

Directeur d'hôpital
Promotion : 2017-2018
Date du Jury : **Octobre 2018**

**La nuit à l'hôpital,
un gisement de qualité des soins et du travail**

Quentin GARNIER

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble de mes collègues de l'hôpital de La Rochelle pour leur accueil chaleureux, leur confiance et leur disponibilité pendant mon stage en général et à l'occasion de ce mémoire en particulier.

Je voudrais remercier plus particulièrement les cadres de nuit de l'hôpital de La Rochelle qui ont souvent été mes passeurs vers le monde de la nuit hospitalière, et l'ensemble des agents qui ont échangé librement avec moi pour m'aider à construire ce mémoire, souvent pendant la nuit.

Je remercie aussi ma référente de mémoire, Isabelle Monnier, pour sa disponibilité et ses conseils: son œil extérieur et avisé aura été précieux tout au long de la construction de ce mémoire.

Enfin, je voudrais remercier mon tuteur de stage, Xavier Cadilhac, pour m'avoir accompagné tout au long de ce stage et de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	2
A. Pourquoi un mémoire d'élève directeur d'hôpital sur la nuit ?	2
B. Problématique : reconnaître l'importance de la nuit et trouver un équilibre entre intégration et vie autonome de la nuit hospitalière	2
C. Plan du mémoire	6
D. Méthode suivie pour construire le mémoire	6
E. Intérêt et limites du mémoire	7
F. La nuit comme détour pour revenir au jour	7
I) La nuit est-elle un monde à part ? Différences et ressemblances entre jour et nuit	9
A. Spécificités des patients présents la nuit à l'hôpital	9
B. Spécificités de l'activité de soins la nuit	10
C. Qui sont les professionnels qui travaillent la nuit ?	15
D. Comparaison de l'environnement hospitalier jour/nuit.....	19
E. La nuit dans l'imaginaire collectif	21
F. Conclusion d'étape : pour prendre en compte une singularité relative de la nuit	22
II) De l'intérêt de se pencher sur la nuit: un enjeu d'attractivité car un facteur de qualité du travail et des soins ...	22
A. Vis-à-vis des professionnels : reconnaissance du travail, attractivité des postes, intérêt pour la DRH	22
B. Vis-à-vis des patients : sécurité des soins, sommeil, hospitalité et expérience patient	23
C. Plus largement : un enjeu de performance hospitalière	24
D. Conclusion d'étape : pour faire de la nuit un sujet stratégique	25
III) Qui faire travailler la nuit ? tension entre conceptions intégratrice et autonomiste de la nuit hospitalière	25
A. Quels agents et à quel rythme? Confrontation des modèles fixes (conception autonomiste) et tournants (conception intégratrice).....	25
B. Encadrer les agents de nuit	32
C. Conclusion d'étape: pour une organisation cohérente de la nuit	33
IV) Développer le « réflexe nuit » au sein de la communauté hospitalière pour irriguer la nuit de projets	34
A. Des projets à l'échelle d'un service	34
B. Décliner les projets et dispositifs de l'équipe de direction à la nuit: développer le « réflexe nuit » et une heuristique de la nuit	35
C. Porter au niveau médical, soignant et administratif des projets de prise en charge relatifs à la nuit	39
D. Comment intégrer les acteurs de la nuit aux démarches projet ?.....	40
E. Quel pilote pour la nuit ?	40
Conclusion	41
Synthèse opérationnelle: 26 propositions pour la nuit à l'hôpital	42
Bibliographie	43
Annexes	I

Liste des sigles utilisés

AS	Aide-soignante
CDU	Commission des usagers
CGS	Coordination générale des soins
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CSIRMT	Commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique
DG	Directeur général
DH	Directeur d'hôpital
DRH	Direction des ressources humaines / Directeur des ressources humaines
DSI	Direction des systèmes d'information
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
HAS	Haute autorité de santé
HS	Heures supplémentaires
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IFSI / IFAS	Institut de formation en soins infirmiers / institut de formation des aides soignants
QVT	Qualité de vie au travail
RP	Risques professionnels
RPS	Risques psycho-sociaux
SST	Service de santé au travail
TMS	Troubles musculo-squelettiques
USIC	Unité de soins intensifs en cardiologie

Le monde est plus profond que ne l'imagine le jour.

Frederic NIETZSCHE

A. Pourquoi un mémoire d'élève directeur d'hôpital sur la nuit ?

Ce mémoire est le fruit d'une volonté personnelle et n'est pas lié à une de mes missions de stage. J'ai souhaité faire ce mémoire pour répondre à plusieurs questions.

- ❖ Un questionnement de directeur d'abord et surtout: la gestion hospitalière, si promptement habituellement à déployer des démarches, expérimenter des outils, lancer des projets, auditer des organisations, aurait-elle délaissé la nuit dans ses efforts pour piloter et optimiser l'hôpital ?
- ❖ Un questionnement de manager, ensuite : comment encadrer et relier à la vie de l'institution des agents qui travaillent la nuit ? Comment avoir charge d'hommes et de femmes que l'on ne voit pas ?
- ❖ Un questionnement vis-à-vis du patient également : que vit, que veut, de quoi a besoin le patient la nuit ? La nuit hospitalière commence tôt le soir, et elle est souvent peuplée d'angoisses et d'insomnies, alors « dormir » est une réponse bien insuffisante.
- ❖ Une quête enfin plus personnelle: celle de belles atmosphères professionnelles. Construire ce mémoire m'a permis de vivre des morceaux de vie hospitalière qu'une journée à l'hôpital n'aurait pas su m'offrir et qu'un livre sur la nuit à l'hôpital n'aurait pas su me décrire. La nuit hospitalière a en propre ses bruits et ses silences, son rapport au temps et à l'espace, ses rapports à l'autre et à soi-même.

Ces différentes dimensions ont toutes joué dans ce mémoire, mais toutes se sont mises au service de la première : **le rapport du directeur à la nuit et l'intérêt partagé qu'entretiennent le directeur et la nuit hospitalière**. A cet égard, il est plusieurs directions que j'ai décidé de ne pas prendre :

- ❖ Ce n'est pas un mémoire sur l'encadrement direct des agents de nuit, qui est avant tout une affaire d'encadrement paramédical.
- ❖ Ce n'est pas un mémoire qui met sur un piédestal le travail des agents de nuit. Il vise à l'analyser avec ses avantages et ses inconvénients, le comprendre, pour l'organiser et l'accompagner au mieux.
- ❖ Ce n'est pas un mémoire militant qui considère la nuit comme un secteur oublié de l'institution mais un mémoire opérationnel qui recherche l'intérêt partagé que peuvent entretenir la nuit et l'institution.
- ❖ Ce n'est pas un mémoire sur le simple rôle du directeur en tant qu'administrateur de garde.
- ❖ Ce n'est pas un mémoire sur l'impact du travail de nuit sur la santé : cet angle sera bien entendu pris en compte mais parmi d'autres seulement.

Partant de ce champ de questions, ma réflexion m'a amené à mettre en évidence la problématique suivante.

B. Problématique : reconnaître l'importance de la nuit et trouver un équilibre entre intégration et vie autonome de la nuit hospitalière

Posons la situation suivante. Soit la nuit comme une des dimensions qui composent l'hôpital. Le décideur hospitalier est souvent peu familier de la nuit hospitalière. Il maîtrise mal ce secteur qui est pourtant un gisement pour améliorer la qualité des soins et du travail.

Dans cette situation, ce mémoire se propose de définir trois manières schématiques possibles de voir la nuit. Il fait également l'hypothèse que toutes les organisations et actions qui touchent à la nuit peuvent être reliées à une de ces trois conceptions.

1. **La conception restrictive.** Il s'agit là de nier l'importance de la nuit. Dans cette vision des choses, il ne se passe rien la nuit qui soit susceptible d'intéresser le décideur hospitalier, si ce n'est un évènement indésirable grave. Les agents qui y travaillent sont de simples « veilleurs de nuit », dont l'activité n'a que peu d'impact sur la production de soins. Par conséquent, l'accompagnement et la valorisation des agents qui travaillent la nuit n'est pas une priorité ; un encadrement de nuit n'est pas nécessaire ; les dispositifs et projets institutionnels ne prennent pas la peine d'intégrer la réalité nocturne en leur sein ; les acteurs de la vie nocturne ne participent pas à la vie institutionnelle. Psychologiquement, cette conception est sous-tendue par le rapport péjoratif qu'entretient l'inconscient collectif envers la nuit – rapport qui dépasse largement le cadre de l'hôpital. Cette vision n'est portée directement par aucun acteur du monde hospitalier, mais on en voit des relents çà et là dans l'organisation hospitalière, comme on le verra dans ce mémoire.

2. **La conception intégratrice.** Ici, on reconnaît l'importance de la nuit au sein de la production de soins et on souhaite la maîtriser en l'organisant de la même manière que le jour. Ainsi, il faut lisser les différences d'organisation et harmoniser les pratiques entre jour et nuit. Il convient donc que les agents, polyvalents, tournent entre le jour et la nuit. Les démarches et dispositifs institutionnels ont vocation à s'appliquer de jour comme de nuit : on veille donc à les décliner la nuit, et à intégrer les agents de nuit aux groupes de travail qui peuvent les concerner. L'encadrement de nuit est alors utile, mais surtout en tant que relais, pour faire le pont entre le jour et la nuit et faire le lien avec les cadres de jour. Cette conception s'inscrit dans les tendances actuelles de la gestion hospitalière, qui renvoient à la philosophie du New Public Management, qui favorise les principes d'harmonisation et de polyvalence.

3. **La conception autonomiste.** Cette vision des choses se fonde sur la singularité de la nuit hospitalière : il s'agit là de mettre en avant les spécificités nocturnes de l'activité de soins, des besoins des patients, du profil et des tâches des soignants. Par conséquent, l'idée est d'organiser la nuit de façon adaptée. Ainsi, les agents sont fixes de nuit : on reconnaît la spécificité de leurs compétences et de leurs tâches. Par ailleurs, des projets et des dispositifs propres à la nuit sont lancés au niveau de l'établissement. Enfin, l'encadrement de nuit a un rôle important pour piloter les équipes de nuit et les projets propres à la nuit. Cette conception s'appuie sur une réflexion, souvent soignante¹, sur la nuit et ses spécificités.

Ces trois conceptions correspondent à trois attitudes schématiques de l'humain face à l'inconnu :

1. Ne rien faire et nier l'inconnu
2. Simplifier les choses : se ramener à ce que l'on connaît et transformer l'inconnu en connu
3. Comprendre l'inconnu tel qu'il est et tirer parti de sa singularité

Une fois ces trois conceptions posées, laquelle faut-il choisir ?

☞ On l'aura compris, la première est à écarter. Mais il est utile de garder en tête qu'elle guette à chaque instant l'acteur hospitalier.

☞ La deuxième option est la plus simple pour le gestionnaire hospitalier. Mais, si on la pousse à son paroxysme, l'hôpital oublie les spécificités de la nuit (comportement et besoins des patients, environnement hospitalier presque inexistant...) et risque de perdre en qualité des soins et du travail.

☞ La troisième option, pour tentante qu'elle puisse paraître pour un décideur qui s'attache à fonder ses choix sur une compréhension fine des organisations qu'il dirige, comporte également des risques. Poussée à son terme, elle risque de créer un hôpital nocturne parallèle à l'hôpital diurne, totalement autonome et difficile à contrôler et à relier avec l'organisation de jour.

➔ Aussi, la proposition de ce mémoire est de rechercher **un équilibre entre les conceptions intégratrice et autonomiste de la nuit hospitalière.**

¹Voir par exemple PERRAUT SOLIVERES, Anne, *Infirmières, le savoir de la nuit*, Le Monde PUF, 2001
 Quentin Garnier - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 2018

Il décline cette réflexion de façon opérationnelle et propose une **aide à la décision** pour une équipe de direction qui souhaite se pencher sur la nuit hospitalière et mettre en place une démarche d'ensemble pour améliorer la qualité des soins et du travail la nuit.

L'intérêt de ces trois conceptions est qu'on pourra relier chaque prise de décision hospitalière relative à la nuit à l'une d'entre elles.

☞ *Exemple : la nuit au sein de la certification qualité HAS.* Le manuel qualité V2014 de 200 pages ne mentionne pas le mot « nuit », ce qui renvoie à la conception restrictive. Estimer que la qualité la nuit doit être traitée au sein de chaque processus et thématique renvoie à la dimension intégratrice. Créer un processus qualité propre à la nuit renverrait à la conception autonomiste

☞ *Exemple : la nuit au sein de la démarche risques professionnels.* Ne pas aborder la nuit dans le DUERP renvoie à la conception restrictive. Inviter les cadres d'unité à rajouter les risques propres à la nuit au sein des risques de leur unité, s'inscrit dans la conception intégratrice. Monter un groupe de travail pour créer un chapitre propre à la nuit dans le DUERP, c'est la conception autonomiste.

Tableau récapitulatif des 3 conceptions de la nuit hospitalière

	Conception restrictive : l'importance de la nuit est niée	Conception intégratrice : la nuit est organisée comme le jour	Conception autonomiste : la nuit a son organisation propre
Fondement	« inconscient collectif » relatif à la nuit » ²	Principes d'harmonisation des organisations, de polyvalence des agents (cf. New public management)	Réflexion des professionnels de santé sur les spécificités de la nuit ³ (état du patient, responsabilités du soignant...)
Représentation de l'activité de nuit	Hôpital en sommeil, pas de production de soins	Activité ralentie mais de même nature que le jour	Activité réelle et différente du jour : plus de temps, de relationnel, d'autonomie, de responsabilité
Vision du travail de nuit	Simple nécessité de maintenir des « veilleurs de nuit »	Travail ralenti mais de même nature que le jour	Spécificité du travail de nuit
Organisation du travail de nuit	Pas d'attention particulière sur les travailleurs de nuit, qui sont souvent les moins performants. Peuvent être fixes ou tournants	Agents tournent entre jour et nuit	Equipes de fixes de nuit, spécialistes de la nuit
Organisation de l'encadrement de nuit	Pas besoin d'encadrement	Un cadre de nuit fait le pont entre nuit et jour	Un cadre de nuit pilote l'activité de nuit et les équipes de nuit
Lien entre nuit et projets/dispositifs institutionnels	Pas de réflexe nuit	Intégration de la nuit aux dispositifs et démarches institutionnels	Mise en œuvre de dispositifs et démarches propres à la nuit
Exemple extérieur	❖	Industrie : système des 3x8	Police : équipes de « nuiteux »
Risques dont est porteuse la conception poussée à son terme	Evènements indésirables la nuit : maltraitance, ...	L'hôpital la nuit est organisé et piloté mais peu adapté aux spécificités de la nuit	Emergence d'un « hôpital nocturne » parallèle qui s'émancipe de l'organisation de droit commun

² Revue du champ du social et de la santé mentale, n. 82, Le travail de nuit, Céméa Erès, 2004.

³ PERRAUT SOLIVERES, opus cité.

C. Plan du mémoire

L'objectif de ce mémoire est donc de livrer des clés de réflexion et des pistes d'action pour rechercher **un équilibre entre les conceptions intégratrice et autonomiste de la nuit hospitalière**.

A cet effet, ce mémoire propose un cheminement en plusieurs étapes :

☞ Tout d'abord (*Partie 1*), il pose la question de la singularité de la nuit l'hôpital : **la nuit hospitalière est-elle un monde à part ?** Il s'agira là de voir en quoi la nuit s'écarte du jour sur les aspects suivants : activité de soins, profils et besoins des patients et des professionnels, environnement hospitalier. Ce sont ces éléments qui justifient d'appliquer une conception partiellement autonomiste de la nuit.

☞ Ensuite (*Partie 2*), il explique en quoi il est pertinent de miser sur la nuit, et démontre en quoi **la nuit est un gisement de performance**, tant vis-à-vis des professionnels (enjeu de qualité du travail et de qualité de vie au travail) que vis-à-vis des patients (enjeu de qualité des soins et de satisfaction du patient). Ces éléments tendent à prouver l'incongruité d'une conception restrictive de la nuit.

☞ Par la suite (*Partie 3*), le mémoire dresse les **organisations possibles de la nuit** à travers deux questions principales: l'organisation du travail et des plannings -agents fixes ou tournants- et l'organisation de l'encadrement. Ces éléments montrent un choix que chaque hôpital a à faire, sous-tendu par les conceptions intégrative ou autonomiste de la nuit. In fine, le mémoire prend position sur ces deux questions, pour une politique autonomiste teintée d'intégration.

☞ Enfin (*Partie 4*), le mémoire s'attache à faire un tour d'horizon **des projets et démarches en lien avec la nuit** qu'il peut être pertinents de mener. Ceux-ci peuvent concerner chaque acteur de la vie institutionnelle : certains ont vocation à être menés à l'échelle d'un service ou d'un pôle, d'autres à l'échelle d'une direction fonctionnelle, d'autres encore nécessitent d'être coordonnés entre de nombreux acteurs, notamment médicaux. Dans tous les cas, cela montre l'intérêt de rattacher les acteurs de la vie nocturne à la vie institutionnelle. Là encore, l'action d'un hôpital peut utilement être à la fois guidée par la conception intégrative –intégrer la dimension nocturne à des projets plus généraux- et par la conception autonomiste –lancer des projets spécifiques à la nuit.

D. Méthode suivie pour construire le mémoire

☞ J'ai réalisé ce mémoire au cours de mon stage au Groupe hospitalier La Rochelle Ré Aunis. Celui-ci a donc été mon terrain d'étude privilégié, mais non exclusif : ce mémoire s'appuie également sur les organisations dans d'autres hôpitaux, notamment au Centre hospitalier de Rochefort, à l'hôpital local d'Oléron et aux Hôpitaux Universitaires Paris Ouest, qui ont des tailles, contextes et organisations nocturnes différentes. Ceci vise à éviter des généralisations abusives que j'aurais pu faire à partir du seul cas rochelais. Partant de là, ce mémoire n'est ni une étude de cas fondée sur La Rochelle, ni une analyse exhaustive sur le système hospitalier français.

☞ Ce mémoire confronte plusieurs sources :

- ❖ La vision des agents qui travaillent la nuit sur les différents sites rochelais (qu'ils soient fixes ou tournants, puisque les deux cas coexistent à l'hôpital de La Rochelle), par le biais d'**entretiens libres** menés la nuit et d'un **questionnaire quantitatif** distribué ensuite aux agents de nuit (voir encadré ci-dessous)
- ❖ Une analyse quantitative du profil RH des agents fixes de nuit, comparé au profil de l'ensemble des soignants, à l'hôpital de La Rochelle
- ❖ La vision de cadres hospitaliers et médecins de différents hôpitaux (cadres de direction et cadres soignants) par le biais d'**entretiens semi-directifs**
- ❖ Une **revue de littérature** sur le sujet (presse professionnelle, recherche universitaire)
- ❖ Des **comparaisons extérieures** avec d'autres services publics assurant une continuité nocturne : administration pénitentiaire, police nationale

Questionnaire à destination du personnel

Comment le questionnaire a-t-il été distribué ?

