évaluation des risques auxquels sont exposés les travailleurs de nuit. De même, il doit être systématiquement consulté sur la recherche de solutions sur l'organisation matérielle du travail afin de limiter, voire de supprimer les conséquences néfastes du travail de nuit.

6. Gérer les parcours professionnels

Dans les entreprises où coexistent des horaires de nuit et des horaires de jour, il conviendrait de faciliter la mobilité d'un type d'horaires à l'autre en prenant en compte la santé des salariés, les changements dans leur situation familiale et l'évolution de l'âge. Il est indispensable d'organiser des passerelles entre les horaires de nuit et de jour selon les périodes de la vie professionnelle, notamment en fin de carrière.

7. Prendre en compte la pénibilité du travail de nuit dans le droit à la retraite

Le travail de nuit a partie liée avec le dossier de la pénibilité dans le cadre de la réforme des régimes de retraite. Le CESE tient à réaffirmer le principe général de la nécessaire prise en compte de la pénibilité du travail de nuit dans le droit à la retraite.

D- MIEUX CONCILIER VIE FAMILIALE ET VIE PROFESSIONNELLE

La nécessité d'adopter des mesures permettant de concilier la vie professionnelle avec la vie personnelle et familiale se pose avec encore plus d'acuité pour les travailleurs de nuit.

1. Développer les modes de garde sur horaires décalés

Afin de mieux répondre au problème de garde des enfants pour les parents travaillant en horaires décalés, il serait nécessaire de mettre en œuvre une politique globale visant à améliorer les modes de garde.

2. Tenir compte des coûts des transports la nuit

L'adaptation de l'offre de transports publics aux rythmes de travail des salariés de nuit permettrait de faciliter les déplacements. Cela passe par une action de sensibilisation auprès des collectivités territoriales. Notre assemblée considère également que la prise en compte du temps de trajet dans le temps de travail ainsi qu'une compensation de son coût devraient faire l'objet d'une négociation entre partenaires sociaux.

3. Relancer la négociation sur l'égalité professionnelle

En dépit de progrès significatifs accomplis ces dernières années, force est de constater que dans de nombreux domaines l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes peine à se concrétiser. Notre assemblée estime indispensable d'intensifier le travail important d'information et de sensibilisation auprès des entreprises et des partenaires sociaux afin de faire coïncider égalité de droits et égalité réelle.

Assemblée plénière des 7 et 8 juillet 2010
Note flash

Pour notre assemblée, le travail de nuit doit rester une exception et sa mise en place devrait être plus strictement encadrée afin de mieux prendre en compte la santé des travailleurs et les impératifs de protection de la sécurité au travail.

I - ENCADRER PLUS STRICTEMENT LE RECOURS AU TRAVAIL DE NUIT

- Clarifier et limiter les cas de recours au travail de nuit
- Restreindre le travail permanent de nuit
- Créer un repos compensateur minimal légal
- Inscrire dans la loi le principe du retour sur un poste de jour
- Mieux prendre en compte le travail de nuit occasionnel

II - RENFORCER LA SURVEILLANCE MÉDICALE

- Informer et sensibiliser les salariés sur les risques encourus
- Améliorer le suivi médical individuel
- Assurer une traçabilité de l'exposition aux risques
- Confier à l'ANSES une étude sur les risques inhérents au travail de nuit
- Développer la surveillance épidémiologique

III - AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES SALARIÉS DE NUIT

- Optimiser l'organisation des cycles de travail
- Ménager des temps de pause et, le cas échéant, de sommeil de courte durée
- Aménager les postes de travail en fonction de critères ergonomiques
- Faciliter l'accès aux actions de formation professionnelle
- Associer le CHSCT à l'évaluation des risques liés au travail de nuit
- Gérer les parcours professionnels notamment en fin de carrière
- Prendre en compte la pénibilité du travail de nuit dans le droit à la retraite

IV- MIEUX CONCILIER VIE FAMILIALE ET VIE PROFESSIONNELLE

- Développer les modes de garde sur horaires décalés
- Tenir compte des conditions et des coûts des transports la nuit
- Relancer la négociation sociale sur l'égalité professionnelle

François EDOUARD

Né le 15 février 1948 à Saint-Saëns (Seine-Maritime)
Marié
2 enfants



Membre du Conseil économique, social et environnemental depuis 2002

- Membre du groupe de l'UNAF
- Vice-président de la section du travail, et de la Délégation aux droits des Femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes

Fonctions actuelles :

- Retraité
- Administrateur de l'UNAF
- Président du département de l'UNAF : Droit de la famille et protection de l'enfance
- Administrateur de la FNAAFP/CSF : Fédération d'aide à domicile
- Administrateur du GIPED : Groupement d'intérêt public Enfance en danger (n° d'appel 119)
- Administrateur de la Fondation pour l'enfance

Autres fonctions :

- Administrateur d'UNIFORMATION – OPCA de l'économie sociale
- Administrateur de l'USGERES, regroupement d'employeurs de l'économie sociale
- Gérant de LOGADOM : Sarl de production et maintenance de logiciels pour les services de l'aide à domicile

Anciennes fonctions :

- Secrétaire général de la Confédération syndicale des familles (CSF)
- Responsable de production pendant 20 ans à la TRT, filiale de Philips, société aujourd'hui disparue

Diplôme :

- BTS en fabrication mécanique

Ouvrage :

- *Conséquences sur l'emploi et le travail des stratégies d'externalisation d'activités, avis et rapport du CES adoptés le 23 mars 2005*

Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit

Mai 2012

Les recommandations ci-dessous reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture.