- ❖ Distribué directement aux agents la nuit, en partie par l'intermédiaire des cadres de nuit volontaires
- ❖ Questionnaire à remplir anonymement, sur volontariat
- ❖ Retour à l'envoyeur par courrier interne

Quels agents ont participé au questionnaire ?

- ❖ 105 agents
- ❖ 20% de fixes de nuit, 45% de tournants occasionnels (<30%ETP), 35% de tournants réguliers (>30% ETP)
- ❖ 70% MCO, 20% psychiatrie, 10% SSR SLD et EHPAD
- ❖ 50% d'IDE, 43% d'AS, 7% d'autres (agents de la maternité, cadres)

Les réponses au questionnaire sont disséminées au long du mémoire, en fonction des thèmes concernés.

E. Intérêt et limites du mémoire

Proposer une aide à la réflexion et à la décision pour une équipe de direction qui souhaite se pencher sur la nuit hospitalière : c'est un chantier titanesque, que ce mémoire tente de défricher mais n'épuise en rien.

Il me semble qu'il s'agit bien là de défricher, car ce sujet dans sa globalité apparaît aujourd'hui absent des revues et recherches de la profession de directeur d'hôpital –alors même qu'il est plus présent dans la sphère de l'encadrement paramédical, sous l'angle partiel de l'organisation de soins, comme le montre la bibliographie de ce mémoire. Il ne fait pas l'objet à l'heure actuelle de focus spécifiques d'institutions comme l'ANAP, la HAS, la FHF ou l'IGAS, alors qu'il constitue un gisement fort pour des améliorations organisationnelles -on peut toutefois noter, comme oasis au milieu du désert sur le sujet, un colloque organisé sur le sujet par l'espace éthique de l'ARS Nord-Pas-de-Calais⁴.

En revanche, ce mémoire n'épuise pas ce sujet. Il s'appuie sur quelques hôpitaux publics seulement, et sur celui de La Rochelle en particulier : un état des lieux fondé sur un large panel d'hôpitaux permettrait d'aller plus loin et de dégager des tendances lourdes. Si ce mémoire s'appuie sur des analyses quantitatives (issues de questionnaires et d'extractions RH), celles-ci sont limitées en volume : des analyses sur des bases de données plus larges seraient riches en enseignements. De même, en plus des comparaisons avec la police nationale et l'administration pénitentiaire, des comparaisons internationales ou d'autres comparaisons au-delà de l'hôpital public (armée, cliniques, aéroports, industrie...) seraient fructueuses. De plus, ce mémoire n'a pas donné la parole aux patients, alors même que s'appuyer sur leur angle sur la nuit à l'hôpital serait particulièrement important. En outre, approfondir ce mémoire par une approche plus théorique serait particulièrement fertile - sous l'angle de la sociologie du travail par exemple, voire de l'anthropologie en ce qui concerne la place de la nuit dans nos sociétés. Par ailleurs, la nuit est un sujet si large qu'il comporte en son sein bien des sujets susceptibles de faire eux-mêmes l'objet d'une étude à part entière. Si le choix de ce mémoire a été de faire une esquisse de vision globale sur la nuit, il appelle ainsi à des recherches plus poussées.

F. La nuit comme détour pour revenir au jour

Si ce mémoire porte sur la nuit, il est riche d'enseignements sur la gestion hospitalière le jour.

☞ Tout d'abord, car analyser l'hôpital la nuit permet de mieux comprendre son fonctionnement de jour.

⁴ Colloque L'hôpital, la nuit dans le halo du soin, Espace de réflexion éthique Nord Pas de Calais, 26 janvier 2016
Quentin Garnier - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 2018

☞ Ensuite, car cette réflexion menée sur la nuit peut également s'appliquer à d'autres secteurs de l'hôpital. Dans ce mémoire, on voit la nuit comme une sphère hospitalière qui comporte ses singularités et sa vie propre ; cette réflexion conclut à la nécessité de l'encadrer avec un mélange d'intégration et d'autonomie. Une telle réflexion peut être reproduite sur d'autres champs hospitaliers comme des sites géographiquement isolés et marqués par une histoire autonome, ou des activités médico-sociales porteuses d'une culture professionnelle différente. En somme, ce peut même être une définition de la gestion hospitalière et du métier de directeur d'hôpital: comment piloter au mieux des sphères différentes et fières de leur singularité, en les intégrant à un ensemble organisationnel cohérent tout en tirant parti de leurs spécificités ?

I) Partie 1 - La nuit est-elle un monde à part ? Différences et ressemblances entre jour et nuit

A. Spécificités des patients présents la nuit à l'hôpital

Une première considération concerne ici le **profil des patients**. Du fait du virage ambulatoire, du vieillissement de la population et de la multiplication des maladies chroniques, les patients qui restent dormir à l'hôpital sont tendanciellement de plus en plus âgés, dépendants et poly-pathologiques. La nuit hospitalière devient ainsi le lieu où se concentrent les cas les plus complexes d'un système qui par ailleurs mise de plus en plus sur les soins ambulatoires⁵. Cela influe largement sur la charge en soins nocturne et l'activité nocturne (voir plus bas).

Deuxièmement, il est nécessaire de se poser la question des **besoins et attentes** que ressentent les patients la nuit.

☞ Leur premier besoin est d'être et de **se sentir soigné et en sécurité**. Cela comporte plusieurs dimensions : la sécurité en général (quelqu'un s'introduira-t-il dans ma chambre la nuit ?) ; la surveillance et la sécurité des soins en particulier (si j'ai un problème, quelqu'un s'occupera-t-il de moi ?) ; les soins de routine à réaliser (médicaments, changes...) les soins qui doivent être faits en cas de changement d'état.

Sur cet aspect, le **ressenti des patients** est primordial : montrer aux patients qu'ils sont en sécurité limite leurs angoisses. Les entretiens menés pour ce mémoire ont montré qu'il est fréquent que les patients pensent que les soignants de nuit du service dorment la plupart du temps et ne se réveillent que quand ils sont appelés, ce qui montre que leur perception de leur sécurité est toute relative. Il est donc nécessaire, lors du premier tour du soir par exemple, de les rassurer sur ce point.

☞ Un deuxième besoin est de **dormir au mieux**. Au-delà du confort pour le patient, le sommeil est un facteur de bonne santé et peut donc être vu comme une partie intégrante du soin. A l'hôpital, le sommeil peut se heurter aux organisations et aux habitudes des professionnels: c'est souvent le planning des soignants qui décidera des heures de repas, de coucher et de réveil. Les prescriptions médicales gagnent à être adaptées au sommeil. Le bruit et la lumière du service, ainsi que le voisinage dans le cas de chambres doubles, peuvent également empêcher le sommeil.

☞ Souvent, les patients ont également besoin de **lien humain pour combattre leurs angoisses**. La nuit, l'incidence de l'anxiété augmente à l'hôpital. L'isolement, l'obscurité et la solitude peuvent réveiller la peur de la mort. Cela renvoie à tout l'inconscient collectif de la nuit comme antichambre de la mort. Dans le cadre de démences, on parle même d'« angoisses vespérales »⁶. L'éloignement du foyer nourrit également la vulnérabilité psychologique, ce qui se manifeste tout particulièrement chez les enfants éloignés de leurs parents

☞ Les patients peuvent également voir leur **douleur** augmenter, du fait de l'angoisse et de la solitude. Le problème est que cela se passe au moment où la prise en charge de la douleur risque d'être la moins efficace (moins d'infirmiers, absence des médecins qui peuvent prescrire des anti-douleurs). La partie 4.3 s'attarde sur l'intérêt d'une démarche relative à la prise en charge de la douleur la nuit.

☞ Au-delà des angoisses, les patients peuvent avoir besoin tout simplement de **contact humain** différent de celui du jour, où la charge en soins est différente pour les soignants. Il est fréquent qu'ils éprouvent le besoin de se faire réexpliquer leur prise en charge, ou tout simplement de bavarder. En maternité par exemple, les soignants rapportent que les parents sont souvent heureux et occupés le jour, du fait des nombreuses visites notamment, et que la nuit se manifeste par davantage de stress et surtout par le besoin de poser des questions aux professionnels sur la manière de s'occuper de leur bébé.

⁵ Rapport IGAS 2011, [l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge](#).

⁶ <http://alzheimer.ca/fr/nb/Living-with-dementia/Understanding-behaviour/Sundowning> [dernière vision le 27 juillet 2018]

☞ Enfin, les patients ont le droit à la protection de leur **intimité**, et ce droit trouve particulièrement à s'appliquer la nuit. Cela peut renvoyer à la question de la sexualité en institution, question d'importance qui reste souvent taboue⁷.

Dans le questionnaire quantitatif distribué aux soignants, il leur a été demandé de donner 3 mots qui résument les besoins des patients à l'hôpital la nuit. Les résultats sont les suivants :

- ❖ Soins – sécurité – analgésie : 29 occurrences
- ❖ Calme – sommeil : 31 occurrences
- ❖ Nursing – confort – hygiène : 20 occurrences
- ❖ Réassurance-écoute-disponibilité-conseils-réconfort-apaisement : 104 occurrences

Il apparaît donc que les soignants mettent très largement en avant cette dernière dimension : celle du relationnel et de l'apaisement. Le faible poids du calme et du sommeil au sein des réponses pose toutefois question, alors même qu'il devrait arriver largement en tête. Cela milite, comme on le verra plus loin dans ce mémoire, en faveur d'actions fortes pour améliorer les conditions de sommeil des patients.

B. Spécificités de l'activité de soins la nuit

1) La nuit-type existe-t-elle ? Réflexion sur l'activité de nuit et le dimensionnement

La nuit plus encore que le jour à l'hôpital, des tendances lourdes se dégagent pour décrire l'activité effectuée mais elles sont marquées par une très forte variabilité.

☞ S'il fallait résumer la « nuit-type », on pourrait le faire ainsi, sur la base des témoignages concordants des soignants rencontrés pour réaliser ce mémoire :

1. Transmissions avec l'équipe d'après-midi
2. Préparation des médicaments et des soins pour le premier tour
3. Premier tour, souvent vers 22h. Les agents s'accordent sur le fait que ce tour est le plus important ; les agents expérimentés précisent qu'il est judicieux de prendre tout le temps nécessaire pour ce premier tour est judicieux : cela donne aux soignants une idée claire de l'état des patients et rassure ces derniers
4. Tâches logistiques diverses, que les soignants préfèrent faire avant que la nuit soit avancée et leur vigilance amoindrie (préparer des médicaments...)
5. Pause et collation
6. Deuxième tour en milieu de nuit , plus léger, en ne réveillant les patients que si c'est nécessaire
7. Dernier tour en fin de nuit, pour préparer les patients et le service à l'activité du matin qui va commencer

Pendant toutes ces étapes, les agents assurent une surveillance des patients en plus des différents tours, surveillance qui dépend de l'état des patients.

☞ Même si ces tendances se dégagent, les nuits peuvent se passer bien différemment. Comme la nuit il y a moins de soignants dans le service, un événement particulier qui survient et qui les mobilise pendant longtemps (comme une entrée, un décès, une complication) modifie substantiellement leur charge de travail.

En somme, la charge de travail est plus variable la nuit, et les soignants sont moins nombreux à l'absorber : ces deux facteurs combinés rendent très complexe le **juste dimensionnement d'un service** la nuit.

La solidarité entre services, dans des contextes de forte activité sur un court laps de temps, est un levier qu'il faut alors favoriser entre services géographiquement proches.

⁷ A ce titre, voir les actes du colloque du 9 novembre 2018 Sexualités en institution des élèves directeurs d'hôpital et d'établissements médicaux sociaux (EDH et ED3S) à l'EHESP

2) Le cœur de l'activité nocturne dépend largement du secteur hospitalier

Schématiquement, on peut distinguer **4 types de services** la nuit à l'hôpital : les services intensifs et normés, qui sont peuvent être autant actifs que le jour ; les services « classiques » de médecine et de chirurgie, où les soignants (seul ou à deux par service) peuvent être fortement sollicités ; les services de psychiatrie, qui poussent à trouver autrement le sens du travail infirmier ; les secteurs de long-séjour et de médico-social, où les soignants ont la responsabilité isolée d'une aile étendue.

☞ Premièrement, en **services intensifs et normés** (réanimation, soins intensifs, néonatalogie) la différence entre nuit et jour est moins marquée qu'ailleurs : la surveillance y est soutenue, l'état des patients et la présence de médecins de garde rend l'activité plus dense. Mais la charge en soins pour chaque soignant peut être plus légère la nuit : il y a moins de prescripteurs et pas de recours aux plateaux techniques sauf en cas d'urgence, alors qu'il peut y avoir autant de soignants que le jour – les normes d'effectifs paramédicaux sont par exemple les mêmes le jour et la nuit en réanimation.

Le service d'urgences est une exception : la charge de travail peut y être élevée la nuit (avec souvent un creux entre 3h et 5h) et l'atmosphère de travail y est très différente de celle du jour, du fait de la population présente aux urgences – plus que le jour, les urgences voient arriver des patients violents, alcoolisés, en situation sociale précaire ou avec des troubles psychiatriques.

☞ Deuxièmement, dans les **services « classiques »** de médecine ou de chirurgie, l'activité peut être dense. A La Rochelle, un binôme IDE/AS prend en charge 30 à 32 lits ; à Rochefort, 20 à 22 lits. Paradoxalement, la charge de travail d'un infirmier en médecine classique peut ainsi être bien plus élevée la nuit que celle d'un infirmier en soins intensifs de médecine.

*« Nous sommes sauvés par le décret, sinon on serait moins nombreux »
IDE de néonatalogie*

En fonction des spécialités, l'activité nocturne connaît évidemment des variations. En chirurgie, il peut y avoir plus de soins « techniques » à réaliser, comme des pansements en retour de bloc. En oncologie et en pneumologie, c'est le cas également, avec souvent des accompagnements en fin de vie. En médecine, les patients peuvent être plus difficiles à prendre en charge (dépendance, poly-pathologies, démences...).

Avoir en tête ces spécificités est important. Cela permet par exemple de saisir qu'une unité péri-opératoire de gériatrie cumule les difficultés de la chirurgie (retours de bloc...) et de la médecine (patients dépendants, parfois déments) et qu'y mettre les mêmes ratios de soignants qu'un autre service risque de poser des problèmes de sécurité des soins.

☞ Troisièmement, dans les **services de psychiatrie**, peut se poser la question du sens du travail infirmier.

Dans un service où les patients sont instables, potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres – comme les unités fermées ou de post-urgences psychiatriques, la présence d'infirmiers est précieuse. Plusieurs infirmiers en psychiatrie indiquent ainsi avoir développé au fil des années une intuition qui les aide à repérer un patient sur le point de faire montre de violence. Il faut également faire preuve d'une grande vigilance face au risque suicidaire, par exemple en s'imposant des rythmes de ronde totalement aléatoires pour ne jamais donner au patient le sentiment qu'il dispose à coup sûr de temps à sa disposition pour passer à l'acte sans être sauvé. Enfin, les entrées nocturnes nécessitent une présence soignante avisée, d'autant plus qu'elles peuvent être mal vécues par le patient et que la qualité d'accueil et de soins les premières heures influe largement sur le succès futur de la prise en charge.

En revanche, dans un service où les patients ont des troubles chroniques, stabilisés, quel sens trouver au travail soignant ? Que soigner quand chacun se repose dans sa chambre ?

*« Si on ne travaillait que la nuit, il y a certains patients on ne les verrait jamais »
IDE en psychiatrie*

Ce sont dans ces situations qu'on comprend le terme de « veilleur de nuit » qui qualifiait autrefois les soignants de nuit. Pour y répondre, la hiérarchie soignante de l'hôpital de La Rochelle a créé des fiches déclinant le contenu du poste d'infirmier de nuit en psychiatrie. Les infirmiers en psychiatrie peuvent se mobiliser la nuit sur des actions de soins particulières : entretiens de réassurance en cas d'insomnie ou d'angoisse, ateliers de relaxation pour se préparer au sommeil... Mais, une fois la nuit bien entamée, la plus-value d'un infirmier doit être remise en question. C'est là une réflexion à mener au sein d'un hôpital, en lien avec la direction des soins.

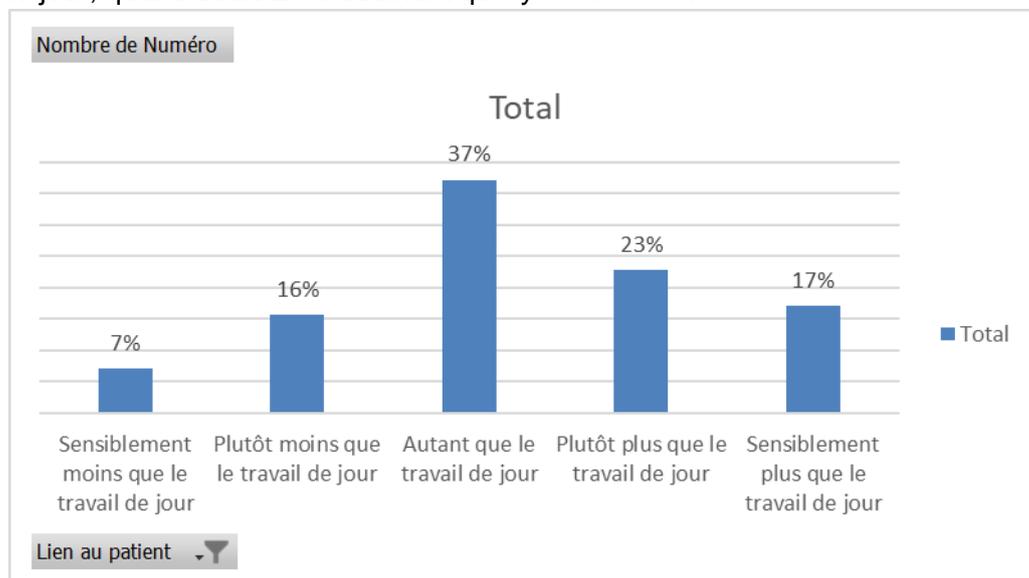
Enfin, **dans le médicosocial** ou en soins de longue durée, les soignants ont la responsabilité de dizaines de patients ou de résidents (1 AS pour jusqu'à 80 résidents la nuit dans certains EHPAD) ce qui donne une responsabilité importante. Il faut alors notamment prévenir et guetter les chutes et faire de très nombreux changes. L'absence d'infirmière en EHPAD pour l'aide-soignante, et l'absence d'interne ou de médecin de garde si on est dans un site gériatrique distant d'un hôpital général, pour l'infirmière, donnent un rôle accru qui peut facilement être source d'anxiété.