Messages clés

Le travail posté et/ou le travail de nuit est associé à :

- une diminution du temps de sommeil total par 24 heures (de l'ordre de 1 à 2 heures par 24 heures conduisant à une privation chronique de sommeil),
- une augmentation du risque de somnolence durant la période d'éveil,
- un risque augmenté d'accidents et de quasi-accidents de la circulation.

Chez la femme, le travail posté et/ou le travail de nuit est :

- un facteur de risque probable pour le cancer du sein ne justifiant pas de dépistage spécifique par rapport au dépistage organisé du cancer du sein
- un facteur de risque éventuel pour le déroulement de la grossesse.

Définitions

Le **travail posté** est un travail par "poste" aux horaires successifs et alternants (classiquement connu comme étant le travail en 3 x 8).

Le **travail de nuit** concerne tout travail accompli entre 21 heures et 6 heures du matin. D'un point de vue réglementaire¹, est considéré comme travailleur de nuit :

- celui pour qui l'horaire de travail habituel comprend au moins 3 heures dans la période 21 heures-6 heures, et ce, au moins 2 fois par semaine ;
- celui qui réalise un nombre minimal d'heures de nuit sur une période de référence, établie par accord ou convention. À défaut d'accord, le nombre minimal d'heures à accomplir est de 270 heures pour une période de 12 mois consécutifs².

En médecine du travail, l'article L 3122-42 du Code du Travail impose une surveillance médicale 2 fois par an aux travailleurs affectés de nuit.

Contenu de la visite médicale en Santé au Travail

Il est recommandé :

- d'interroger spécifiquement les travailleurs postés et/ou de nuit sur leur temps de sommeil total au cours des 24 heures lors des périodes de travail afin de dépister un temps de sommeil total insuffisant (< à 6 heures/24 heures) et une privation chronique de sommeil,
- de dépister des troubles du sommeil de type somnolence durant la période d'éveil et d'identifier les troubles du sommeil associés.

Il est recommandé de faire remplir un agenda de sommeil sur une période correspondant à au moins 2 semaines de travail lors de la 1^{ère} visite médicale, puis en fonction de la plainte du travailleur.

¹ Article L 3122-29 du Code du Travail

² Articles L 3122-31 et 3122-8 du Code du Travail

L'utilisation de l'Echelle de Somnolence d'Epworth est à privilégier pour l'évaluation de la somnolence habituelle de ces travailleurs.

Chez les femmes exerçant un travail posté et/ou de nuit, il est recommandé :

- de les informer des risques éventuels lors de la grossesse (avortements spontanés, accouchements prématurés, retard de croissance intra utérin),
- de porter une attention particulière à ce qu'elles bénéficient d'un suivi gynécologique annuel,
- en l'absence de suivi régulier, de les adresser pour une consultation de gynécologie à partir d'une durée d'exposition au travail posté et/ou de nuit de 5 ans.

En lien avec la réglementation sur la traçabilité des expositions³, il est recommandé de remplir une attestation d'exposition⁴ au travail posté et/ou de nuit au départ du salarié de l'entreprise.

Mesures de prévention

Il est recommandé :

- d'informer les travailleurs de l'importance de maintenir un temps de sommeil supérieur à 7 heures par 24 heures et une bonne hygiène de sommeil,
- d'informer de façon individuelle (par la remise d'une information écrite, par exemple cf. "Brochure d'information destinée aux travailleurs postés et/ou de nuit") et de façon collective (via le CHSCT) les travailleurs de l'ensemble des risques identifiés, et en particulier du risque accidentel (accident de la circulation notamment).

L'exposition à la lumière avant et/ou au début de chaque poste est recommandée pour faciliter l'adaptation au travail posté et/ou de nuit. La limitation de l'exposition à la lumière en fin de poste est recommandée pour faciliter le sommeil.

La sieste est recommandée pour réduire les troubles de la vigilance et diminuer la somnolence chez les travailleurs postés et/ou de nuit. Durant le travail de nuit, et tout particulièrement en cas de poste de sécurité, une sieste courte (inférieure à 30 minutes) est recommandée. Cette sieste peut être effectuée avant la prise de poste ou au cours des pauses durant le travail, selon les possibilités.

Avec respect des précautions d'usage, une prise unique de caféine (sous la forme d'un café) en début de poste peut améliorer la vigilance au travail.

Les médicaments psychostimulants et hypnotiques n'ont pas d'indication dans les troubles liés au travail posté et/ou de nuit, et les données disponibles sur le recours aux psychostimulants montrent un rapport bénéfice/risque insuffisant. La prescription de ces médicaments n'est donc pas recommandée chez les travailleurs postés et/ou de nuit.

Chez la femme enceinte, il est recommandé d'éviter le travail posté et/ou le travail de nuit à partir de 12 semaines d'aménorrhée.⁵

³ Article L 4121-3-1 du Code du travail

⁴ Décret 2001-97 du 1^{er} février 2001 et Art R 4412-58

⁵ Article L 122-25-1-1 : les salariées enceintes ou venant d'accoucher bénéficient de mesures protectrices : à leur demande ou à la demande écrite du médecin du travail, elles seront affectées à un poste de jour pendant la durée de leur grossesse notamment, sans diminution de leur rémunération.

Brochure d'information destinée aux personnes en travail posté et de nuit : Quelles précautions prendre pour sa santé ?

Qu'appelle-t-on travail posté ou de nuit ?

Le travail posté est un travail par "poste" aux horaires successifs et alternants (dont un des exemples est le travail en 3 x 8).

Le travail de nuit concerne tout travail accompli entre 21h et 6h du matin.

En France, plus d'un travailleur sur 5 travaille en travail posté ou de nuit.

Pourquoi cette organisation du travail incite t-elle à faire attention à sa santé ?

L'Homme possède une horloge biologique située dans le cerveau qui nous permet d'être actif le jour et de nous reposer la nuit. C'est grâce à la lumière du jour et à la régularité des rythmes de vie que cette horloge fonctionne sur 24 heures.

Lors du travail posté ou de nuit, le fonctionnement de cette horloge est perturbé. Ce dérèglement de notre horloge a un impact sur le sommeil et la vigilance.

Quels troubles du sommeil et de la vigilance ?

Les travailleurs postés ou de nuit ont le plus souvent :

- Un temps de sommeil plus court que ceux qui travaillent régulièrement de jour (en moyenne 1 à 2 heures de sommeil de moins par 24 heures),
- Une somnolence plus importante au cours de la journée augmentant le risque d'accidents de la circulation et d'accidents de travail.

D'autres troubles ?

Les troubles du sommeil sont parfois aussi associés à un état dépressif ou d'anxiété.

Une femme qui travaille la nuit ou en horaires postés doit être particulièrement surveillée lors de sa grossesse.

On sait aussi que le travail posté et/ou de nuit est un facteur de risque probable pour le cancer du sein chez la femme (ne justifiant pas de dépistage spécifique par rapport au dépistage organisé du cancer du sein), de prise de poids, d'hypertension artérielle, de troubles digestifs.

Adopter un certain nombre de règles de vie et de prévention aide à mieux faire face au travail posté ou de nuit.

Prendre soin de votre sommeil

- Respecter des horaires réguliers de coucher et de lever autant que possible au cours de votre semaine de travail.
- Bien isoler votre chambre de la lumière extérieure si vous dormez en cours de journée.
- Limiter le bruit pendant le sommeil : prévenir votre entourage quand vous dormez pour éviter les réveils intempestifs.
- Si vous êtes en poste du matin ou de nuit, la sieste est utile pour lutter contre la dette de sommeil et compléter votre temps de sommeil sur 24 heures.
- Ne pas recourir à des médicaments hypnotiques pour faciliter le sommeil.

Se méfier de la somnolence

- Apprendre à reconnaître les signes de somnolence au volant ou au travail : concentration difficile, raideur de la nuque et tête lourde, picotements des yeux, sensations de paupières lourdes, bâillements.
- Etre particulièrement vigilant à ces signes lors du trajet de retour après un poste de nuit. Ne pas hésiter alors à s'arrêter pour dormir 15-20 minutes (utiliser un réveil pour se réveiller), même si l'on est proche de son domicile car c'est à ce moment que les accidents de la circulation sont les plus fréquents.
- Eviter de conduire si votre médecin vous a prescrit des médicaments qui favorisent la somnolence (voir pictogrammes présents sur leurs boîtes).
- Si possible, faire une sieste courte (moins de 30 minutes) lors des pauses pendant le travail, dans un endroit calme et sûr.
- Ne pas recourir à des médicaments psychostimulants pour maintenir la vigilance.

Utiliser la lumière

- S'exposer à la lumière du jour ou à une lumière artificielle élevée (sans regarder la lumière en face) avant le travail ou en début de poste pour resynchroniser votre horloge interne et augmenter votre vigilance.
- Eviter la lumière du jour ou une lumière trop forte en fin de poste et lors du retour à votre domicile pour mieux préparer le sommeil qui va suivre de retour chez vous.

Adapter au mieux votre mode de vie : alimentation et activité physique

- Prendre 3 repas variés et équilibrés par jour, si possible à des horaires réguliers.
- Faire une collation légère en cas de poste du matin ou de poste de nuit.
- Ne pas sauter de repas et limiter le grignotage.
- Eviter une consommation excessive d'excitants (café, thé, colas, boissons énergétiques), surtout lors des 5 dernières heures de travail, afin de ne pas perturber le sommeil à venir.
- Pratiquer une activité physique régulière.

Parlez-en avec votre médecin

Les travailleurs de nuit ont l'obligation d'une visite médicale en Santé au Travail 2 fois par an : ils font l'objet d'une "surveillance médicale renforcée".

A votre médecin du travail, signalez :

- Vos difficultés de sommeil et vos baisses de vigilance au cours du travail,
- Vos éventuels troubles digestifs, dépressifs ou anxieux,
- Vos accidents ou si vous vous êtes endormi au volant,
- Vos antécédents médicaux,
- Votre grossesse ou vos difficultés à concevoir un enfant.
- Demander un aménagement du poste de travail à partir de 12 semaines d'aménorrhées (3 mois de grossesse).

A votre médecin traitant, et le cas échéant à votre gynécologue, expliquez :

- Votre profession et vos horaires de travail afin qu'ils puissent adapter votre suivi médical.