3) L'activité de soins vue par les soignants

Le questionnaire quantitatif distribué aux agents permet d'éclairer la question de l'activité de soins à l'hôpital la nuit. Considérant les 5 dimensions suivantes, il a été demandé aux soignants si le travail de nuit permet de les vivre davantage, autant ou moins que le travail de jour :

- ❖ Lien au patient
- ❖ Compétences techniques
- ❖ Autonomie
- ❖ Intégration dans l'équipe
- ❖ Nouveautés et découvertes

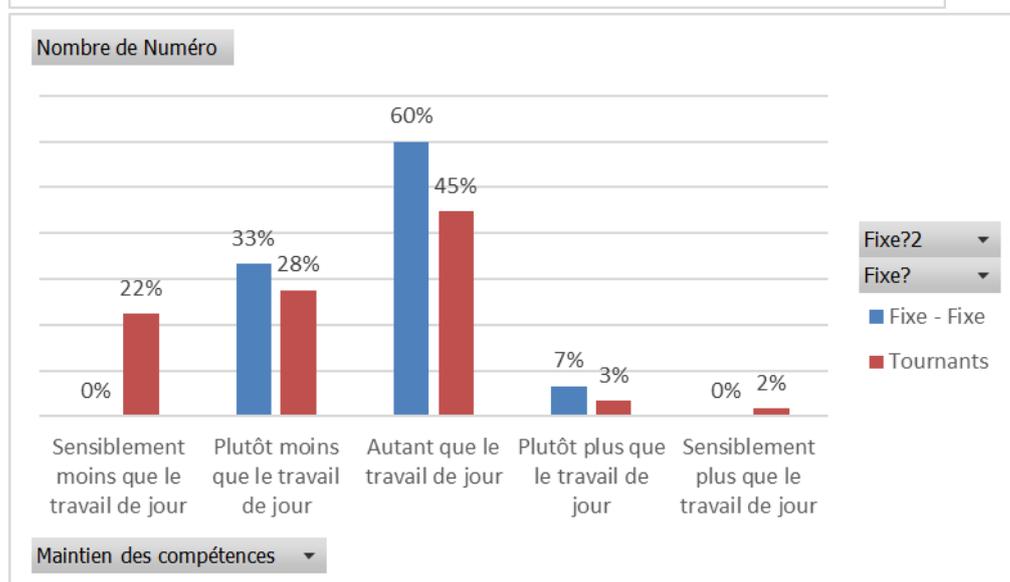
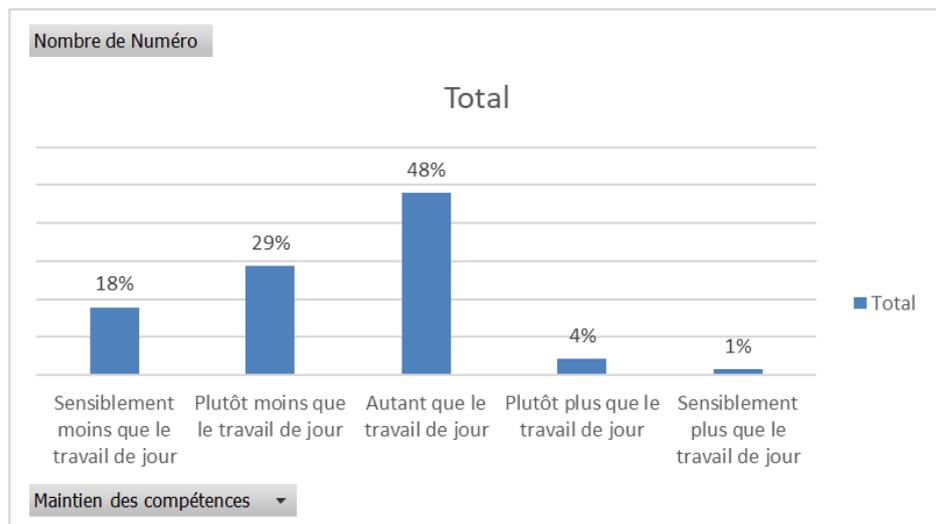
Lien au patient : Les soignants sont partagés entre autant (37%) et plus (40%) de liens au patient la nuit que le jour, quand seuls 23% estiment qu'il y en a moins.



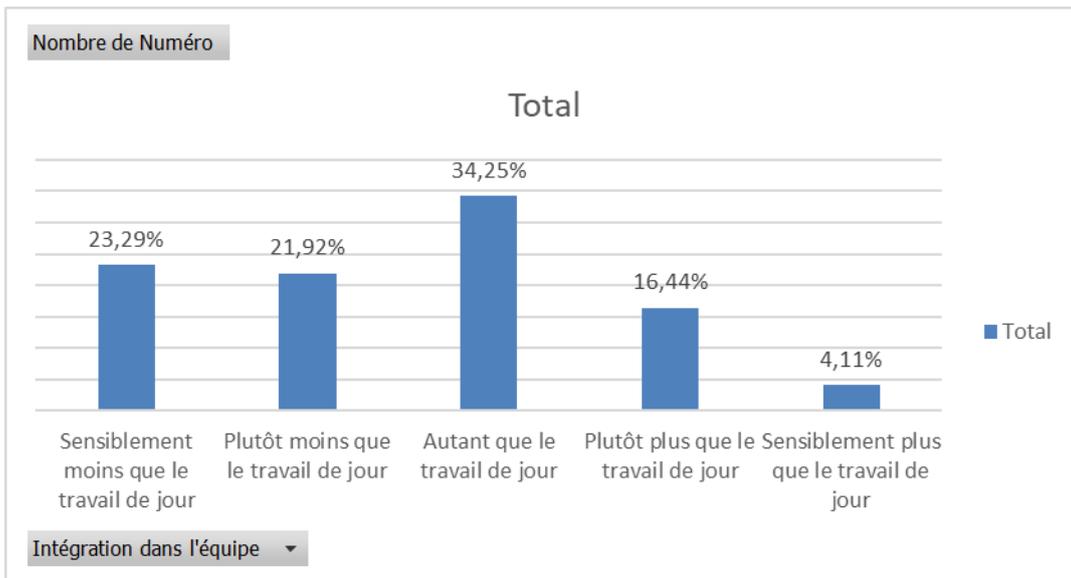
Maintien des compétences : 47% des agents considèrent que le travail de nuit risque de faire perdre des compétences, quand 48% estiment qu'il les maintient autant que le travail de jour.

Mais le deuxième graphique montre que cette égalité cache des fortes variations en fonction des agents : les fixes de nuit estiment plutôt maintenir leurs compétences autant que s'ils étaient de jour ; les agents qui tournent estiment que le travail de nuit fait perdre des compétences. On pourrait l'expliquer par deux hypothèses : soit les agents tournants sous-estiment les compétences de leurs collègues fixes ; soit les fixes surestiment le maintien de leurs compétences. La deuxième paraît plus probable. Elle renforce l'idée, présentée plus haut,

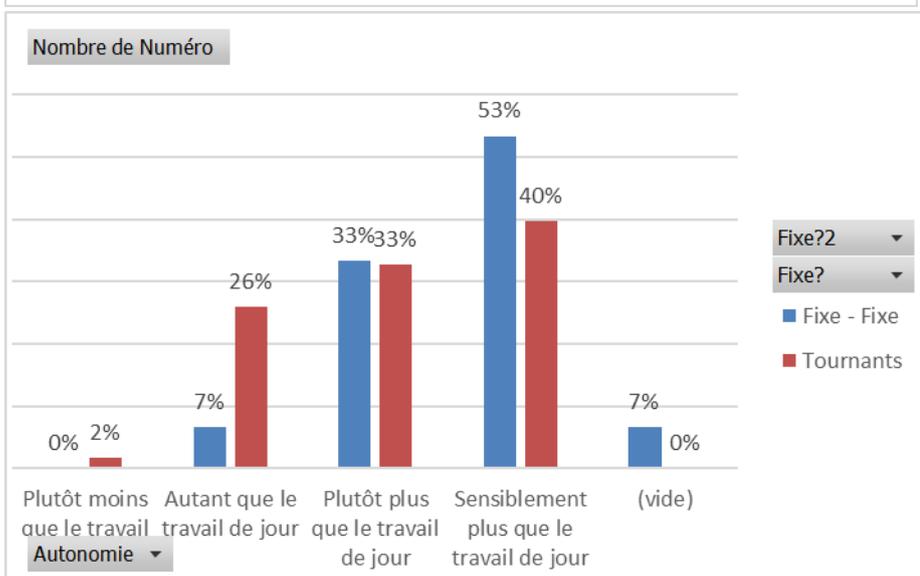
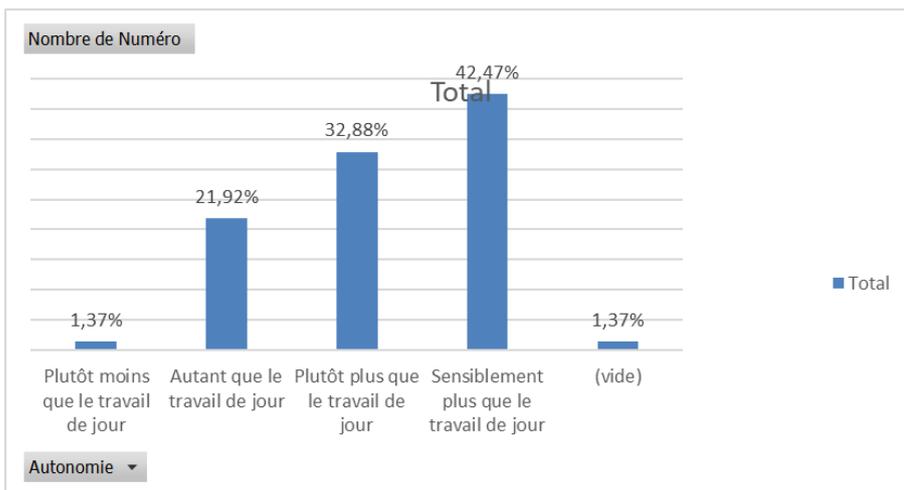
selon laquelle les agents de nuit risquent de ne pas extérioriser les dangers que leur fait courir leur situation professionnelle.



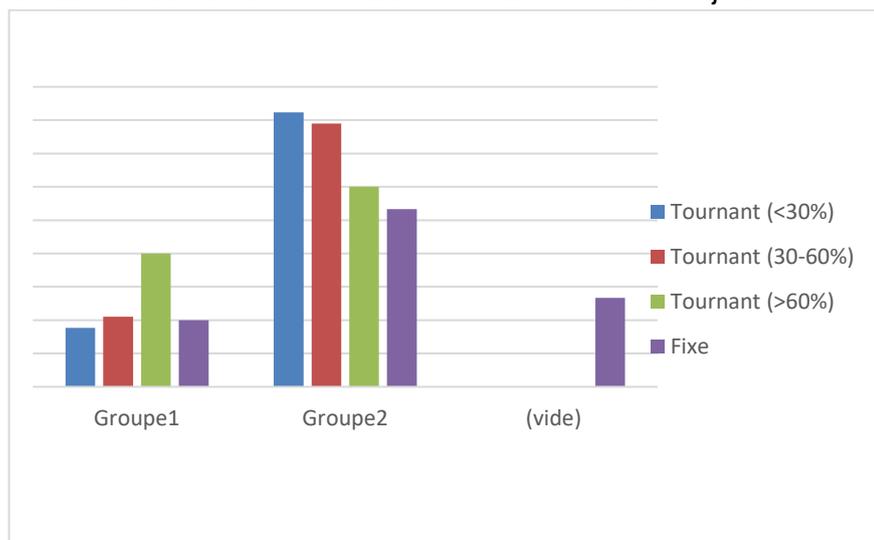
Intégration dans l'équipe : 45% des soignants estiment que l'intégration est moins importante la nuit que le jour ; 35% estiment qu'elle est aussi élevée. Cette majorité relative appuie l'idée, présentée dans ce mémoire, d'un risque d'isolement professionnel.



Autonomie : de façon très marquée, les agents estiment avoir bien plus d'autonomie la nuit que le jour. Etonnamment, le 2^{ème} graphique montre que les agents fixes de nuit accentuent encore plus ce gain d'autonomie par rapport au jour, alors qu'ils ne travaillent pas le jour : on peut en déduire que les agents fixes de nuit risquent de se faire une idée excessivement négative du travail de jour.



Nouveautés et découvertes : les agents se retrouvent sur le fait que la nuit en réserve moins que le jour ; pas de différence notable entre fixes et tournants sur le sujet.



Une dernière question relative à l'activité de soins la nuit mérite d'être mise en lumière : celle de la sieste de nuit, ou pause somnolente. Elle est représentative de l'équilibre à trouver dans le cadre du travail de nuit où il faut être vigilant toute une série de nuit tout en préservant ses forces.

Focus : la question de la **pause somnolente**

Les agents de nuit peuvent-ils dormir ? Plusieurs lignes de conduite sont observables à cet égard.

☞ Le **silence institutionnel** est une mauvaise solution : il laisse les cadres décider chacun leur gestion de la situation et peut donc mener à des traitements inéquitables entre services, ou à un silence généralisé si le cadre lui non plus ne décide pas de sa ligne de conduite.

☞ **L'interdiction de la sieste** apparaît également compliquée à tenir : les agents risquent de faire une pause somnolente de toute façon ; par ailleurs, elle est recommandée par la HAS⁸. Il apparaît ainsi préférable de l'encadrer.

☞ Cette pause somnolente doit **concilier deux principes** : la continuité des soins d'une part et le droit des agents (de jour comme de nuit) à avoir une pause sur leur temps de travail au bout de 6 heures consécutives d'autre part. Aussi, il est pertinent d'autoriser une pause de 20 minutes à tour de rôle pour des agents qui sont en duos dans un service.

A cet égard, on peut s'inspirer des urgences d'Évreux qui ont protocolisé la sieste aux urgences pour les équipes de jour et de nuit⁹, en s'inspirant de travaux de l'armée¹⁰. L'armée considère le sommeil de ses effectifs comme une variable à optimiser pour optimiser leur performance, pourquoi l'hôpital ne ferait-il pas de même, poursuivant ainsi à la fois des objectifs de performance et de qualité de vie au travail ?

Une fois brossé ce portrait de l'activité de nuit, la question suivante est celle des professionnels qui travaillent la nuit.

C. Qui sont les professionnels qui travaillent la nuit ?

1) Quel est le profil des agents fixes de nuit ?

⁸ HAS, mai 2012, Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit.

⁹ Hospimedia, Les urgences d'Évreux ont protocolisé les temps de sieste pour les médecins et soignant, 9 août 2018

¹⁰ SAUVET, Fabien, RABAT, Arnaud, CHENNAOUI, Moudir, Guide pratique : gestion du cycle veille-sommeil en milieu militaire, IRBA, 2015.

Les agents qui travaillent la nuit ont-ils un profil particulier ? Les agents qui tournent entre jour et nuit ont, par définition, le même profil que l'ensemble des soignants (à la différence près que certains, du fait d'un certificat médical, ne font que des jours). Le seul profil-type qui peut se dégager est celui donc des fixes de nuit.

A l'hôpital de La Rochelle, les agents fixes de nuit ont-ils un profil professionnel différent de l'ensemble de la population soignante?

Pour répondre à cette question, les données suivantes comparent sur l'année 2017:

- ❖ Les IDE/AS fixes de nuit de l'hôpital de La Rochelle (59 agents)
- ❖ L'ensemble des IDE/AS de l'hôpital de La Rochelle (1671 agents)

☞ **Sexe des professionnels** : il apparaît que le travail de nuit est encore plus féminisé (89%) que le travail de jour (85%).

☞ **L'âge moyen** des soignants est de 40,6 ans quand celui des soignants de nuit est de 46 ans. Plusieurs éléments ci-dessous sont à mettre en relation avec cette différence significative.

☞ **Statut et âge des professionnels** : il apparaît que les fixes de nuit sont plus souvent titulaires que les soignants en général.

	Titulaires	CDI	CDD
Agents de nuit	86%	7%	7%
Ensemble des soignants	79%	13%	8%

☞ Les agents de nuit ont davantage **d'ancienneté sur leur rythme** (le fait d'être de nuit) que l'ensemble des soignants (le fait d'être de jour ou d'être de nuit) : la moitié est de nuit depuis plus de 5 ans, quand seuls 37% de l'ensemble des soignants sont sur le même rythme depuis plus de 5 ans. Ils ont également davantage d'ancienneté dans l'établissement.

Ancienneté sur le poste jour ou nuit		
	ensemble	fixes
<1an	25%	13%
<2ans	8%	7%
<3ans	7%	8%
<4ans	12%	6%
<5ans	10%	12%
<6ans	5%	5%
<7ans	3%	7%
<8ans	7%	6%
<9ans	0%	6%
<10ans	3%	4%
<11ans	5%	4%

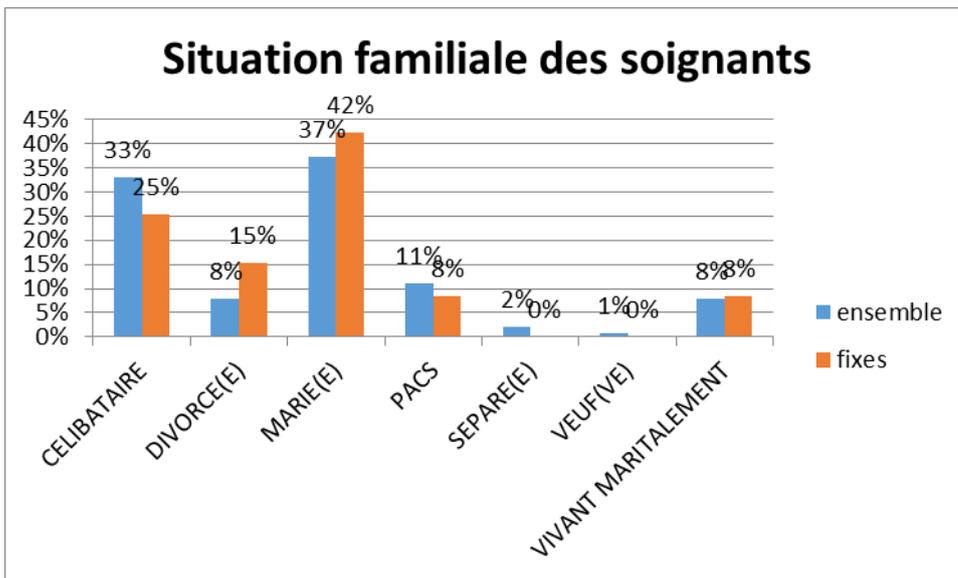
Ancienneté dans l'établissement		
	Ensemble	Fixes
entre 0 et 2	7%	5%
entre 2 et 4	8%	5%
entre 4 et 6	8%	7%
entre 6 et 8	11%	14%
entre 8 et 10	9%	7%
entre 10 et 12	8%	7%
entre 12 et 14	8%	7%
entre 14 et 16	8%	7%
entre 16 et 18	7%	7%
entre 18 et 20	5%	7%
entre 20 et 25	7%	7%

<12ans	5%	4%
<13ans	2%	3%
<14ans	2%	2%
<15ans	5%	13%

entre 25 et 30	8%	7%
plus de 30	5%	7%

☞ **Les quotités de travail** ne présentent pas de différence significative entre les deux populations (autour de 80% des agents à 100% dans les deux cas).