POUR TOUTE QUESTION OU COMPLEMENT D'INFORMATIONS, L'EQUIPE DE SANTE AU TRAVAIL ET VOTRE MEDECIN TRAITANT SONT DISPONIBLES.

Site www.institut-sommeil-vigilance.org

Entretien travail de recherche Cadre de Santé

Nauria Chaouch
Etudiante Cadre de

Population : Soignants de jour/Soignants de nuit/Cadre de santé jour et nuit
Grille entretien « Cadre de Santé »/ « Faisant Fonction Cadre de santé »



Dans le cadre de ma formation cadre de santé, j'effectue un travail de recherche concernant les dynamiques d'équipes.

Cet entretien est confidentiel et les résultats de l'enquête sont entièrement anonymisés. Selon votre accord l'entretien pourrait être enregistré :

- Oui**
- Non**

Structure :

Unité de soins/Service :

1. Vous êtes cadre de santé: quelle équipe avez-vous en charge?

- Équipe de jour
- Équipe de nuit
- Les deux

2. Depuis combien de temps êtes-vous sur ce poste?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Plus de 15 ans

3. Comment décrieriez-vous les relations équipe de jour/équipe de nuit?

4. Pensez-vous que l'implication professionnelle diffère la nuit et le jour?

5. On parle souvent de clivage jour/nuit pensez-vous que cela existe dans votre unité ?

- Non
- Oui

6. Si oui d'après vous pour quelles raisons ?

7. D'après vous existe-il un isolement des équipes de nuit?

- Oui
- Non

8. Si oui pourriez-vous expliquer votre réponse

9. Quelles sont d'après vous les motivations de choix d'un poste de nuit?

10. Quelles sont pour vous les 3 plus grandes difficultés à travailler la nuit?

- >
- >
- >

11. Quelles sont les missions du cadre de santé ayant en charge les équipes de nuit ?

12. Comment évalueriez-vous, sur une échelle de 1 à 5 la cohésion d'équipe de soins jour/nuit au sein de votre unité (1 pas de cohésion d'équipe et 5 très bonne cohésion d'équipe)

1^{er}2^{er}3^{er}4^{er}5^{er}

13. Comment les équipes de nuit s'impliquent-elles au sein de la vie institutionnelle ou dans les projets de service? (communication, instances, réunions)

14. Quel serait en 2 mots votre représentation du travail de nuit?

15. Avez-vous un commentaire à ajouter sur la dynamique des équipes jour/nuit?

Entretien travail de recherche Cadre de Santé

Nauria Chaouch
Etudiante Cadre de

Population : Soignants de jour/Soignants de nuit/Cadre de santé jour et nuit
Grille entretien « soignants »



Dans le cadre de ma formation cadre de santé, j'effectue un travail de recherche concernant les dynamiques d'équipes.

Cet entretien est confidentiel et les résultats de l'enquête sont entièrement anonymisés.

Selon votre accord l'entretien pourrait être enregistré :

Oui

Non

Structure :

Unité de soins/Service :

1. Vous êtes soignant, à quelle équipe êtes-vous affecté

Équipe de jour

Équipe de nuit

2. Depuis combien de temps êtes-vous sur ce poste?

Moins de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Entre 10 et 15 ans

Plus de 15 ans

3. Comment décrieriez-vous les relations équipe de jour/équipe de nuit?

4. Pensez-vous que l'implication professionnelle diffère la nuit et le jour?

5. On parle souvent de clivage jour/nuit pensez-vous que cela existe dans votre unité ?

- Non
- Oui

6. Si oui d'après vous pour quelles raisons ?

7. D'après vous existe-il un isolement des équipes de nuit?

- Oui
- Non

8. Si oui pourriez-vous expliquer votre réponse

9. Quelles sont d'après vous les motivations de choix d'un poste de nuit?

10. Quelles sont pour vous les 3 plus grandes difficultés à travailler la nuit?

- >
- >
- >

11. L'équipe de nuit est managée par un cadre :

- De jour
- De nuit

12. Quelles sont les missions du cadre de santé ayant en charge les équipes de nuit ?

13. Comment évalueriez-vous, sur une échelle de 1 à 5, la cohésion d'équipe de soins jour/nuit au sein de votre unité (1 pas de cohésion d'équipe et 5 très bonne cohésion d'équipe)

1

2

3

4

5

14. Comment les équipes de nuit s'impliquent-elles au sein de la vie institutionnelle ou dans les projets de service? (communication, instances, réunions)

15. Quel serait en 2 mots votre représentation du travail de nuit?

16. Avez-vous un commentaire à ajouter sur la dynamique des équipes jour/nuit?

Extraits verbatims professionnels




Question 10 : quelles sont pour vous les 3 plus grandes difficultés à travailler de nuit ? *La plus grosse difficulté, c'est de gérer la fatigue la nuit. Vers 3h 3h30 du matin 4h00 on a un coup de barre et ça c'est une vraie difficulté. Il faut lutter pour pas dormir parfois et aussi l'hypovigilance. Je crains de passer à côté d'un truc grave. IL faut le gérer moi ce que je fais, je ne me pose pas sur une transat, je marche.... Je fais des rondes. Parce que je ne veux pas dormir . Je leur dis on ne sait jamais si quelqu'un qui a besoin, se lève. Travailler la nuit c'est un choix, j'ai choisi de travailler la nuit donc voilà.*

La difficulté en général s'il y'a trop de boulot infirmiers, j'appelle ma collègue, si je suis débordée ou si j'avais une urgence je peux appeler ma collègue. Il y a ça aussi parce que le jour elles sont 2 ou 3 la nuit, nous on est seule par étage donc ça aussi ça peut être une difficulté parce que ça m'est arrivé quand j'étais en neurologie par exemple, j'appelle ma collègue qui est en face. Mais une fois, j'étais en difficulté elle m'a dit j'arrive, elle n'est pas venue ! Du coup, je me suis dit que j'allais me débrouiller toute seule. Elle n'est pas venue c'était pour une pompe à morphine je ne connaissais pas et j'avais vraiment besoin d'aide parce que quand ma collègue de jour m'a fait la transmission, en fait dans ma tête je pensais que c'était l'ancienne pompe. Je ne pensais pas me retrouver en difficulté. C'est pour cela que c'est important d'avoir un cadre la nuit... On est en équipe restreinte, on n'a pas beaucoup d'options.

Question 11 : l'équipe de nuit est managée par un cadre de santé de jour ou de nuit ?

Une cadre de nuit mais qui n'est pas là tous les jours. Entre les repos, les réunions nos roulements, nous la voyons peu. Mais c'est déjà ça.

Question 12 : quelles sont les missions du cadre de santé ayant en charge les équipes de nuit ?

Elle répond à nos difficultés rencontrées la nuit, elle passe nous voir souvent parce que c'est important. Sa présence est importante ,tout simplement parce qu'elle répond à nos questionnements. En fait quelquefois on a des questionnements on se dit bah ce n'est pas grave quand la cadre est présente on l'appelle et on lui demande son avis. Moi cela me rassure. Par exemple pour les soins, ceux que je n'arrive pas à faire ou si je ne comprends pas quelque chose, ça peut arriver, la cadre de nuit elle peut rassurer où elle peut aider ça m'est déjà arrivé encore une fois en neurologie de ne pas pouvoir effectuer un soin, un sondage urinaire, j'avais essayé 2 fois je n'ai pas réussi, donc j'ai appelé la cadre elle est venue elle a sondé et elle m'a expliqué ce qui fallait que je fasse pour ne plus avoir de difficulté. Parfois, en dehors de la cadre de santé pour faire un soin je n'ai personne la nuit je suis là, je suis seule infirmière je vais chercher ma collègue si elle est présente tant mieux mais si je n'ai pas ma

collègue Ben, j'appelle ma cadre. Une cadre de nuit ça permet aussi de gérer les problèmes conflictuels. Au début, il y avait beaucoup de choses qui n'allaient pas et je ne peux pas toujours appeler ma collègue du bas elle a son boulot. La cadre même par téléphone elle apporte son aide. L'informatique, souvent je suis en difficulté avec le logiciel OSIRIS. La cadre de santé prend le temps de m'expliquer.....

Question 13 : comment évalueriez-vous, sur une échelle de 1 à 5, la cohésion d'équipe de soins jour/nuit au sein de votre unité ? (1 pas de cohésion du tout, 5 très bonne cohésion)

Il y a une très bonne cohésion aujourd'hui. Moi je dirais 4 donc ouais, je dirais 4 vraiment. L'équipe de jour est pas mal. On s'entend bien. Je viens tôt et on échange un peu du coup.

Question 14 : comment les équipes de nuit s'impliquent-elles au sein de la vie institutionnelle ou dans les projets de services (communication, instances, réunions) ?

*Ben en **participant aux réunions** qui sont mis en place en participant **aux formations** (quand il y en a). Quand j'ai un projet je le dis. **La certification, on s'implique aussi. Ça concerne tout le monde** le jour et la nuit donc voilà je ne sais pas si j'ai bien compris la question ? **Oui vous avez très bien compris.** Eh bien ça voilà, en partie on s'implique par la certification de l'établissement Pour les personnes âgées on fait parfois en journée, des kermesses, des manifestations, bref Bon si on travaille d'accord on ne va pas participer, mais je veux dire pour moi quand on est de nuit ou de jour on est personnel d'établissement donc peut apporter quelque chose. Quand j'étais en EHPAD, la nuit les cadres de santé me demandait de venir le jour pour aider à organiser les kermesses ou des rencontres générationnelles donc quelquefois elle avait besoin de monde. Moi quand elle me demandait je venais, je venais la journée.*

Question 15 : quel serait en 2 mots votre représentation du travail de nuit ?

*Pour moi : **l'autonomie** je disais la sécurité aussi parce que la nuit il faut être autonome.[.....] l'organisation quand t'es autonome ça veut dire t'es débrouillard quand t'es organisé ça veut dire tu commences par ça, puis çaL'organisation..... Savoir pallier à tout quoi.....*

Question 16 : avez-vous un commentaire à ajouter sur la dynamique d'équipe jour/nuit ?

Besoin de reformuler la question.