☞ **Situation familiale** : La moitié des enfants de nuit ont un enfant mineur, ce qui est le cas de seulement 40% de l'ensemble des soignants. On observe deux fois plus de divorcés et 1/3 de célibataires en moins chez les fixes de nuit.



☞ **L'absentéisme des agents est plus rare chez les fixes de nuit** : 55% ont eu une absence au moins en 2017, contre 66% pour l'ensemble des soignants ; **en revanche, les absences sont plus longues pour les fixes de nuit** : on compte 43 jours d'absence en moyenne chez l'ensemble des soignants, contre 52 chez les fixes.

☞ **L'accès à la formation** est plus faible chez les fixes de nuit.

- ❖ 36% ont eu bénéficié d'une action de formation en 2017, contre 54% des soignants en général
- ❖ Le nombre de jours de formation moyen est de 2,76 pour les fixes de nuit contre 3,47 en général

➔ Le profil-type du soignant de nuit à l'hôpital de La Rochelle est donc une femme, plus âgée qu'un soignant moyen, titulaire, qui peut être de nuit depuis plusieurs années, qui est souvent dans l'établissement depuis longtemps, qui a des enfants (souvent mineurs), a moins d'absences, et bénéficie de moins d'actions de formation.

2) Attentes et motivations des professionnels

☞ Comme les patients, les soignants ont besoin d'être et de se sentir en sécurité. C'est d'autant plus le cas pour des travailleurs isolés, mais les agents en duo sont également concernés.

☞ Les professionnels ont également besoin de ne pas être isolés institutionnellement. Cela ne coïncide pas forcément avec leurs attentes telles qu'elles sont exprimées, puisqu'ils apprécient leur autonomie et leurs

responsabilités et que parfois, la demande d'être fixe de nuit s'explique par une tentative de s'éloigner de l'institution et de ses règles. C'est pourquoi, comme on le verra au fil de ce mémoire, les liens avec l'institution sont déterminants : lien avec le cadre, évaluation, formation, communication interne...

☞ Qu'est-ce qui pousse les professionnels fixes de nuit à souhaiter faire ces postes malgré leurs forts impacts sur la santé¹¹ (troubles du sommeil, de l'humeur, prise de poids, risques cardiovasculaires)? Les entretiens réalisés ont fait ressortir plusieurs profils :

- ❖ Des agents qui y trouvent leur compte pour **leur vie de famille** , surtout des mères de jeunes enfants : travailler la nuit permet d'être disponible à 8h et 16h pour accompagner et raccompagner leurs enfants à l'école. Selon le questionnaire quantitatif, 75% des agents sont dans ce cas
- ❖ Des agents qui apprécient les **conditions de travail la nuit** : autonomie, responsabilité... Selon le questionnaire quantitatif, 25% des agents sont dans ce cas.
- ❖ Des agents qui souhaitent **éviter certaines parties du travail de jour** (sollicitations fréquentes par les médecins et les familles, temps compté pour réaliser les actes de soins...)

Bien souvent, ces différentes explications se recoupent, voire alternent.

Un cas typique est ainsi celui d'un agent d'environ 55 ans, M., qui a commencé à travailler de nuit pour des raisons personnelles, puis qui a continué car il a apprécié le contenu du travail de nuit pour des raisons diversement entendables : « on a plus de responsabilité » mais aussi « j'en avais assez de voir les familles toute la journée » ; et qui maintenant y semble piégé : « je ne me vois pas retourner de jour, quand j'y retourne occasionnellement je trouve ça tellement différent ».

Tout l'enjeu, on le verra plus loin dans ce mémoire, est donc :

- ❖ Pour l'institution (DRH + Direction des soins) de limiter et suivre les passages des agents sur des postes fixes de nuit, par exemple avec des « contrats » d'une durée déterminée sur un poste
- ❖ Pour l'encadrement, de distinguer entre les bonnes et les mauvaises raisons de souhaiter être fixe de nuit.

☐ Que pensent les professionnels qui tournent entre jour et nuit ? Les entretiens réalisés ont fait ressortir plusieurs points de vue :

- ❖ Beaucoup n'aiment pas faire des nuits, du fait de la fatigue que cela crée. Certains considèrent même cette obligation comme de la « maltraitance institutionnelle »
- ❖ Certains apprécient alterner entre jour et nuit pour vivre différentes dimensions du travail soignant « on a plus de temps pour faire les soins, échanger avec les patients » ; « le jour, c'est frénétique ; parfois, faire une série de nuit évite de faire un arrêt maladie »

On a maintenant décrit les patients, l'activité et les professionnels qui travaillent la nuit. En adoptant l'échelle non plus du service mais de l'hôpital entier, un quatrième élément doit être analysé : celui de l'environnement hospitalier qui entoure chaque professionnel. Les différences sont majeures à cet égard entre jour et nuit.

¹¹ DEBBABI F., Le travail de nuit : ses répercussions sur la santé du personnel hospitalier, Masson, Paris, 2004.
Quentin Garnier - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018

D. Comparaison de l'environnement hospitalier jour/nuit

Pour le soignant, ...	Le jour	La nuit
Le binôme IDE/AS	Un collègue privilégié, avec lequel on se coordonne sur un secteur	Le seul collègue, avec lequel le travail en coopération étroite est indispensable
Une question professionnelle banale, une pause	L'ensemble de l'équipe IDE AS, le cadre	le binôme
Une question professionnelle importante, une décision à prendre (non médical)	L'ensemble de l'équipe IDE AS, le cadre de l'unité, qui peut demander une solution au niveau institutionnel (cadre de pôle, direction)	Le cadre de nuit, qui peut mobiliser l'administrateur de garde
Une surcharge en soins temporaire	Collègues des autres secteurs Recours au cadre qui peut alerter et trouver des solutions au niveau institutionnel (pool, réaffectation, HS)	Recours au cadre de nuit qui a peu de marge de manœuvre pour trouver des solutions au niveau de l'établissement
Un problème médical	L'équipe médicale, qui peut mobiliser ses collègues d'autres disciplines	Service sans garde : l'interne de garde sur l'hôpital, qui peut mobiliser un médecin d'astreinte (fonction de l'organisation de la PDS) Service avec garde : L'interne de garde, le médecin de garde Le SMUR pédestre et la réa
Lien et échanges avec l'équipe médicale	Quotidiens Notamment visite et staff	Service sans garde : presque inexistant Service avec garde : la nuit peut donner lieu à des moments d'échanges entre praticiens et soignants, à ce que la notion d'équipe médicosoignante prenne davantage son sens
Lien et échanges avec le cadre de l'unité	Quotidiens	Par mail ou autres vecteurs de communication du service (exemple : tableau, journal de service) Si le cadre le décide : téléphone Le cadre peut décider d'arriver tôt ou partir tard parfois pour voir ses équipes de nuit

Une personne malveillante (patient, proche, intrus)	L'ensemble de l'équipe présente Appel possible à la sécurité avec un délai	Le binôme Les soignants des services voisins en fonction des règles définies Appel possible à la sécurité et au cadre de garde avec un délai
Un problème technique ou informatique urgent	Les équipes des services techniques, informatiques, biomédicaux ; le recours à la maintenance des entreprises extérieures	Le cadre de nuit, qui peut mobiliser une astreinte
Fréquentation du couloir du service	Atmosphère de fourmilière : IDE, AS, ASH, intendante, médecins; autres professionnels paramédicaux ; familles ; aller-retour de patients et brancardiers	Seules personnes à entrer dans le service une fois au cours de la nuit : cadre de nuit (non systématique), ronde des agents de la sécurité
Bruits	Fréquents et nombreux, ce qui pousse à ne pas prêter attention à un bruit en particulier	La norme est le silence, qui étonne après le jour. Chaque bruit en est d'autant plus marquant : les scopes, les sonnettes, les patients déments, ... « J'entends encore les scopes en rentrant chez moi le matin » confie une infirmière d'USIC.

Ce portrait de la nuit hospitalière ne saurait être complet sans y adjoindre une dimension relative aux représentations relatives à la nuit, qui jouent pour beaucoup dans l'organisation de la nuit hospitalière et la place qu'occupe la nuit dans la gestion hospitalière.

E. La nuit dans l'imaginaire collectif

1) La nuit dans l'imaginaire sociétal

Dans *La nuit, dernière frontière de la ville*¹², Luc GWIAZDZINSKI montre en quoi la nuit est un symbole négatif dans nos sociétés.

C'est tout d'abord une notion structurante dans l'imaginaire judéo-chrétien :

- ❖ Dès la Genèse, « Dieu vit que la lumière était bonne, et Dieu sépara la lumière des ténèbres ».
- ❖ L'enfer est symbolisé par les ténèbres, le paradis lui se trouve dans les cieux et irradie de lumière
- ❖ Dans l'Apocalypse, « le nouveau ciel ne comportera plus la nuit » (exemple typique de la conception intégratrice de la nuit)

Dans la mythologie grecque, la nuit (Nyx) est la fille de Chaos, et la mère de la Mort (Thanatos)

De nombreuses expressions attestent également d'une vision négative de la nuit. Ainsi, le jour est symbole de connaissance et la nuit d'ignorance : « la nuit des temps », « faire le jour ».

Dans la superstition et l'imaginaire populaire, la nuit est reliée à la mort, à la magie noire, à l'angoisse : c'est le domaine du diable, et par exemple en Bretagne des korrigans et de l'Ankou.

De nombreux événements tragiques restent dans la mémoire des peuples comme survenus la nuit : la Noche triste des Espagnols au Mexique en 1520, la nuit sanglante en Suisse, la nuit des longs couteaux et la nuit de cristal dans l'Allemagne nazie, les catastrophes industrielles comme Tchernobyl.

Enfin, la nuit est symbole de mensonge et de tromperie : le proverbe populaire appelle à la vigilance en indiquant que « la nuit, tous les chats sont gris » ; et c'est la nuit, et non pas le jour, que ment Alain Bashung dans sa chanson.

2) La nuit vue par les agents de jour

Bien souvent, les entretiens réalisés pour ce mémoire ont fait état de tensions entre équipes de jour et équipe de nuit. Ces tensions sont quasi-systématiques quand les agents de jour ne réalisent jamais de nuit -c'est donc une externalité négative d'un système comprenant des fixes de nuit.

Dans ces cas-là en effet, les agents de jour ne connaissent pas forcément le travail de leurs collègues de nuit et sont amenés à estimer que leur charge de travail est moindre : cela est la source possible d'incompréhensions voire de tensions. Ainsi, l'exemple typique est le cas où une tâche du service n'a pas pu être réalisée en fin de nuit (faire les changes des patients avant la matinée, ranger un objet...) et que l'équipe de jour, en arrivant, s'en plaint.

Plus largement, la cadre supérieure de santé et chercheuse Anne Perrault Soliveres énonce quant à elle un « mépris » de l'institution vis-à-vis de la nuit¹³ : « le jour manifeste une ignorance totale pour la nuit » confirme-t-elle dans un entretien Skype réalisé pour ce mémoire.

3) Le jour vu par les agents de nuit

A contrario, les agents fixes de nuit développent souvent dans leur discours une critique soutenue des soins de jour.

« le jour, ils ne peuvent plus soigner, ils n'ont plus le temps, ils ne font que courir. Nous la nuit au moins on soigne complètement »
IDE en MCO

¹² GWIAZDZINSKI, Luc, *La nuit, dernière frontière de la ville*, L'aube, 2001.

¹³ PERRAUT SOLIVERES, *La nuit et l'institution, un mépris partagé*, Gériatologie n. 116, 2006.

Cela peut être vu comme un mécanisme de défense face aux critiques du jour : il s'agit d'anoblir les soins de nuit pour qu'ils regagnent d'un côté (globalité et éthique du soin) ce qu'on leur dénie de l'autre (manque de technicité et de volume de travail). S'il était pris en compte intégralement, ce discours conduirait à favoriser une conception totalement autonomiste de la nuit ; mais ce qui serait une erreur.

4) La nuit vue par les agents de nuit

Dans le questionnaire distribué aux agents, il leur a été demandé de résumer en trois mots le travail de nuit à l'hôpital. Les résultats confirment l'ensemble des tendances dégagées dans les paragraphes ci-dessus relatifs à l'activité de nuit à l'hôpital :

- ❖ Vigilance-écoute-réactivité-patience : 34 occurrences
- ❖ Autonomie-organisation-adaptabilité-responsabilités : 29 occurrences
- ❖ Isolement-stress-pénibilité : 12 occurrences
- ❖ Décalage-fatigue : 18 occurrences
- ❖ Binôme-entraide-échanges : 22 occurrences
- ❖ Calme-paisible : 24 occurrences

F. Conclusion d'étape : pour prendre en compte une singularité relative de la nuit

En somme, l'analyse de l'activité de soins, des patients, des professionnels, de l'environnement et des représentations de la nuit tend vers un même résultat :

1. La conception restrictive de la nuit s'explique par les représentations et la méconnaissance des professionnels, mais n'a pas lieu d'être car il se passe des choses à l'hôpital la nuit
2. La nuit à l'hôpital comporte des différences de nature avec le jour, sur tous les plans : une conception purement intégratrice de la nuit n'est pas pertinente
3. La nuit à l'hôpital reste un lieu de production de soins, en lien avec le jour, où les agents et le travail doivent être encadrés et rattachés au jour: une conception purement autonomiste de la nuit n'est pas pertinente.

Avant d'aller plus loin et de se pencher sur les actions à mettre en œuvre pour organiser la nuit (parties 3 et 4), la partie qui suit met en exergue l'intérêt de se pencher sur la nuit au niveau institutionnel (partie 2).

II) De l'intérêt de se pencher sur la nuit: un enjeu fort d'attractivité car un facteur de qualité du travail et des soins

A. Vis-à-vis des professionnels : reconnaissance du travail, attractivité des postes, intérêt pour la DRH

A plusieurs titres, une politique de ressources humaines gagne à se pencher sur le travail de nuit, ce qui justifie que ce mémoire considère la nuit comme un gisement de qualité du travail –et notamment de qualité de vie au travail.

☞ Tout d'abord et surtout, on peut considérer le travail de nuit comme un **lieu d'expression singulière du travail soignant**, qui permet à ceux-ci de travailler autrement que de jour, comme on l'a vu plus haut. A une époque où le sens du travail soignant est toujours plus questionné, cet élément n'est pas neutre. Pour de nombreux soignants, travailler la nuit est un gage de qualité du travail.

☞ Cela fait le lien avec la question de **l'attractivité des postes de nuit**. Le manque d'attractivité des postes de nuit peut concerner à la fois les postes de fixes et les postes où l'on tourne entre nuit et jour. L'hôpital local d'Oléron peine ainsi à recruter des agents fixes de nuit. Selon plusieurs entretiens réalisés pour ce mémoire, le fait de devoir tourner entre jour et nuit peut inciter à refuser des postes en hospitalisation complète. Les hôpitaux de Paris (AP-HP) ont longtemps fait leurs recrutements IDE sur des postes de nuit, promettant ensuite un poste de jour. Si un établissement comme l'APHP peut se permettre une telle politique, s'appuyant sur sa situation géographique et sa taille, son bien-fondé en termes de ressources humaines est discutable. Somme toute, miser sur l'accompagnement du travail de nuit peut donc être un facteur important d'amélioration de l'attractivité des postes de soignant à l'hôpital public.

☞ Troisièmement, le travail de nuit a un besoin fort de **valorisation et de reconnaissance du travail**. Cela peut passer par des mesures symboliques qui montrent que l'institution pense au travail de nuit (passage de l'encadrement ou de la direction la nuit, ...). Mais la valorisation du travail peut aller bien au-delà de telles mesures qui peuvent être considérées comme un simple vernis. En fait, toute action entreprise pour améliorer le travail et les soins la nuit (telle que décrites dans la dernière partie de ce mémoire) est indirectement un vecteur de valorisation : comment mieux prouver l'importance d'un secteur, qu'en consacrant du temps et de l'énergie à l'améliorer ? Cela peut également passer par une réflexion sur le sens du travail de nuit et sur le contenu du travail de nuit, par exemple à travers des actions de formation ou la création d'espaces de discussion sur le travail de nuit... l'espace éthique de l'ARS Hauts de France a par exemple organisé un colloque sur la nuit à l'hôpital

☞ Plus largement, on peut ainsi agir sur la **qualité de vie au travail**. Cela passe par des mesures qui minimisent l'impact du travail de nuit sur la santé et la vie personnelle (comme on le voit ailleurs dans ce mémoire : organisation d'une sieste, optimisation des plannings, collations saines, suivi SST).

☞ Egalement, il paraît nécessaire d'inclure le travail de nuit dans la **gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**. Il peut être de plus en plus difficile de trouver des soignants pour occuper les postes de nuit. Le vieillissement du personnel qui va continuer les années à venir risque de majorer ce problème : en fin de carrière, il est souvent difficile de continuer à travailler de nuit, ce qui peut donner lieu pour des raisons médicales diverses à des certificats médicaux d'inaptitude au travail de nuit¹⁴.

☞ Enfin, si le travail de nuit est bien organisé, la nuit peut être un **lieu de reclassement** pour certains agents. En effet, les postes de nuit exigent moins de charges, notamment sur un poste AS.

B. Vis-à-vis des patients : sécurité des soins, sommeil, hospitalité et expérience patient

A plusieurs titres, une politique qualité gagne à se pencher sur le travail de nuit, ce qui justifie que ce mémoire considère la nuit comme un gisement de qualité des soins.