*Moi, et je parle de de moi, ce que j'aimerais moi, **c'est être impliqué aussi dans les soins** de jour. C'est-à-dire comprendre pourquoi telle personne a eu tel effet , tel chose. Pourquoi il n'a pas eu ça parce etc... **Pour moi c'est la continuité aussi de tout comprendre.** Il faut que je comprenne pourquoi quand je prends le patient en charge ce ne sont pas mes transmissions de nuit point je m'arrête là ! Non, c'est lire aussi les transmissions des filles de jour demander comment et pourquoi Mr X aujourd'hui a tel résultat, pourquoi le docteur a fait ce choix, pourquoi tel examen.... L'implication d'accord il faut que le type de nuit s'implique c'est une évidence, mais dans les soins de jour aussi même ! Si on n'est pas présent il faut lire et comprendre les transs on doit comprendre...Voilà donc ce soir j'ai d'ailleurs, ma collègue, qui travaille ici depuis 6 ans, qui ne savait pas me dire pourquoi un patient était en restriction hydrique. Ce monsieur boit beaucoup trop d'eau! je lui ai demandé*

pourquoi, elle-même ne savait pas pourquoi parce que sa collègue ne lui a pas transmis pourquoi donc je disais à mon collègue, ben on va lire les dossiers....



CDS 4 jour : Hôpital Public Psychiatrique

Question 1: vous êtes cadre de santé, quelle équipe avez-vous en charge ?

J'ai à charge une équipe de jour composée d'aides-soignants et d'infirmiers et d'ASH.

Question 2: depuis combien de temps êtes-vous sur ce poste ?

Cela fait 2 ans que je suis cadre de santé sur ce poste OK donc moins de 5 ans. Mais je travaille dans l'établissement depuis plus longtemps.

Question 3 : comment décrieriez-vous les relations équipe de jour/équipe de nuit ?

*Alors je dirais que l'équipe de jour et l'équipe de nuit ont une **relation un peu plus apaisée** qu'avant. Mais c'est vraiment récent. Cela n'a pas toujours été facile. Les infirmières font les transmissions aux infirmières et les aides-soignants aux aides-soignants. **J'ai certains retours du cadre de permanence** et assez souvent l'équipe de nuit se plaint de l'équipe de jour. Les agents se plaignent de certaines petites choses qui ne sont pas faites apparemment. Les relations sont plutôt **conflictuelles à des moments**, après elles ne se rencontrent pas vraiment pour se dire les choses. Pendant les transmissions elles le font s'il y a des choses précises pour un patient elles le disent mais pas plus que ça. Moi, après le cadre de permanence me fais remonter des éléments comme quoi l'équipe de nuit se plaint pas mal de l'équipe de jour etc. Ensuite on doit aller questionner, pourquoi elles se plaignent, c'est par rapport à quelle tâche alors ça peut être le soin qui n'est pas fait à leur convenance.*

Elle trouve arrive et constate que l'équipe de jour n'a pas fini le soin et que le soin aurait pu être fait. Cela peut-être aussi un patient qui mange dans sa chambre, et le plateau n'a pas été récupéré par exemple. Mais ça peut arriver qu'effectivement qu'elles oublient de dire à l'équipe.

Question 4 : pensez-vous que l'implication professionnelle diffère la nuit et le jour ?

*Je dirais que chaque équipe à sa propre implication. La seule chose qui est différente c'est que l'équipe de nuit n'a pas de médecin sur place comme l'équipe de jour. Mais je ne dirais pas que l'implication de l'équipe de nuit et pas importante quoi je dirai qu'elles ont leur façon de s'impliquer puisque que la nuit c'est une autre prise en charge. Voilà, et je dirais même que c'est beaucoup plus difficile parce que du coup elles n'ont pas de médecin sur place par exemple, je pense qu'effectivement **elles ont une implication qui peut être différente** de jour, elle diffère la nuit et le jour mais par leur différence. La nuit c'est difficile*

Question 5 : on parle souvent de clivage jour/nuit. Pensez-vous que cela existe dans votre unité ?

Question 6 : si oui pour quelles raisons ?

Je dirais oui ! Pour moi c'est dans tous les hôpitaux on entend très souvent l'équipe de jour et l'équipe de nuit c'est compliqué. C'est quelque chose que j'entends tout le temps.

A votre avis, c'est à cause de quoi ce clivage

Oh là là qu'est-ce que je peux dire je peux dire en gros que cela tient à des choses anodines. Pour moi, ce n'est même pas justifié c'est une incompréhension je dirais à la limite ce sont des incompréhensions que l'équipe de jour ont envers l'équipe de nuit et vice-versa. Ça ne repose pas sur des fondements pour moi. Voilà, après c'est mon ressenti.... C'est vraiment un sentiment. C'est ce que je recherche, votre ressenti

Question 7 : d'après vous existe-t-il un isolement des équipes de nuit ?

Question 8 : si oui, pourquoi ?

Oui, ça peut arriver parce que du coup si dans certaines situations elles n'arrivent pas à voir la personne adéquate elles peuvent très vite se sentir isolées. Ça dépend de la situation, par exemple pour nous en psychiatrie, si on a un patient qui décompense il faut avoir rapidement un médecin pour gérer la situation et pouvoir mettre un traitement en place ou autre. Elles sont livrées à elles-mêmes elles peuvent être livrées à elles même dans les situations d'urgence.

Question 9 : quelles sont d'après vous, les motivations de choix d'un poste de nuit?