☞ Tout d'abord, la question de la **sécurité des soins** est déterminante. Comme le montre le tableau ci-dessus sur l'environnement hospitalier, les acteurs mobilisables en cas de changement d'état du patient sont moins nombreux ; pour autant, le patient a autant de chances de nécessiter des soins urgents que le jour.

☞ Par ailleurs, on ne peut pas évoquer la nuit sans s'attarder sur le **sommeil du patient**. Si le proverbe populaire atteste que « le sommeil c'est la santé », et si les professionnels de santé sont attentifs au sommeil des patients,

¹⁴ Entretien avec le Dr GOGÉON et le Dr IGLESÍAS, médecins du travail au GH La Rochelle

il apparait que l'imaginaire collectif hospitalier ne comporte pas toujours le réflexe d'adapter les soins au service d'un gain de sommeil.

- ❖ Ainsi, le dilemme entre laisser dormir un patient souillé et réveiller un patient pour le changer, en milieu de nuit, tourne souvent à l'avantage de la deuxième option (voir plus bas)
- ❖ Le tour de fin de nuit comporte souvent un réveil et un change du patient, vers 6h00 par exemple: c'est un moment où il devient difficile de se rendormir –et c'est souvent en fin de nuit que les patients angoissés ou insomniaques arrivent à dormir. Ce change est justifié par l'arrivée prochaine de l'équipe de matin : une charge de travail élevée les attend, et l'équipe de nuit leur facilite le travail avec ce tour de fin de nuit. Ne pas réveiller et changer les patients lors du dernier tour pourrait ainsi être vu comme une injustice au regard de la répartition de la charge de travail, et attiser de possibles tensions entre équipe de nuit et équipe de jour. Dans cet exemple, c'est donc presque uniquement les horaires de travail et l'organisation du travail décidés par l'institution qui privent le patient de sommeil.
- ❖ Le questionnaire quantitatif distribué aux agents l'atteste également : les notions « sommeil » et « calme » reviennent assez peu quand on demande aux agents les 3 besoins prioritaires des patients la nuit (voir chiffres supra).

☞Egalement, la nuit pose la question de la **continuité du suivi personnalisé du patient**. Les transmissions sont un facteur déterminant de la qualité des soins et du suivi la nuit. Le comportement ou le ressenti des patients, tout comme ses échanges avec les soignants, peut être bien différent la nuit du jour. Les soignants qui tournent entre jour et nuit dans des services de longue durée se rejoignent sur ce point. Dans ce contexte, le partage de l'information entre soignants mais aussi à l'égard de l'équipe médicale est essentiel.

☞Enfin, la nuit est un facteur déterminant de l'état d'esprit du patient et de sa satisfaction. De plus en plus, les hôpitaux se penchent sur l'expérience patient¹⁵ et l'amélioration de l'hospitalité¹⁶ à son égard. La nuit est le moment parfait pour travailler ces points : cela peut passer par un travail sur la qualité du sommeil mais également en travaillant sur la soirée comme moment de socialisation. Le soir est, dans nos sociétés, le moment de socialisation par excellence. Certes, la majeure partie des patients se couche tôt à l'hôpital du fait de leur état ou de leur âge, mais entre le dîner (19h) et l'endormissement (entre 20h et 23h pour la majeure partie des patients) on pourrait imaginer un moment d'échange, d'animations, qui serait à même de colorer la soirée.

L'ensemble de ces éléments montre que la nuit peut jouer un rôle important dans **l'attractivité vis-à-vis des patients**.

C. Plus largement : un enjeu de performance hospitalière

En cumulant et dépassant ces angles relatifs au travail soignant et à la qualité des soins et du vécu du patient, on voit que la nuit porte en elle un enjeu de performance hospitalière. En effet, la qualité du travail et des soins sont des dimensions de la performance d'un hôpital.

Il serait utile d'étudier l'impact d'une amélioration des conditions de sommeil sur la durée moyenne de séjour, par exemple sur un service de SSR où une telle action a le temps de produire son effet.

A la question « que faudrait-il améliorer en priorité la nuit parmi les facteurs suivants », les soignants répondent

- ❖ A 39% la sécurité des soins
- ❖ A 32% la valorisation du travail de nuit
- ❖ A 21% le confort du patient

¹⁵ Comme par exemple au Québec www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/mesure-experience-patient.pdf [dernière vision le 27 juillet 2018]

¹⁶ A cet égard en France il faut citer le projet Hospitalité de l'APHP, qui a défini un label. Celui là ne comporte pas (encore ?) d'item spécifiquement relatif à la nuit <https://www.aphp.fr/patient-public/label-hospitalite> [dernière vision le 22 août 2018]

D. Conclusion d'étape : pour faire de la nuit un sujet stratégique

En somme, la nuit apparaît comme un enjeu de qualité du travail et de vie au travail, de qualité des soins, et plus largement de performance hospitalière.

La nuit en tant que dossier hospitalier mérite donc d'être posée sur la table des décideurs hospitaliers, sous des angles multiples. La suite du mémoire propose deux grands champs de réflexion et d'action à cet égard : l'organisation du travail la nuit (partie 3) ; la mise en œuvre de projets relatifs à la nuit (partie 4).

III) Qui faire travailler la nuit ? tension entre conceptions intégratrice et autonomiste de la nuit hospitalière

A. Quels agents et à quel rythme? Confrontation des modèles fixes (conception autonomiste) et tournants (conception intégratrice)

1) Présentation des modèles

Le tableau ci-présent liste les caractéristiques, avantages et inconvénients des deux modèles-type d'organisation du travail la nuit : agents fixes de nuit et agents qui tournent entre jour et nuit.

Les avantages sont en vert, les inconvénients en rouge, les éléments ambivalents en bleu.

	Agents fixes	Agents tournants
Rythme biologique et fatigue	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Différents rapports à la fatigue sont possibles : agents habitués au travail de nuit qui ont trouvé leur rythme et s'en satisfont ; agents que le travail de nuit fatigue mais qui trouvent ailleurs un intérêt au travail de nuit ☞ Selon les études, être fixe de nuit impacte davantage l'organisme sur le long terme 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les agents qui tournent entre jour et nuit se plaignent souvent de la fatigue, voire des troubles de santé, qu'engendre le changement de rythme entre jour et nuit. Des agents considèrent l'obligation de tourner entre jour et nuit comme de la maltraitance institutionnelle. ☞ Si des agents sont déclarés inaptes au travail de nuit, les autres doivent en faire d'autant plus. Le risque est que ces inaptitudes se multiplient (vieillesse de la population soignante...) ce qui fragilise les systèmes où les agents tournent entre le jour et la nuit
Compétences soignantes	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les IDE fixes de nuit pratiquent en volume moins de soins, ce qui peut leur faire perdre des compétences sur certains actes. ☞ Les agents fixes de nuit ont parfois des situations complexes à gérer seul 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les agents qui tournent entre jour et nuit réalisent et maîtrisent l'ensemble de la palette de compétences demandées par leur service
Liens avec le cadre et les collègues	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les agents de nuit voient uniquement leur cadre s'ils vont à des réunions d'équipe ou s'il fait en sorte d'être présent le matin ou le soir. Cela pose un problème pour l'évaluation. ☞ Les agents fixes de nuit risquent de moins bien connaître leurs collègues. Risque d'être coupé de l'équipe, alors que le lien avec celle-ci est facteur de socialisation et de maintien des compétences 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Lien habituel avec cadre et collègues
Liens avec les médecins	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Les agents fixes de nuit sont moins en contact avec le corps médical et profitent moins d'échanges avec eux (visite, staff...) ☐ Dans les services normés et/ou à garde, la présence d'un médecin la nuit peut au contraire favoriser les liens entre soignant et médecin 	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Echanges réguliers avec le corps médical qui favorise la prise d'expérience comme soignant
Connaissance du travail de nuit	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les soignants de nuit maîtrisent les spécificités du travail nocturne : responsabilité, autonomie, vigilance, appréhension des angoisses nocturnes, attention portée aux signaux d'alerte en début de nuit de la part des patients, lien relationnel avec le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Les soignants qui font peu de nuits risquent de moins bien maîtriser la déclinaison nocturne des soins

	Selon Anne Soliveres : « les soignants de nuit sont meilleurs car plus autonomes, plus responsables »	
Epanouissement professionnel	☞Le contenu du travail de nuit peut-être plus épanouissant pour certaines personnalités: travail en binôme renforcé, moins d'interruptions de tâches (allées et venues dans le service), beaucoup d'autonomie et de pouvoir d'agir ¹⁷ sur son travail, véritables responsabilités et situations de prises de décision	☞Alterner entre jour et nuit peut être plus épanouissant pour certaines personnalités : le jour est rempli de contacts interpersonnels, de travail d'équipe au sens large; la nuit permet de voir son travail différemment en prenant plus de temps pour le soin quand le service le permet.
Vie personnelle	☞Une fois leur rythme fixé, les agents de nuit sont souvent satisfaits de leur équilibre travail/vie personnelle. ☞La stabilité des plannings est souvent bien supérieure pour les agents de nuit	☞Les agents qui tournent se plaignent souvent de la difficulté qu'engendrent les changements de rythme : lorsqu'ils font des nuits, leur vie personnelle et familiale est bouleversée
Risques de dérives	☞Les risques de dérives (activité personnelle sur le temps professionnel, glissement de tâches, maltraitance) sont accrus dans une situation avec des fixes de nuit, surtout si les mêmes binômes se retrouvent souvent ensemble	☞Moins de risques de dérives
Dimensionnement des effectifs	Les agents qui font plus de 90% de leur temps la nuit sont fixes de nuit et font moins d'heures par an. Il faut donc davantage d'ETP pour une même trame.	☞Besoin de moins d'ETP pour une même trame
Attractivité des postes	☞Il peut être difficile de trouver des agents qui veulent travailler la nuit. Mais en trouver augmente l'attractivité des postes de jour qui, par conséquent, n'ont pas besoin de tourner avec la nuit	☞De nombreux agents n'aiment pas tourner entre jour et nuit. Cela peut nuire à l'attractivité des postes en hospitalisation complète.
Répercussions sur la vie sociale	☞Vie sociale moins nourrie. Risque d'isolement social.	☞Vie sociale moins nourrie le temps de faire les nuits
Capacité de l'encadrement et de l'institution à contrôler	Sentiment possible de perte de contrôle car les cadres voient peu les agents	Davantage de contrôle de la situation

¹⁷CLOT, Yves, Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux, La Découverte, 2010.

Que tirer de cette comparaison ? Avant d'aller plus loin, un détour par un autre service public actif la nuit peut s'avérer utile : la police nationale.

2) La police : exemple-type de la conception autonomiste du travail de nuit, reposant sur des agents fixes de nuit

Une visite nocturne et des entretiens au commissariat de police de La Rochelle ont permis de dégager le modèle de la police nationale en matière de travail de nuit : celle-ci s'inscrit totalement dans une conception autonomiste de l'organisation de l'activité de nuit.

☞ Premièrement, l'activité la nuit est résolument différente de l'activité de jour.

- ❖ Ainsi, plusieurs pans du travail d'un commissariat, comme les démarches administratives et la police de proximité, n'ont pas lieu la nuit. L'essentiel du travail consiste en la gestion des urgences et des appels 17, dont le volume nocturne est très variable.
- ❖ Par ailleurs, les troubles à l'ordre public et le comportement des individus appréhendés sont différents la nuit (alcools, drogues, davantage de délits).
- ❖ Par conséquent, les équipes présentes sont réduites : ainsi à l'hôtel de police de La Rochelle la nuit, on compte une brigade de roulement qui effectue les patrouilles, la BAC de nuit, des unités canines avec un chien de nuit, une permanence de police judiciaire et des standardistes. En tout cela fait 30 effectifs, contre 100 à 150 le jour

☞ Deuxièmement, les effectifs¹⁸ qui travaillent la nuit sont tous fixes de nuit (à La Rochelle comme presque partout dans la police nationale) et volontaires. « Ils apprécient l'autonomie, les contraintes en moins. Ils marchent à l'objectif : ils sortent en patrouille pour trouver quelqu'un qui a commis un délit, pas juste pour patrouiller » décrit le capitaine LE DREZEN, commandant en second des équipes de nuit rochelaises. Le travail de nuit implique davantage d'isolement, ce qui peut être problématique dans un métier où les risques psychosociaux sont particulièrement importants. Le capitaine LE DREZEN rapporte ainsi que « si un effectif de nuit va mal, on le repasse de jour car le travail de nuit est plus isolé ».

☞ Troisièmement, il existe un encadrement propre à l'activité de nuit. Des officiers de police gèrent les effectifs de nuit. Ce sont eux, et pas les agents, qui font les transmissions avec les équipes de jour, ce qui leur permet d'avoir une visibilité sur l'activité et les priorités, et de répartir le travail en début de nuit. Ils se rendent parfois à des réunions en journée et font ainsi le lien entre l'actualité du commissariat et les effectifs de nuit.

Celui-ci est largement accompagné et encadré par les formations, l'encadrement, des dispositifs particuliers

☞ Au commissariat de La Rochelle, les agents ne travaillent de jour que pour une occasion : les formations, et notamment les entraînements au tir, qui se font en journée pour éviter de provoquer un tapage nocturne. Le dispositif de santé au travail est lui-même déporté la nuit : le médecin du travail de la police travaille parfois la nuit, pour y rencontrer les agents.

☞ Au-delà de ces aspects organisationnels, se crée une culture du travail de nuit au sein de la police, illustrée par le terme « les nuiteux » qui qualifie les agents de nuit.

¹⁸ La police nationale emploie le terme d' « effectif » pour évoquer ses agents. « Un effectif » au singulier est donc un agent.

L'exemple suivant l'atteste également. Il arrive que des effectifs portent des insignes particuliers en plus des insignes basiques de l'uniforme. C'est un honneur rare, lié à des particularités historiques ou culturelles, toujours sur décision du Commissaire. Au sein de la Direction départementale de la sécurité publique de Charente Maritime, seule une unité porte un insigne particulier, visible ci-contre : les effectifs de nuit.



On peut en tirer notamment ces deux éléments :

1. Un système fondé entièrement sur des fixes de nuit peut fonctionner et même devenir un atout pour la police nationale
2. Il est largement accompagné et encadré par des dispositifs spécifiques : rôle de l'encadrement, transmissions ciblées, formations, présence de SST pendant la nuit...

3) **Prise de position : privilégier un système d'agents fixes de nuit mais intensément accompagné et encadré**

En somme, faut-il privilégier des agents qui tournent ou des agents fixes ?

Je pars du principe qu'il vaut mieux favoriser les deux éléments suivants, qui me font donc pencher en faveur d'un système d'agents fixes de nuit:

- ❖ Agents volontaires, qui ont choisi la nuit pour des raisons personnelles ou professionnelles et apprécient en faire → car cela favorise la qualité de vie au travail
- ❖ Agents spécialisés, qui connaissent les spécificités des soins la nuit → car cela favorise la qualité du travail et des soins

L'idée est donc de miser sur un cercle vertueux satisfaction au travail / connaissance des spécificités du travail / qualité du travail / qualité des soins¹⁹.

Cela rejoint l'avis de la chercheuse et cadre supérieure de santé Anne Perraut Soliveres, fondé quant à lui sur les compétences soignantes : « j'affirme que les soignants de nuit sont meilleurs la nuit car plus autonomes et plus responsables »²⁰.

A cet égard, une question du questionnaire est intéressante : il était demandé aux agents de déterminer leur satisfaction au travail, en lui donnant une note de 0 à 10, pour le jour et pour la nuit.

Au niveau global, le résultat est peu probant : 6,6 pour le jour et 6,7 pour la nuit.

Mais les notes et surtout la différence entre note donnée au jour et note donnée à la nuit dépendent en fait largement du statut de fixe ou de tournant :

	Moyenne de Satisfaction travail de jour	Moyenne de Satisfaction travail de nuit	(Jour)-(Nuit)
Tournant (<30%)	6,9	6,4	0,5
Tournant (30-60%)	6,6	6,4	0,2
Tournant (>60%)	5,6	7,2	-1,6
Fixe	6,5	7,8	-1,3
Total général	6,637681159	6,712328767	

En somme, les agents fixes de nuit et les agents tournants qui réalisent beaucoup de nuit aiment travailler la nuit ; les agents qui tournent peu apprécient tendanciellement moins la nuit que le jour.

¹⁹ TREMBLAY, Michel, La mobilisation des personnes au travail, Racine du savoir, 2006.

²⁰ Entretien Skype réalisé pour ce mémoire

En revanche, j'estime qu'il est nécessaire dans ce cas là de mettre en œuvre **un ensemble de dispositifs** pour éviter les inconvénients majeurs qui peuvent aller avec ce modèle : des agents éloignés de l'institution, de l'encadrement, de la formation, du personnel médical.

De quels dispositifs s'agit-il ?

☞ Premièrement, il est pertinent d'imposer aux agents fixes de nuit de faire chaque année **quelques semaines de jour**. C'est la politique décidée par l'hôpital de La Rochelle : chaque fixe de nuit fait 20 jours de jour. C'est l'occasion pour eux de revoir les collègues, les médecins, le cadre, le travail de jour, les nouveautés. C'est aussi l'occasion de se former.

☞ Deuxièmement, il est judicieux de mettre en place au niveau institutionnel **des «contrats d'agent fixe de nuit » renouvelables** : s'il est pertinent de laisser un agent sur un poste de fixe de nuit, il faut que l'encadrement puisse le suivre et au besoin le remettre en question pour éviter qu'une telle situation s'éternise.

☞ Troisièmement, il est nécessaire de **varier les binômes de nuit** pour éviter que les agents soient toujours ensemble, ce qui pourrait générer des systèmes délétères (tolérance réciproque d'activités interdites, glissement de tâches...).

☞ Enfin, le cadre de l'unité doit œuvrer, par des mesures de management, **pour rattacher les agents de nuit à l'ensemble de l'équipe**. Cela peut passer par des réunions de service à des horaires adaptés, un cahier de service, des discussions entre agents de jour et de nuit sur leurs rôles complémentaires au service du patient²¹. ...

Anne Perraut Soliveres avance avoir créé un tel dispositif pour le moins original alors qu'elle était en poste : les médecins de garde faisaient des mini-formations à destination des agents de nuit. L'idée était de réunir des soignants de nuit un court laps de temps (cela nécessitait de dégarnir les services un certain temps, en jouant sur la solidarité entre services) autour du médecin de garde pour une formation sur des éléments cliniques. Si ce système pose question du fait du départ des soignants de leur service, il montre que des solutions innovantes sont possibles pour rompre l'isolement des agents de nuit.

L'hôpital Le Vinatier à Lyon a opté pour une telle dynamique : il repose sur des fixes de nuit accompagnés par un ensemble d'actions ciblées²².

L'ensemble de ces dispositifs doit aller de pair avec une optimisation des plannings au regard des besoins des agents et de l'institution.

4) Focus : question du rythme de travail et des plannings

Plusieurs systèmes de construction des plannings sont possibles au sujet du travail de nuit. En voilà quelques-uns. Sur les tableaux qui suivent, le vert représente le travail de nuit et le bleu le travail de jour. Si par exemple un mardi est colorié en vert cela signifie qu'on y fait une nuit qui commence le mardi soir et termine le mercredi matin.

❖ Le **système petite semaine/grande semaine** : les nuits suivantes y sont travaillées. Il permet d'avoir un weekend entier non travaillé et éloigné des nuits de travail. Utilisé pour des agents qui tournent, il mène à ce que les agents de jour fassent des « quinzaines de nuit ».

L	Ma	Me	J	V	S	D	L	Ma	Me	J	V	S	D
---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	---	---	---	---

La **variante suivante** existe également (notamment vue dans de nombreuses équipes de sécurité anti-incendie dans les hôpitaux français) : elle suit la même logique mais les deux semaines sont plus équilibrées, au détriment du 1^{er} weekend qui cette fois suit une nuit de travail.

²¹ COSTE, Séverine, RATOVARIVO, Hanitra, Collaboration entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit, Soins Gérontologie n. 90, 2011

²² AGOSTINI, Brigitte, Manager l'activité de nuit d'un établissement de santé, Soins Gérontologie n. 90, 2011

L	Ma	Me	J	V	S	D	L	Ma	Me	J	V	S	D
---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	---	---	---	---

- ❖ Le système « N jours – N nuits », N étant un nombre entier au choix²³. Il s'agit là d'enchaîner N jours de travail avec N jours de repos. Les agents fixes de nuit de la police nationale fonctionnent par exemple avec 4 nuits de travail suivies de 4 nuits de repos.

Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7	Jour 8
Jour	Jour	Nuit	Nuit	Repos	Repos	Repos	Repos

- ❖ Les systèmes qui alternent jour et nuit, souvent en douze heures. Par exemple, deux roulements vus à la maternité de La Rochelle, choisis par les sages-femmes en douze heures:

Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
Jour	Nuit	Repos	Repos

Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
Jour	Jour	Nuit	Nuit	Repos	Repos	Repos

Le premier des deux peut être moins fatigant car il permet de limiter l'effet déstabilisant de la nuit : la nuit suit une journée et est suivie d'un repos ; il n'y a qu'une nuit, donc le corps n'a pas à s'habituer. Le deuxième, lui offre davantage de jours libres de suite, et donc ouvre davantage d'options pour le temps libre de l'agent.

Un nouveau détour, par l'administration pénitentiaire, montre qu'on peut penser bien différemment l'organisation du travail et des plannings de nuit.

5) Les plannings dans une maison centrale : un roulement relié à l'organisation nocturne du travail dans la pénitentiaire

L'organisation du travail et des plannings dans l'administration pénitentiaire présente bien des différences avec celles en vigueur dans les hôpitaux. A l'occasion de ce mémoire, un entretien avec Franck Duter, adjoint à la Directrice de la Maison centrale de St Martin de Ré, a été réalisé. Les considérations qui en ressortent ne sont pas propres à cet établissement mais illustrent l'organisation-type dans la pénitentiaire.

Il n'y a pas d'agents fixes de nuit dans la pénitentiaire : les agents comme l'encadrement tournent entre jour et nuit. Ils suivent les plannings ci-dessous qui sont fixés sur 5 jours.

Planning-type des agents dans l'administration

JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5
13h-	13h-20h	7h-13h	20h-7h	Repos

La spécificité de ces plannings est sur le jour 3 : on y travaille le matin puis le soir-même, avec une pause de 7h entre les deux plages de travail.

²³ Cette formule fonctionne au-delà de l'organisation du travail nocturne : Si N= 40, on obtient un film américo-britannique ; si N=60 on obtient une émission française des années 2000 sur une chaîne cryptée.

L'organisation très spécifique du travail de nuit explique en partie ce roulement singulier.

Dans une maison centrale, l'équipe se scinde en deux pour assurer les deux rôles suivants à tour de rôle :

1. L'équipe « en action » se répartit à des postes de surveillance (miradors, caméras) et fait des rondes régulières. Pour éviter la monotonie qu'engendre la surveillance, tous tournent toutes les deux heures entre les postes de surveillance et de ronde.
2. L'équipe « de piquet » est au repos et intervient en cas de problème (violence, problème médical, tentative d'acte suicidaire, entrée nocturne d'un détenu...).

L'équipe de piquet dispose de lits et de douches et peut donc se reposer tant qu'il n'y a pas de problème. A la moitié de la nuit, les deux équipes tournent. L'équipe qui est d'action de 20h à 1h30 est dite « de bon tour » car son moment de répit est en nuit profonde de 1h30 à 7h ; l'autre équipe, qui est d'action de 1h30 à 7h, est dite « de mauvais tour ». Mais l'équipe de mauvais tour peut gagner en convivialité ce qu'elle perd en sommeil : le temps de piquet entre 20h et 1h30 est souvent un moment convivial.

Cette organisation a plusieurs avantages :

- ❖ Une équipe resserrée peut surveiller un périmètre très large
- ❖ Les agents tournent entre différents postes et aucun ne passe la nuit entière face à une même caméra
- ❖ Les agents peuvent se reposer une partie de la nuit, sauf si l'activité anormale est particulièrement dense et mobilise en permanence l'équipe de piquet.

L'activité nocturne, en prison, est très variable. Dans une maison d'arrêt, elle est marquée par les entrées, bien davantage qu'une maison centrale où les nuits sont calmes. En moyenne, les détenus sont bien plus calmes la nuit : chacun est dans sa cellule (celles-ci ferment à 19h30 à St Martin de Ré) et on recense peu de violences. En revanche, les tentatives de suicide sont presque toujours la nuit et imposent donc une surveillance resserrée.

La surveillance nocturne pose un dilemme au rondier : lors de sa première ronde (et davantage pour certains profils de détenus), il doit s'assurer de la présence du détenu vivant. A cet effet, il a vocation à allumer une lumière depuis l'extérieur de la cellule, qui éclaire intégralement la cellule. Allumer cette lumière revient donc à réveiller le détenu ou le déranger dans son intimité. Au quotidien, cela peut être très pénible pour le détenu. De plus en plus, les ronds ne actionnent pas cette lumière quand ils estiment que le besoin de surveillance ne le nécessite pas, recherchant ainsi un équilibre entre surveillance et respect de la vie privée et du sommeil.

Tout bien considéré, ce qui ressort de ces différents plannings est

- ❖ La multiplicité des plannings différents, choisis parfois par l'institution, parfois par les cadres, et parfois par les agents.
- ❖ Le fait qu'ils ne s'appuient pas sur des études qui analysent l'impact sur la santé des différents plannings bien que de telles études existent²⁴.

Travailler sur la base de ces études est nécessaire pour que les plannings amortissent au mieux l'effet sur la santé du travail de nuit. La difficulté, à cet égard, est de concilier plusieurs objectifs parfois opposés : des plannings qui offrent des jours de repos à la suite pour favoriser la vie privée des agents, des plannings qui limitent la sensation de fatigue à court-terme, des plannings qui limitent les impacts sur la santé à long-terme, des plannings qui correspondent aux besoins de l'institution.

B. Encadrer les agents de nuit

1) Quel encadrement, quel rôle à l'encadrement ?

Deux questions se posent au sujet de l'encadrement de nuit :

²⁴ ESTRYN-BEHAR M., BONNET N. *Travailler la nuit en 8, 10 ou 12 heures à l'hôpital*, Masson, Paris, 2000.

- ❖ Faut-il une continuité d'encadrement la nuit ?
- ❖ Si oui, quelles sont les missions du cadre de nuit ?

La position proposée dans ce mémoire répond à la première question en s'appuyant sur la réponse donnée à la deuxième question.

☞ **Si l'établissement a une vision mi- restrictive mi- intégratrice** de la nuit, et donne au cadre de nuit des responsabilités limitées (prises de décision nocturnes sur la gestion des lits, aide des équipes de nuit en cas de besoin, remontée des problèmes de la nuit aux acteurs de jour, lien avec l'administrateur d'astreinte), **positionner un cadre de santé sur ces fonctions est inutile**. Un gestionnaire de lits de nuit peut réaliser ces tâches.

☞ **Si l'établissement a une conception mi- intégratrice mi- autonomiste** de la nuit (vision que défend ce mémoire) et fait le choix de donner de fortes responsabilités au cadre de nuit (encadrement réel des agents de nuit, évaluation ou participation à l'évaluation des agents de nuit, rôle de porte-parole des problématiques de la nuit, participation ou instigation à des projets institutionnels relatifs à la qualité des soins et du travail la nuit²⁵), **il est pertinent d'avoir un cadre de nuit**.

Quand l'établissement n'a pas de positionnement clair entre ces différentes visions, le cadre de nuit a un positionnement flou et cristallise ce tiraillement. Se pose ainsi la question de son positionnement par rapport aux autres cadres, aux urgences, aux agents de nuit des services, aux projets institutionnels.

Des établissements, comme le CHU de Bordeaux et le Groupe Hospitalier La Rochelle, tentent de répondre à ce flou en écrivant une Charte managériale du cadre de santé en poste de nuit.

Mais le risque est que la source de cette zone de flou soit plus profonde et reflète en fait le rapport de l'établissement à la nuit.

La question est donc celle de la cohérence managériale²⁶ entre le système instauré par l'institution et le rôle du cadre.

2) Exercer la fonction de contrôle sur un agent qu'on ne voit pas travailler

Comment exercer la fonction de contrôle sur un agent qui travaille la nuit ? Plus largement, et c'est là une question qui intéressera tout manager, comment exercer la fonction de contrôle sur un agent qu'on ne voit pas ?

A cet effet, le manager doit confronter plusieurs sources d'évaluation du travail de ses agents, dont aucune n'est pleinement satisfaisante:

- ❖ Evaluer sur le résultat (exemple : insatisfaction des patients)
- ❖ Evaluer la nuit pendant le travail de l'agent (en restant un soir ou arrivant tôt le matin)
- ❖ Evaluer pendant la période de jour de l'agent (s'il en a)
- ❖ Prendre en compte les retours des collègues

C. Conclusion d'étape: pour une organisation cohérente de la nuit

Somme toute, l'organisation du travail la nuit est traversée par des questions structurantes : agents fixes ou tournants ? quels plannings ? encadrement ou pas ? Ces questions sont traversées par les conceptions restrictive, intégrative et autonomiste de la nuit à l'hôpital.

Si ce mémoire a pris position sur ces sujets, le plus important n'est pas de suivre les options qu'il suggère, mais bel et bien de mettre le sujet sur la table des décideurs hospitaliers dans chaque hôpital, de choisir des options cohérentes, et de les suivre jusqu'au bout.

²⁵ LUGINSLAND, Marie, Cadres jusqu'au bout de la nuit, Soins et management, janvier 2016.

²⁶ VERDIER, Cécile, Le cadre de santé en poste de nuit, générateur de cohérence managériale, Soins n. 37, 2015.

Au-delà de l'organisation du travail, la nuit gagne à être irriguée de projets et démarches en tous genres (partie 4).

IV) Développer le « réflexe nuit » au sein de la communauté hospitalière pour irriguer la nuit de projets

La plupart des acteurs qui se sont vus demander dans le cadre de ce mémoire quels projets relatifs à la nuit ils ont mis en œuvre ou vu mettre en œuvre, ont fait ces deux réponses :

- ❖ Il y a très peu de projets institutionnels en lien avec la nuit, et certainement insuffisamment.
- ❖ Les projets les plus fréquemment cités considèrent la nuit comme un gisement de temps soignant et consistent en un basculement de tâches logistiques ou administratives des soignants de jour aux soignants de nuit (ménage, mise à jour de la pharmacie, préparation des dossiers...) Si de tels basculements de tâches peuvent avoir du sens, ils ne doivent pas constituer l'alpha et l'omega de la vision institutionnelle sur la nuit.

Tout l'enjeu, dès lors, est de lancer des projets qui **redonnent du sens au travail de nuit et améliorent la qualité du travail et des soins la nuit.**

La thèse que défend ce mémoire est qu'il faut à cet égard:

1. Avoir le « réflexe nuit » quand on mène n'importe quel projet, et se demander comment le décliner la nuit (conception intégratrice de la nuit)
2. Mettre en place des projets propres à la nuit (conception autonomiste de la nuit)
3. Et ce, à tous les niveaux :
 - à l'échelle d'un service (équipe médico-soignante, cadre, chef de service)
 - à l'échelle d'une direction fonctionnelle (toutes sont plus ou moins concernées)
 - à l'échelle de la Communauté hospitalière entière (et notamment médicale).
4. Dans tous les cas, en intégrant les acteurs du travail de nuit.

A. Des projets à l'échelle d'un service pour adapter la marche du service au rythme et aux besoins des patients

Les trois exemples ci-dessous montrent l'intérêt, à l'échelle d'un service ou d'un pôle, d'un projet fait en rapport avec la nuit, qui améliorent la qualité des soins de nuit.

1) Exemple : Visite h24 en réanimation

Le service de réanimation de l'hôpital de La Rochelle a inscrit dans son projet de service la mise en place de visites h24. En ceci, il s'inscrit dans une tendance mondiale des services de réanimation²⁷, étayée par la recherche.

L'intérêt est évident : permettre aux familles de voir leurs proches la nuit est essentiel en cas de fin de vie par exemple, notamment pour des proches qui habitent loin du patient ou qui travaillent le jour.

Plus qu'une simple décision de service, cette ouverture 24h/24 emporte de lourdes conséquences

- ❖ au niveau organisationnel : cela signifie que les équipes doivent également être disponibles la nuit pour échanger avec les proches.
- ❖ Au niveau de la sécurité : cela multiplie les allées et venues à un moment où l'hôpital en connaît très peu

²⁷ Le site <https://www.ouvrir.org/> créé par des médecins anesthésistes réanimateurs présente cette démarche et vaut le détour.

Il convient toutefois de noter qu'il s'agit là, dans le cas rochelais comme ailleurs, d'automatiser une pratique qui se faisait déjà auparavant famille par famille.

Si cette automatisation touche aujourd'hui les services de réanimation, rien n'interdit d'envisager qu'elle touche ensuite d'autres services particulièrement concernés par la fin de vie comme la pneumologie et l'oncologie, où déjà aujourd'hui les visites de nuit au cas par cas sont fréquentes.

2) Exemple : tisane du soir.

Un service médicosocial de l'hôpital de La Rochelle, une Maison d'Accueil Médicalisée (MAS), a inscrit dans son projet de service et mis en place une **tisane du soir** à 22h. L'idée est de proposer aux résidents encore éveillés une tisane et un biscuit, dans une salle commune.

Cela a nécessité de modifier les horaires habituels des tournées des soignants et les prescriptions médicamenteuses des médecins, mais permet aujourd'hui d'offrir aux résidents un moment de socialisation et de partage avant d'aller se coucher.

3) Exemple : travailler sur les changes de nuit.

Chaque nuit, une situation se pose aux soignants que l'on peut apparenter à un dilemme : en milieu de nuit, si un patient vient enfin de s'endormir d'un sommeil réparateur mais est souillé, faut-il le changer, quitte à le réveiller ? Il faut alors mettre dans la balance :

- ❖ D'un côté part le risque d'inconfort, d'infection, d'insatisfaction du patient au réveil.
- ❖ D'un autre le risque que le patient se rendorme difficilement.

Il apparaît que les pratiques des soignants sur le sujet sont très différentes.

A la question « comment procédez-vous aux changes en milieu de nuit », les réponses sont les suivantes au sein du questionnaire quantitatif :

- ❖ 67% « Je les change systématiquement ; il ne faut pas laisser un patient souillé » :
- ❖ 5% « Je les laisse dormir : il ne faut pas réveiller un patient qui dort »
- ❖ 28% « Je fais au cas par cas et peux adopter l'une ou l'autre de ces conduites en fonction de la situation »

Si seuls 28% des soignants optent pour cette dernière option, elle est clairement préférable.

Le nombre de soignants qui font au cas par cas augmente chez les fixes de nuit (60%) et est plus faible chez les tournants occasionnels (17%) ce qui va dans le sens de l'hypothèse selon laquelle les fixes de nuit développent des pratiques soignantes plus adaptées à la nuit.

Cette question mérite de mettre en place des formations et des conduites à tenir clairement définies au sein des services.

B. Décliner les projets et dispositifs de l'équipe de direction à la nuit: développer le « réflexe nuit » et une heuristique de la nuit

1) Qualité et gestion des risques : la nuit doit être vue comme un angle fertile pour améliorer les organisations, et notamment en suivant la conception autonomiste

Le réflexe nuit peut inspirer à bien des égards une équipe qualité gestion des risques.

☞ Premièrement, le **système de mesure de la sécurité des soins** doit prendre en compte l'activité de nuit : à la fois les risques propres à la nuit et la manière de gérer la nuit des risques qui peuvent subvenir de jour comme de nuit. C'est nécessaire : la robustesse d'un système de sécurité est ramenable à la robustesse de son maillon le plus faible ; la nuit peut être, si on n'y prend garde, ce maillon le plus faible.

Concrètement, la réalisation d'une **cartographie des risques sur la nuit** peut être une démarche fertile. Pour cela, il faut déjà que les formulaires d'évènements indésirables comportent une case « jour/nuit » : cela permet de faire des extractions sur les EI survenus la nuit.

Par exemple, sous l'impulsion du comité hémovigilance, l'hôpital de La Rochelle a limité à son strict minimum le recours aux transfusions la nuit, après s'être rendu compte que les transfusions nocturnes étaient souvent moins sécurisées car une transfusion nécessite de la part de l'IDE du temps sans interruption, une concentration accrue et un recours rapide à un médecin en cas de besoin.

La présence médicale la nuit (comme le weekend) est également un sujet fort de continuité des soins : le recours aux médecins d'astreinte ou de garde est-il performant ? Est-ce également le cas pour les patients hébergés dans d'autres services que ceux de leur spécialité médicale ?

☞ La **gestion documentaire** gagne elle aussi à s'imprégner du « réflexe nuit » : il peut être intéressant, en parcourant les procédures d'un hôpital, de se demander lesquelles sont applicables ou non la nuit.