Déjà parce qu'il y a des gens qui aiment bien travailler de nuit. Comme pour les gens de jour qui veulent travailler de jour il y a des gens qui préfèrent l'ambiance de nuit. Parce qu'il n'y a pas de médecin moi j'ai déjà assez souvent entendu on n'a pas de médecins qui passent, pas de consultation, pas le tour des patients la journée on n'assiste pas aux consultations et aux entretiens. Voilà c'est une autre prise en charge le jour donc effectivement, certains préfèrent travailler de nuit pour ne pas avoir du monde sur le dos. Voilà il faut savoir que certains vont préférer une grande équipe mais souvent la nuit ils préfèrent les petites équipes. Mais en fait, la nuit il n'y a pas moins de travail mais plus de responsabilités. Parfois c'est pour le planning, l'aménagement de planning

Question 10 : quelles sont pour vous les 3 plus grandes difficultés à travailler de nuit ?

Cela peut être une difficulté familiale. Ça peut être aussi les difficultés comme je disais tout à l'heure, à gérer des situations d'urgence. Ça peut être aussi les problèmes liés aux équipes quand ils ne s'entendent pas, ou sont en conflit.

Question 11 : quelles sont les missions du cadre de santé ayant en charge les équipes de nuit?

Le plus souvent c'est qu'il se retrouve à gérer les plannings, l'absentéisme. Assez souvent on a les appels le matin tôt. En 2e position gérer, en psychiatrie, ils font la gestion des lits j'ai envie de dire des soucis hôteliers, la logistique comme une fuite d'eau ou autres problème ...

Question 12 : comment évalueriez-vous, sur une échelle de 1 à 5, la cohésion d'équipe de soins jour/nuit au sein de votre unité ? (1 pas de cohésion du tout, 5 très bonne cohésion).

Dans mon unité-je dirais 3,5 ouais 3,5

Question 13 : comment les équipes de nuit s'impliquent-elles au sein de la vie institutionnelle ou dans les projets de services (communication, instances, réunions) ?

Par le biais de formations et j'en ai qui demandent à assister à un groupe de travail. On a un groupe de travail par exemple là, sur les transmissions ciblées il y a une infirmière de nuit qui m'a demandé de l'inscrire. D'autres formations aussi, simple de travail et puis il y en a qui demandent parfois à passer de jours, en immersion, pour voir comment l'équipe de jour travaille, comment dire les choses aux patients, pour revoir les médicaments ou autres et c'est au volontariat. Mais ça dépend parce que on peut aussi s'apercevoir que la personne un besoin ou des difficultés. On peut se rendre compte qu'effectivement quelqu'un qui vient d'arriver à quelques lacunes dans tout ce qui est biologie par exemple on peut lui programmer une formation voilà, pour qu'elle puisse justement avoir la sémio quoi pour pouvoir suivre le patient qu'elle prend en charge. Aussi mieux connaître les patients, parce que on a besoin parfois d'en savoir un petit peu plus, enfin poser des mots sur la prise en charge d'un patient.

Question 14 : quel serait en 2 mots votre représentation du travail de nuit ?

Je dirais la difficulté, un travail difficile. Ce n'est pas facile du tout parce que tout en en psychiatrie est assez délicat parce qu'on a des patients qui ne dorment pas, qui déambule toute la nuit. La nuit pour beaucoup de nos patients c'est l'angoisse. Pour certains c'est beaucoup d'angoisse donc j'ai envie de dire que ça représente la difficulté. C'est beaucoup de gestion du patient, d'accompagnement pour l'équipe donc du coup ça sollicite de mettre en place des stratégies justement pour pouvoir ne pas se retrouver trop débordé dans la prise en soin. Ils savent quoi faire et comment faire. Ils se retrouvaient débordés justement par la situation quoi pas il faut qu'il soit autonome. On a aussi des patients qui peuvent décompenser et qui peuvent passer à l'acte. Les équipes font face à la gestion de crise aussi.....La nuit pour nos patients, ça renvoie plein de choses.

Question 15 : avez-vous un commentaire à ajouter sur la dynamique d'équipe

J'ai envie de dire c'est vraiment dommage ce clivage qui perdure, les équipes s'arrêtent aux clichés, aux images et du coup on se rend compte qu'ils font le même boulot et qu'effectivement l'équipe de jour a l'impression qu'ils ont moins de travail mais ce n'est pas vrai quoi ils ont autant du boulot contrairement à ce qu'on pense. C'est pourtant le même métier.



CDS 3 nuit : Hôpital Public

Question 4 : pensez-vous que l'implication professionnelle diffère la nuit et le jour ?

Personnellement et sincèrement pour moi non. Lorsqu'on est engagé dans quelque chose je pense que de jour ou de nuit on effectue le travail comme il se doit. L'engagement professionnel c'est ça ! C'est sacré

Question 5 : on parle souvent de clivage jour/nuit. Pensez-vous que cela existe dans votre unité ?

Question 6 : si oui pour quelles raisons ?

Ça a toujours existé ça a toujours existé c'est plus ou moins accentué et selon les caractères professionnels pendant qu'on peut rencontrer

On a une dominance des équipes de jour tout simplement. L'équipe de jour pense toujours être meilleure que l'équipe de nuit.

Question 7 : d'après vous existe-t-il un isolement des équipes de nuit ?

Question 8 : si oui, pourquoi ?