☞ La distillation progressive d'une **culture de management par la qualité**, objectif des démarches qualité et notamment de la certification, ne doivent pas délaisser les agents de nuit. Comme le détaille le Dr Christine Mangin, médecin qualité à la Direction de l'Organisation Médicale et universitaire (DOMU) aux hôpitaux de Paris (APHP), cela peut passer par l'implication de l'encadrement de nuit, des déplacements de l'équipe qualité sur des horaires adaptés, des formations sur des horaires spécifiques.

L'hôpital européen George Pompidou à Paris a par exemple créé pendant la préparation de sa certification HAS V2014 des évènements « les 24h de la Qualité » avec des stands et des évènements pendant 24h, permettant ainsi de toucher l'ensemble du personnel.

☞ Le **recueil de la satisfaction des patients** gagnerait également à être davantage à l'écoute des problématiques liées à la nuit. Par exemple, le questionnaire de satisfaction porte-t-il des items relatifs à la nuit ?

☞ Le **manuel Qualité utilisé pour la certification V2014**²⁸ ne mentionne pas une seule fois le mot « nuit ». Seules les références au terme de continuité créent indirectement une exigence sur l'activité de nuit. A mon sens, ne pas faire de focus sur la nuit au sein de la certification HAS, dont l'objectif est pourtant de multiplier les angles sur l'hôpital pour améliorer la qualité par autant de moyens que possible (c'est tout l'enjeu des 24 processus et 80 thématiques qui structurent la certification) est une carence de taille. Le minimum, dans la lignée de la conception intégratrice de la nuit, serait d'engager les acteurs des démarches qualité (pilotes de processus et experts visiteurs) à avoir le « réflexe nuit » au moment de mettre en œuvre ou d'auditer leur processus. Mais ce n'est pas le cas. C'est même encore moins le cas qu'auparavant : jusqu'à la V2010, les experts visiteurs réalisaient une visite de nuit dans les services ; cette habitude n'est plus systématique depuis la V2014. A mon sens, il serait même bénéfique d'aller plus loin et d'avoir une partie de la certification dédiée à la nuit, dans la lignée autonomiste du cadre d'analyse de ce mémoire. L'amélioration globale de la qualité du travail et des soins la nuit, telle que ce mémoire le défend, peut même faire l'objet d'un processus qualité à part entière.

2) Formation : travailler sur l'accès à la formation des fixes de nuit et créer des formations sur le travail de nuit

La politique de formation peut agir sur trois axes pour participer à un accompagnement efficace du travail de nuit.

²⁸ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

C'est le même que le manuel utilisé pour la V2010 : il s'appelle donc V2010 mais est en vigueur pour la V2014

☞ Premièrement, si un établissement comporte des agents fixes de nuit, il est intéressant de comparer l'accès à la formation des fixes de nuit et de la population soignante générale, au moyen d'une extraction RH. L'éloignement de la vie du service et de l'institution, qui risquent d'arriver quand on est fixe de nuit, peuvent se traduire en formation en moins (que ce soit par manque de demande des agents ou de priorisation du cadre) ; or, la formation est justement cruciale pour ces agents qui ne bénéficient pas de la mise à jour quotidienne des connaissances qu'offre la proximité avec les nombreux collègues de jour. La mise en œuvre d'un dispositif de « X jours de jour » facilite l'accès à la formation : on peut programmer des journées de formations sur ces journées où les fixes sont de toute façon de jour. Par ailleurs, les formations en e-learning en plein essor trouvent ici un terrain tout indiqué : se former sur son ordinateur aux horaires de son choix est parfaitement adapté aux contraintes d'un agent fixe de nuit.

☞ Deuxièmement, on peut également créer des actions de formation sur le contenu du travail de nuit, ce qui permet de redonner du sens au travail de nuit et d'assurer que tous les agents qui travaillent la nuit y soient performants (même, par exemple, ceux qui tournent entre jour et nuit et qui autrement risqueraient de moins se poser la question de la spécificité du soin la nuit).

☞ Enfin, la formation initiale a également vocation à prendre en compte le travail de nuit. Il n'existe pas aujourd'hui de cadre national imposant le nombre d'heures qu'un élève infirmier ou aide soignant doit faire de nuit pendant ses stages. Il n'existe pas dans tous les IFSI de cours de sensibilisation sur les spécificités du travail de nuit. Pourtant, de telles actions sont utiles pour faire découvrir ce monde à tous les futurs soignants.

3) Travaux, services techniques, équipement et patrimoine : avoir le réflexe nuit

De manière générale, intégrer des agents à la réflexion sur les nouveaux locaux et équipement est important : cela permet aux locaux et au matériel d'être adaptés aux besoins des utilisateurs, ce qui passe souvent par la prise en compte de détails que ceux-ci sont les mieux à même de rapporter.

Plus particulièrement, et c'est le point de ce paragraphe, il est nécessaire de penser à l'utilisation nocturne des locaux et équipements, qui sont souvent bien différents de leur utilisation diurne. Les quelques exemples ci-dessous l'illustrent.

☞ La place de la salle de soins, élément toujours crucial de l'architecture d'une unité pour assurer la sécurité des soins, doit être prévue pour le moment où il y a un seul binôme ou une seule personne la nuit.

☞ Les mécanismes d'allumage des lumières doivent être pertinents la nuit : il est inutile d'allumer toute une aile ou toute une cage d'escalier (et générer ainsi une gêne pour les patients ainsi qu'un coût économique et écologique) si quelqu'un y fait quelques pas.

☞ Les mécanismes d'ouverture des portes doivent rendre possible un délicat équilibre entre surveillance des patients et respect de la vie privée. Ainsi, une porte dont l'ouverture génère un bruit important n'est pas du tout adaptée à la nuit : le moindre coup d'œil des soignants risque de réveiller les patients.

4) Communication interne : communiquer envers la nuit, valoriser la nuit

Un responsable de communication interne au sein d'un hôpital peut lui aussi se demander comment adopter le « réflexe nuit ». A cet égard, deux questions paraissent importantes.

☞ Premièrement, les canaux de communication institutionnelle, quels qu'ils soient, atteignent-ils les agents de nuit ? Cela s'inscrit idéalement dans une évaluation plus large de l'efficacité des canaux de communication²⁹ (note de service, journal interne...). L'hôpital de Rochefort a par exemple développé un canal spécifique à la nuit : un portail au sein de l'intranet comporte les plannings de nuit, procédures spéciales

²⁹ LIBAERT, Thierry, WESTPHALEN, Marie-Hélène, *Communicator*, Dunod, 2012.
Quentin Garnier - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique 2018

à la nuit , des messages de la direction des soins... Contrairement à l'intuition qui était la mienne au moment de commencer ce mémoire, les agents fixes de nuit ne manquent pas d'information sur la vie de l'hôpital. Les moments de creux dans l'activité de soins, qui arrivent la nuit, sont souvent pour eux l'occasion de lire ou relire les documents institutionnels pour compenser leur éloignement du service (notes de service...), que les agents de jour ne lisent pas forcément.

☞ Deuxièmement, il peut être utile de communiquer sur la nuit pour jeter la lumière sur le travail de nuit. Par exemple, bien peu de professionnels ou de patients ont une idée claire et exhaustive des professionnels qui sont présents la nuit à l'hôpital : faire leur inventaire par le biais d'un article ou d'une exposition photo peut être une démarche intéressante.

5) Risques professionnels et santé au travail : assurer un suivi particulier sur la nuit

Le code du travail comporte des dispositions protectrices des travailleurs de nuit -notamment un rythme plus élevé de suivi médical par le service de santé au travail. Elles ne sont pas applicables dans la fonction publique, pour laquelle une telle disposition existait jusqu'à la loi du 8 août 2016 (visite tous les 6 mois) : maintenant, cette disposition a été abrogée (contexte de pénurie de médecins du travail) et c'est aux hôpitaux de déterminer eux-mêmes si les travailleurs de nuit doivent faire l'objet d'un suivi renforcé. C'est évidemment essentiel.

Si le droit de la fonction publique définit un travailleur de nuit comme un agent qui fait plus de 90% de son temps de travail de nuit, le suivi renforcé doit aussi concerner les agents qui font régulièrement des nuits - par exemple, tous ceux qui font plus de la moitié de leur temps de travail la nuit.

Outre le suivi médical, les SST peuvent ainsi prodiguer une information et des formations spécifiques sur les risques encourus, l'hygiène, le sommeil, les modalités d'exposition à la lumière, la nutrition³⁰. La HAS a mis en place en 2012 des recommandations sur le contenu de cette visite^{31,32}.

Il a été proposé plus haut que la DRH mette en place des sortes de » contrats de nuit » à durée déterminée et renouvelable pour les fixes de nuit. Il peut être cohérent de prendre l'avis du médecin du travail avant de renouveler un tel « contrat » interne.

Exemple de levier pour agir sur la santé au travail des agents de nuit : favoriser une nutrition saine

Une bonne nutrition est essentielle pour contrebalancer les effets de la fatigue et les impacts du travail de nuit sur la santé. L'hôpital peut faire en sorte que les agents de nuit disposent d'une collation saine (exemple : fruits à volonté), ce qui représente un investissement raisonnable pour la santé de ses travailleurs.

6) Logistique

En ce qui concerne la logistique également, le « réflexe nuit » peut conduire à des actions pertinentes. Deux points paraissent importants à cet égard :

- ❖ Vérifier l'accès à l'ensemble du matériel la nuit. La nuit, comment faire pour accéder à un repas, un médicament, un outil... ?

³⁰ L'INRS a par exemple créé une brochure de sensibilisation : www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206305 [dernière vision le 3 août 2018]

^{f31} HAS, mai 2012, Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit.

³¹ HAS, mai 2012, Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit.

- ❖ Répartir judicieusement les tâches logistiques et de nettoyage à faire le jour et celles à faire la nuit. S'il est possible de donner à la nuit des tâches qui délestent les soignants de jour, cela doit se faire de manière limitée dans un système avec des fixes de nuit.

7) Affaires médicales

Aux affaires médicales également, deux points cruciaux doivent être suivis de près en rapport avec la nuit, en lien avec la Commission d'organisation de la permanence des soins :

- ❖ Le suivi des gardes et astreintes des médecins et de leur nécessité
- ❖ Le suivi du travail des internes, particulièrement présents la nuit

C. Porter au niveau médical, soignant et administratif des projets de prise en charge relatifs à la nuit

Considérons les sujets suivants qui représentent un enjeu fort en terme de qualité des soins :

- ❖ Le sommeil la nuit
- ❖ Le respect des droits fondamentaux la nuit (vie privée, intimité, visites)
- ❖ La prise en charge de la douleur la nuit.
- ❖ La fin de vie la nuit

Sur ces sujets, la responsabilité est éparpillée, et où la balle est en partie dans le camp médical. L'exemple suivant, relatif à la douleur, le montre.

L'intérêt d'une démarche globale sur la nuit à l'hôpital :
L'exemple de la prise en charge de la douleur la nuit

Spécificité des patients la nuit : davantage d'angoisse et de solitude, ce qui génère davantage de douleur
Spécificité de l'activité la nuit : soient 1 IDE, 1 AS pour 30 lits (service de médecine classique) ; absence de l'équipe médicale qui connaît le patient ; recours possible à l'interne de garde qui n'a pas forcément une grande connaissance en prise en charge de la douleur de patients hospitalisés.

Alors, comment faire en sorte que la douleur soit efficacement prise en charge la nuit ? plusieurs facteurs entrent en jeu :

- ❖ **Impact du modèle de travail de nuit** : si les soignants sont fixes de nuit, ils n'ont pas forcément échangé récemment avec les médecins qui prennent en charge ces pathologies, et risquent donc de manquer d'informations; s'ils tournent, ils ne sont pas forcément spécialistes des soins de nuit et risquent donc de laisser passer des signaux faibles de la part du patient
- ❖ **Impact de l'organisation des transmissions** : le matin précédent, l'équipe de nuit a-t-elle fait remonter la douleur du patient lors de la nuit précédent? Cette information est-elle remontée jusqu'au médecin ?
- ❖ **Impact de l'organisation médicale** : les praticiens du service ont-ils l'habitude de faire des prescriptions anticipées? L'interne est-il formé à la PEC de la douleur la nuit ?
- ❖ **Impact de l'organisation logistique** : les médicaments permettant la prise en charge de la douleur sont-ils disponibles dans le service ou dans l'hôpital ?
- ❖ **Impact du plan de formation**: les agents ont-ils été formé à l'écoute du patient la nuit, à la prise en charge de la douleur la nuit ?
- ❖ **Impact de l'encadrement de nuit** : au vu de son œil sur toute l'institution, l'encadrement a-t-il fait remonter précédemment des situations où la douleur n'était pas prise en charge de façon optimale?
- ❖ **Impact de la cellule qualité-gestion des risques** : une analyse de risques a-t-elle fait apparaître le risque d'une prise en charge non optimale de la douleur la nuit ?

❖ **Impact du dispositif de communication interne:** si une action « douleur la nuit » est mise en œuvre, les équipes de nuit en sont-elles informées ?

Pour ces questions, **un suivi de projet au niveau de l'établissement** (idéalement, de la CME et de ses divers sous-comités, en lien avec les directions fonctionnelles concernées) est nécessaire.

D. Comment intégrer les acteurs de la nuit aux démarches projet ?

L'ensemble des démarches et projets évoqués ci-dessus ne doivent pas seulement être mis en œuvre pour la nuit mais également avec la nuit, c'est-à-dire en y intégrant les agents de nuit. Pour reprendre un exemple mentionné plus haut, même l'ingénieur travaux le plus impliqué ne peut pas imaginer seul comment la vie s'organisera dans un service dont un bâtit les plans, et peut donc utilement mettre des agents de nuit autour de la table.

Pour aller en ce sens, plusieurs actions sont envisageables.

☞ Premièrement, le rôle des cadres de nuit est essentiel : ils peuvent devenir des porte-drapeaux des enjeux et spécificités de la nuit et revenir à des réunions de jour pour représenter la nuit -après 15h, les jours où ils travaillent.

☞ Deuxièmement, favoriser les liens et les échanges entre agents de nuit et de jour au niveau d'un service est essentiel. C'est là de la responsabilité du cadre de l'unité de créer des temps d'échanges sur toutes les dimensions du travail³³, incluant les agents de jour et de nuit. Cela permet de créer du lien entre jour et nuit³⁴.

☞ Troisièmement, des projets impliquant fortement la nuit peuvent aussi prendre l'avis des agents de nuit, en mobilisant des volontaires (toujours après 15h) ou en utilisant des solutions informatiques (questionnaire en ligne, forum de discussion en ligne...).

E. Quel pilote pour la nuit ?

Qui, à l'hôpital, peut ou doit lancer de telles démarches ?

☞ Cette question est complexe car, on l'a vu dans ce mémoire, la responsabilité de l'action sur la nuit est à cheval sur les périmètres de la DRH, la direction des soins, la direction qualité, la CME, la CSIRMT, la CDU... Et les acteurs potentiellement impliqués sont ni plus ni moins que... tout acteur de l'hôpital.

☞ En fait, n'importe lequel de ces professionnels/entités peut mener une telle politique mais il doit alors y intégrer tous les autres. Se dégage la nécessité d'une démarche globale sur la nuit. C'est pourquoi il y a un intérêt réel à s'appuyer sur une méthodologie qualité pour mettre en œuvre cette démarche, même si la direction qualité n'est pas forcément en tête de pont.

☞ Somme toute, c'est une démarche qui peut aussi être insufflée par la Direction générale, et ce pour plusieurs raisons

- ❖ Conceptuellement, elle touche directement aux 3 entités qui forment l'hôpital : le patient ; le professionnel ; l'institution dans son ensemble.
- ❖ Symboliquement, elle affirme l'intérêt de la Direction pour la globalité de l'hôpital, y compris la nuit
- ❖ Opérationnellement, elle nécessite de mettre autour de la table des acteurs, dont presque tous les directeurs fonctionnels, la direction des soins, des médecins

³³ Yves CLOT parlerait d'échange sur le « cœur du travail » ; CLOT, opus cité.

³⁴ PERRAUT SOLIVERES, opus cité.

Conclusion

☞ En conclusion, à l'heure où l'attention des décideurs hospitaliers se concentre souvent sur le virage ambulatoire, ce mémoire affirme la nuit comme sujet stratégique de l'hôpital :

- ❖ Il propose aux acteurs hospitaliers de mieux connaître les spécificités du travail de nuit, des soins de nuit et de l'environnement hospitalier de nuit, ce qui justifie la conception autonomiste de la nuit
- ❖ Il souligne que la nuit est un gisement de qualité des soins et du travail, et par là de performance, et donc que la conception réductrice de la nuit n'a pas lieu d'être
- ❖ Il dresse des pistes pour permettre aux directions hospitalières d'organiser le travail de nuit au mieux : agents fixes ou tournants ; plannings adaptés ; rôle de l'encadrement ; le tout dans une recherche d'équilibre entre intégration et autonomie de la nuit hospitalière
- ❖ Il incite chaque acteur hospitalier et la communauté hospitalière dans son ensemble à développer le « réflexe nuit » et irriguer la nuit de projets locaux ou institutionnels

☞ A long terme, l'hôpital peut également trouver de forts gains de performance à **repousser les frontières de la nuit**. Une fois qu'on a investi dans un ensemble de locaux et d'équipements, pourquoi les mettre en veille à partir de 16 ou 18h ? On peut imaginer des plateaux techniques ouverts jusque 21h ou 22h et des professionnels de santé (psychologues, assistantes sociales...) qui proposeraient des consultations en début de soirée. En plus d'une optimisation des locaux, cela serait bien plus pratique pour les agendas des patients, notamment les actifs. A cet égard, l'hôpital public doit prendre le train de l'optimisation nocturne en même temps que (voire avant ?) les cliniques privées. Parallèlement à cela, les hôpitaux de nuit se développent (unités sommeil,...) ; la montée en charge des hôtels hospitaliers crée un nouveau rôle nocturne à l'hôpital, celui de vigie extérieure prête à intervenir dans un environnement hôtelier voisin en cas de besoin. L'ensemble de cette dynamique de **développement de l'activité de soir** générerait des attentes plus élevées sur l'organisation nocturne et donnerait d'autant plus d'importance au « réflexe nuit » que ce mémoire propose de développer au sein de la prise de décision hospitalière.

☞ Cette réflexion hospitalière sur la nuit peut s'inscrire plus largement dans une dynamique **d'ouverture des services publics sur la question de la nuit** comme territoire qu'il s'agit de redécouvrir et de reconquérir. Par exemple, la mairie de Mannheim en Allemagne s'est dotée à partir du 1^{er} août 2018 d'un « **maire de la nuit** »³⁵, sorte d'adjoint au maire chargé des affaires nocturnes : il sera chargé de piloter des dossiers d'ordre public relatifs à la nuit (tapage nocturne, violences), de créer des dispositifs urbains adaptés aux spécificités de la vie nocturne (poubelles au pied des lampadaires...) mais aussi d'améliorer l'attractivité culturelle et économique de la ville. Dans une ville comme dans un hôpital, la nuit est un gisement de performance et d'attractivité du service public.

☞ Au-delà de la nuit, ce mémoire esquisse le squelette d'une **méthodologie de gestion hospitalière**, en plusieurs étapes :

1. Considérer un secteur ou un angle de la vie hospitalière, qui n'est pas sous l'angle des projecteurs institutionnels et pourrait contenir des gisements de performance
2. Découvrir pleinement sa vie, ses singularités, ce que l'on peut en tirer
3. Dresser des ponts entre ce secteur et l'ensemble des projets, mécanismes et dispositifs hospitaliers, dans un équilibre entre intégration à la vie institutionnels et préservation des éléments autonomes et singuliers.

³⁵<https://www.sueddeutsche.de/news/politik/kommunen-student-ist-erster-nachtbuergermeister-deutschlands-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-180719-99-224373> [dernière vision le 31 juillet 2018]; https://www.lemonde.fr/m-actu/article/2018/07/31/en-allemande-mannheim-a-desormais-son-maire-de-la-nuit_5337740_4497186.html [dernière vision le 31 juillet 2018]

Synthèse opérationnelle: 26 propositions pour la nuit à l'hôpital

En ce qui concerne la politique RH en général

1. Mettre en place des « contrats de nuit » limités dans le temps et suivis par l'encadrement
2. Faire venir les agents de nuit 30 jours de jour chaque année
3. Demander aux cadres de nuit de donner un avis aux cadres des unités sur leurs agents de nuit en vue de l'évaluation
4. Adapter les items de l'évaluation au travail de nuit
5. Mettre en œuvre des mesures de management qui favorisent l'implication des agents de nuit dans la vie institutionnelle : réunions institutionnelles et de service en fin d'après-midi ; communication de service via des livrets de service participatifs ; espace sur l'intranet comprenant les procédures importantes pour les agents de nuit et un forum pour les agents de nuit...
6. Créer des actions de communication interne qui mettent en lumière le travail de nuit

En ce qui concerne la politique de soins

7. Coconstruire et rédiger des documents qui définissent l'éthique et le cœur de l'activité de soins nocturnes (volets de fiches de postes, chartes, ...)
8. Définir une politique institutionnelle relative aux changes en milieu de nuit

En ce qui concerne les plannings

9. Au niveau national, poursuivre les travaux visant à trouver les plannings de nuit qui impactent le moins possible les agents (pourrait faire l'objet d'un travail

En ce qui concerne la satisfaction et l'expérience des usagers

10. Intégrer dans les questionnaires de satisfaction des items relatifs à la nuit
11. Mandater la CDU d'un travail sur l'expérience du patient la nuit à l'hôpital en vue d'établir un plan d'action coconstruit avec des usagers
12. Mettre en œuvre des espaces et des temps de divertissement et de socialisation le soir à l'hôpital (20h-21h): tisanes, interventions associatives...

En ce qui concerne la formation

13. Suivre l'accès à la formation des agents de nuit et le corriger s'il est insuffisant
14. Mettre en place des formations spécifiques à la nuit
15. Favoriser les formations en e-learning pour les agents de nuit
16. Créer un « parcours de nuit » au sein des formations initiales IFSI IFAS (nombre de jours de stage minimum, cours théoriques sur le sujet)

En ce qui concerne des thématiques globales de prise en charge

17. Créer un groupe « sommeil » sous l'égide de la CME, de l'encadrement paramédical et de la direction qualité
18. Créer un volet « nuit » dans le plan d'actions relatives à la douleur

En ce qui concerne la qualité

19. Réaliser des cartographies de risques de nuit
20. Réintroduire systématiquement une visite de nuit lors de la certification
21. Créer une thématique « nuit » dans l'approche processus de la certification

En ce qui concerne la qualité de vie au travail et la santé au travail

22. Intégrer la nuit dans le DUERP et réaliser une cartographie des risques professionnels de nuit
23. Autoriser et encadrer la sieste de nuit
24. Donner des collations saines aux agents de nuit
25. Effectuer un suivi SST ciblé des agents de nuit, les sensibiliser sur les pratiques favorisant une bonne santé

Bibliographie

Ouvrages

- ❖ CLOT, Yves, Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux, La Découverte, 2010.
- ❖ GWIAZDZINSKI, Luc, La nuit, dernière frontière de la ville, L'aube, 2001.
- ❖ LIBAERT, Thierry, WESTPHALEN, Marie-Hélène, Communicator, Dunod, 2012.
- ❖ PERRAUT SOLIVERES, Anne, Infirmières, le savoir de la nuit, Le Monde PUF, 2001.
- ❖ SAUVET, Fabien, RABAT, Arnaud, CHENNAOUI, Moudir, Guide pratique : gestion du cycle veille-sommeil en milieu militaire, IRBA, 2015.
- ❖ TREMBLAY, Michel, La mobilisation des personnes au travail, Racine du savoir, 2006.

Articles et revues

- ❖ AGOSTINI, Brigitte, Manager l'activité de nuit d'un établissement de santé, Soins Gérontologie n. 90, 2011.
- ❖ COSTE, Séverine, RATOVARIVO, Hanitra, Collaboration entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit, Soins Gérontologie n. 90, 2011.
- ❖ ESTRYN-BEHAR M., BONNET N. Travailler la nuit en 8, 10 ou 12 heures à l'hôpital, Masson, Paris, 2000.
- ❖ LUGINSLAND, Marie, Cadres jusqu'au bout de la nuit, Soins et management, janvier 2016.
- ❖ PERRAUT SOLIVERES, La nuit et l'institution, un mépris partagé, Gérontologie n. 116, 2006.
- ❖ VERDIER, Cécile, Le cadre de santé en poste de nuit, générateur de cohérence managériale, Soins n. 37, 2015.
- ❖ HOSPIMEDIA, Les urgences d'Évreux ont protocolisé les temps de sieste pour les médecins et soignant, 9 août 2018
- ❖ Revue du champ du social et de la santé mentale, n. 82, Le travail de nuit, Céméa Erès, 2004.

Rapports et recommandations institutionnels

- ❖ Rapport IGAS 2011, l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge.
- ❖ HAS, mai 2012, Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit.

Pages internet

- ❖ <http://alzheimer.ca/fr/nb/Living-with-dementia/Understanding-behaviour/Sundowning> [dernière vision le 27 juillet 2018]
- ❖ www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/mesure-experience-patient.pdf [dernière vision le 27 juillet 2018]
- ❖ <https://www.aphp.fr/patient-public/label-hospitalite> [dernière vision le 22 août 2018]
- ❖ <https://www.ouvrir.org/> [dernière vision le 22 août 2018]
- ❖ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf [dernière vision le 22 août 2018]
- ❖ www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206305 [dernière vision le 3 août 2018]
- ❖ <https://www.sueddeutsche.de/news/politik/kommunen-student-ist-erster-nachtbuergermeister-deutschlands-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-180719-99-224373> [dernière vision le 31 juillet 2018]
- ❖ https://www.lemonde.fr/m-actu/article/2018/07/31/en-allemand-mannheim-a-desormais-son-maire-de-la-nuit_5337740_4497186.html [dernière vision le 31 juillet 2018]

Conférences et manifestations

- ❖ L'hôpital, la nuit dans le halo du soin, Espace de réflexion éthique Nord Pas de Calais, 26 janvier 2016.
- ❖ Colloque du 9 novembre 2018 Sexualités en institution des élèves directeurs d'hôpital et d'établissements médicaux sociaux (EDH et ED3S) à l'EHESP.

Annexes

Annexe 1 – méthode suivie pour le mémoire

1. Découverte des enjeux : lecture bibliographie	Février	Manque de bibliographie
2. Cartographie des agents travaillant la nuit sur l'hôpital : DRH, CSP, DAM, DPP	Février	_demande GRH _RDV chaque CSP
3. Entretiens semi-directifs encadrement GHLR (DURQ + DRH + DAM + CGS + cadres sup + cadres de nuit + SST) + entretiens libres avec agents de nuit (« parlez-moi du travail de nuit. »)	Mars-mi avril	_RDV libre agents pour trouver enjeux _RDV semi-directif cadres sup' pour trouver enjeux
4. Ecriture et mise en œuvre d'un questionnaire agents	Fin Avril	Questionnaire agents quantitatif
5. Comparaison avec autre établissement ayant une organisation différente sur le jour/nuit	Mai-juin (prendre attache dès mars)	
6. Entretiens avec spécialistes niveaux national	Mai-juin (prendre attache dès mars)	
7. Comparaison avec secteur de la police	Mai-juin (prendre attache dès mars)	Prendre attache via la rochelle
8. Mise en forme finale	Juillet-Août	

Règles relatives aux entretiens terrain

Mémoire sur le management des agents de nuit à l'hôpital

Quentin Garnier

Elève directeur d'hôpital

Ecole des hautes études en santé publique – GH La Rochelle

Elève directeur d'hôpital à l'Ecole des hautes études en santé publique de Rennes(EHESP), je suis en stage à l'hôpital de La Rochelle.

Dans le cadre de cette formation et de ce stage, je réalise un mémoire de recherche sur le management des agents de nuit à l'hôpital.

Pour ce faire, je souhaite rencontrer des acteurs de terrain au sujet des conditions et des spécificités du travail de nuit. Je souhaite que ces rencontres, dont beaucoup se feront la nuit pendant les horaires de travail des agents, se fassent dans un cadre clair et transparent. C'est pourquoi ce document présente les règles qui encadreront mon travail de recherche :

- ✓ Accord de l'encadrement
- ✓ Anonymat
- ✓ Respect des obligations de service
- ✓ Entretien libre avec plusieurs agents volontaires, puis questionnaire papier distribué à maximum d'agents volontaires
- ✓ Aucun lien ne sera fait avec l'équipe de direction de l'hôpital
- ✓ Diffusion du mémoire aux personnes intéressées

Mémoire de fin de formation - directeur d'hôpital

Questionnaire à destination des agents

Bonjour,

Je suis élève directeur, en stage sur l'hôpital. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire sur la nuit à l'hôpital. C'est un exercice purement académique. Merci d'avance de vos réponses à ce questionnaire **anonyme et volontaire** que je fais en plus de nombreux entretiens en face à face. Pour répondre, vous pouvez remplir le questionnaire puis **le remettre dans l'enveloppe et me l'adresser par courrier interne**. Si vous voulez bien ne pas fermer l'enveloppe, je pourrai la réutiliser.

Quentin Garnier quentin.garnier@ch-larochelle.fr

1) Êtes-vous :

- Fixe de nuit
- Je tourne entre jours et nuits. Mon % de travail fait la nuit (environ) : _____

2) Quel est votre roulement de planning? (petite semaine/grande semaine, 3 nuits/3 repos, variable...)

3) Trois mots qui résument selon vous les besoins des patients la nuit à l'hôpital :

4) Trois mots qui résument selon vous le travail la nuit à l'hôpital :

5) Si vous êtes fixe de nuit (ou que vous faites plus de 50% de nuit), quelle en est la raison? (plusieurs réponses possibles)

- Arrangement personnel (vie de famille...)
- Intérêt du travail (autonomie, responsabilités ...)
- Ça a commencé pour une des deux raisons ci-dessus et maintenant je continue ainsi parce que c'est le plus simple
- Autres raisons : _____

6) Notez votre satisfaction sur le travail de jour et de nuit de 0 à 10.

Jour : 0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nuit : 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7) Qu'est ce qui, au vu de la situation actuelle, devrait être amélioré en priorité au niveau institutionnel? une réponse possible

- Améliorer la sécurité des soins à la nuit: présence suffisante de temps soignant, efficacité du recours au médecin d'astreinte ou de garde,...
- Améliorer le confort du patient la nuit : éviter le bruit, la lumière, limiter les entrées dans la chambre, ne pas réveiller trop tôt le matin...
- Valoriser le travail des agents de nuit : qualité de vie au travail, santé au travail...

- Améliorer le lien entre nuit et jour : lien avec le cadre, efficacité des transmissions, participation aux réunions du service, ...
- Autre : _____

8) Question spécifique : comment gérez-vous les changes en milieu de nuit ? (une seule réponse)

- Si le patient est souillé, je le change : il ne faut pas qu'un patient reste souillé
- Si le patient dort, je le laisse dormir et le changerai dès qu'il se réveillera : il ne faut pas empêcher un patient de dormir
- Je fais au cas par cas, et peux appliquer l'une ou l'autre des deux conduites ci-dessus en fonction de la situation

Commentaires : _____

9) Par rapport au travail de jour, le travail de nuit vous permet-il de vivre différemment les dimensions suivantes du travail soignant ?

	Sensiblement plus que le travail de jour	Plutôt plus que le travail de jour	Autant que le travail de jour	Plutôt moins que le travail de jour	Sensiblement moins que le travail de jour
Le lien au patient :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le maintien des compétences techniques :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intégration dans une équipe médico-soignante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'autonomie dans le travail :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des nouveautés et des découvertes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelles autres différences importantes voyez-vous entre travail de jour et travail de nuit?

10) Avez-vous d'autres points à partager sur le travail de nuit ?

11) Dans quel secteur travaillez-vous ?

- MCO
- Psychiatrie
- SSR, SLD et EHPAD

12) Êtes-vous

- IDE
- AS
- Autre

Merci pour vos réponses.

Annexe 4 – extrait des résultats du questionnaire

Les résultats du questionnaire (document excel + ensemble des questionnaires papier) sont disponibles sur demande.

Numéro	Fixe?	Satisfactio	Satisfactio	Améliorat	Changes	Lien au pa	Maintien	Intégratio	Autonomi	Nouveaut
1	Tournant (<30	9	5	Sécurité des	Si le patient est souillé, je	Sensiblement	Plutôt plus q	Sensiblement	Plutôt moins	F
2	Tournant (>60	8	8	Sécurité des	Je fais au cas	Plutôt plus q	Sensiblement	Plutôt moins	Plutôt plus q	Plutôt moins
3	Tournant (30-	8	4	Sécurité des	Je fais au cas	Autant que le	Plutôt plus q	Plutôt moins	Sensiblement	Autant que le
4	Tournant (<30	9	7	Sécurité des	Je fais au cas	Plutôt moins	Plutôt moins	Sensiblement	Plutôt plus q	Plutôt moins
5	Tournant (<30	7	8	Sécurité des	Je fais au cas	Autant que le	Sensiblement	Sensiblement	Sensiblement	Sensiblement
6	Tournant (<30	7	9	Confort du pa	Si le patient c	Sensiblement	Autant que le	Plutôt plus q	Plutôt plus q	Plutôt moins
7	Tournant (30-	8	7	Sécurité des soins		Autant que le	Plutôt moins	Autant que le	Autant que le	Sensiblement
8	Tournant (30-	6	7	Confort du patient		Plutôt plus q	Plutôt moins	Plutôt plus q	Sensiblement	Autant que le
9	Tournant (<30	6	4	Sécurité des	Si le patient dort, j'attends	Autant que le	Sensiblement	Sensiblement	Autant que le	F
10	Tournant (<30	8	5	Valoriser le t	Je fais au cas	Plutôt moins	Plutôt plus q	Autant que le	Plutôt moins	Plutôt moins
11	Tournant (<30	7	8	Sécurité des	Je fais au cas	Autant que le	Autant que le	Sensiblement	Sensiblement	Plutôt moins
12	Tournant (<30	5	5	Sécurité des	Je fais au cas	Autant que le	Sensiblement	Sensiblement	Sensiblement	Autant que le
13	Fixe	4	9		Je fais au cas	Sensiblement	Autant que le	Autant que le	Plutôt plus q	Plutôt moins
14	Tournant (30-	8	4	Valoriser le t	Je fais au cas	Plutôt moins	Sensiblement	Sensiblement	Plutôt plus q	Plutôt moins
15	Tournant (<30	7	9	Améliorer le	Si le patient €	Sensiblement	Plutôt moins	Autant que le	Sensiblement	Autant que le

Garnier

Quentin

Octobre 2018

Directeur d'hôpital
Promotion 2018

**La nuit à l'hôpital, un gisement de qualité des soins
et du travail**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

Dans ses efforts pour organiser l'hôpital, la gestion hospitalière aurait-elle délaissé la nuit ? Quel peut-être l'intérêt pour le décideur hospitalier de se pencher sur la nuit, d'en comprendre les enjeux et la singularité et de la considérer comme un angle d'amélioration de la performance hospitalière?

Pour mieux comprendre les tenants de la problématique étudiée, ce mémoire définit 3 manières qu'a le décideur hospitalier de considérer la nuit à l'hôpital : les conceptions restrictive, intégratrice et autonomiste. Ce mémoire plaide pour que les décideurs hospitaliers fassent de la nuit un sujet stratégique, en suivant un équilibre entre les conceptions intégratrice et autonomiste.

Pour poser les bases du terrain étudié, le mémoire caractérise les éléments suivants qui peuplent la nuit à l'hôpital et précise leurs spécificités par rapport au jour: les patients, l'activité, les professionnels, l'environnement professionnel, et enfin les représentations socioprofessionnelles entre jour et nuit (I).

Il est ainsi mis en lumière que la nuit peut constituer un gisement de qualité des soins et du travail soignant, et par là de performance hospitalière (II).

Sur cette base, deux points structurants relatifs à l'organisation du travail de nuit sont présentés : faut-il des agents fixes ou tournants ? faut-il un encadrement de nuit et quel rôle lui donner ? Le mémoire prend partie pour des agents fixes mais largement accompagnés et pour des cadres de nuit qui aient un rôle fort (III).

Enfin, le mémoire propose d'irriguer la nuit de projets, qui peuvent être globaux (agir sur le sommeil par exemple), concerner une direction fonctionnelle en particulier (toutes peuvent jouer un rôle à cet égard) ou être déployés à l'échelle d'un service. En somme, il s'agit de développer un « réflexe nuit » à l'hôpital (IV).

Mots clés :

Nuit ; hôpital ; qualité des soins ; organisation du travail ; qualité du travail ; qualité de vie au travail ; encadrement ; gestion hospitalière ; conception restrictive de la nuit ; conception intégratrice de la nuit ; conception autonomiste de la nuit ; réflexe nuit

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.