Oui il y a isolement de l'équipe de Nuit ! C'est la raison pour laquelle les cadres de nuit existent le cadre de nuit est c'est un créateur de lien il est là pour soutenir la nuit, pour la soutenir dans cette solitude de nuit en général ! La plupart du temps ils m'appellent, ou pas, peu importe, je me déplace dans tous les services la nuit ne serait-ce que pour un petit Bonjour, pour essayer d'égayer un peu dans la morosité de la nuit. Ils ont besoin de d'être soutenus d'être reconnu et c'est une équipe qui souffre car il n'y a pas de comment on dit de soutien institutionnel de l'équipe de nuit c'est à dire qu'on impose un peu au cadre du jour d'y passer au moins une fois par mois. C'est ça que j'appelle le soutien, le soutien professionnel.

Question 9 : quelles sont d'après vous, les motivations de choix d'un poste de nuit?

La motivation qu'on soit honnête, la plupart du temps, Le travail de nuit et pour beaucoup de personnes n'est pas pour du confort personnel. C'est par choix ,parce qu'il y a des changements dans notre vie en général donc **plutôt vie personnelle vie familiale.**

Question 10 : quelles sont pour vous les 3 plus grandes difficultés à travailler de nuit ?

J'aurais dit plutôt quelles sont les qualités pour travailler la nuit.

Il faut être autonome d'accord il faut être pour moi être compétent et bien maîtriser ses leçons, être actif c'est très important, et endurant en fonction des services. Assurer une continuité une du soin effectif, il n'y a pas de travail à laisser à l'équipe de jour. On effectue le travail et ensuite on se pose.

Je reviens quand même sur cette question, est ce que quand même il y a des difficultés qui prédominent pour vous la nuit ? les difficultés qu'il peut y en avoir déjà au niveau de la santé et difficultés si mésaventures avec son binôme encore plus de solitude les difficultés d'adaptation.

Question 11 : quelles sont les missions du cadre de santé ayant en charge les équipes de nuit?

La mission de cadre de nuit.... Ça peut toucher l'organisation au sens large donc c'est le rôle de de création de liens, du lien. Leur donner du sens au travail, de la reconnaissance. Moi je monte dans les étages même quand on pas besoin de moi, c'est exprès pour établir ce lien là et reconnaître le travail. Discuter un peu avec eux recueillir leurs besoins, je ne sais pas en formation. Ne serait-ce qu'entendre la difficulté et la faire remonter à la direction d'abord on partait déjà avec un petit mail à la cadre du service et puis, pas de changement. Du coup les équipes voient avec moi comment on peut faire et remonter l'information à la direction. Je joue quand même un bon rôle parce que je suis perçue comme une personne de ressource plutôt que comme la cadre. Moi je n'ai pas les plannings à faire. Je vais gérer le planning mais inopinément : il y a quelqu'un qui absent là et bah je vais essayer de redéployer le nombre de personnes qui a pour essayer de rééquilibrer les effectifs.

Question 12 : comment évalueriez-vous, sur une échelle de 1 à 5, la cohésion d'équipe de soins jour/nuit au sein de votre unité ? (1 pas de cohésion du tout, 5 très bonne cohésion).

Moi j'aurais mis 2.... [.....]

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@21-22

Mémoire Cadre de Santé

De la pénombre à la lumière. Management motivationnel des équipes de nuit
 From darkness to light. Motivational management of night shifts

CHAOUCH Nauria

MOTS CLÉS

Travail de nuit, cohésion d'équipe, management, cadre de proximité, reconnaissance, implication

KEY WORDS

Night work, team cohesion, management, the night health manager, recognition, involvement

RÉSUMÉ

La prise en charge des patients dans les établissements de santé nécessite une continuité des soins coordonnée grâce à une cohésion d'équipe jour et nuit. Aujourd'hui, le défi du cadre de santé est d'assurer cette continuité des soins avec un personnel qualifié. La qualité des soins dans nos établissements de santé, se construit au travers d'un travail d'équipe et aboutit à une performance collective.

Cette initiation à la recherche a révélé un besoin certain des équipes de nuit à être accompagnées par un cadre de proximité. En effet, les équipes de nuit souffrent d'isolement et de manque de reconnaissance, ce qui génère un mal-être au travail et un désengagement dans les projets institutionnels. L'enquête de terrain réalisée confirme la complexité des relations interpersonnelles entre équipes de jour et équipe de nuit.

Aussi, un management présent et bienveillant est requis pour favoriser l'implication des collaborateurs de nuit, développer un collectif de travail, une qualité des soins et un bien-être au travail. Le cadre de nuit par sa position transversale et sa maîtrise des spécificités du travail de nuit devient un atout pour l'établissement.

ABSTRACT

The care of patients in health care institutions requires a coordinated continuity of care through team cohesion day and night. Today, the challenge of the health executive is to ensure this continuity of care with qualified personnel. The quality of care in our health care institutions is built through teamwork and results in collective performance.

This initiation to research revealed a clear need for night teams to be accompanied by a local manager. Indeed, the night teams suffer from isolation and lack of recognition, which generates uneasiness at work and disengagement in institutional projects. The field survey carried out confirms the complexity of interpersonal relations between day and night teams.

Therefore, a present and benevolent management is required to encourage the involvement of night staff, to develop a work group, a quality of care and a well-being at work. The night manager's cross-functional position and mastery of the specificities of night work make him/her an asset for the establishment.