



**EHESP**

---

**Directeur des Soins**

Promotion : **2008**

Date du Jury : *septembre 2008*

---

**La permanence des équipes  
d'encadrement de nuit dans les CHU:  
quels enjeux pour le Directeur des  
Soins ?**

---

**Catherine Bartonicek**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes remerciements à tous les professionnels qui ont contribué à la réalisation de ce travail et m'ont permis de me préparer à ma nouvelle fonction.

Je remercie également mes proches pour leur accompagnement tout au long de ce projet.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Des facteurs déterminants les évolutions hospitalières .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Les pôles d'activités : une opportunité de modernisation et un risque de cloisonnement.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Un cadrage réglementaire .....	5
1.1.2 Une liberté encadrée mais réelle : l'enjeu des pôles .....	6
<b>1.2 L'enjeu d'une cohérence dans une vision polaire.....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Un enjeu de performance organisationnelle par une politique managériale.....	7
1.2.2 Un enjeu de qualité lié aux exigences croissantes des patients.....	8
<b>1.3 Un contexte démographique difficile prévisible pour 2012.....</b>	<b>9</b>
1.3.1 La perspective de départs massifs en retraite .....	9
1.3.2 La position des cadres de nuit .....	10
1.3.3 Le manque d'attractivité des postes des cadres de nuit.....	11
<b>2 Méthodologie de l'enquête.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Le cadre de la recherche.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Présentation des lieux de l'enquête .....	13
2.1.2 Les entretiens .....	15
2.1.3 L'analyse documentaire.....	16
2.1.4 Les limites et points forts de l'enquête.....	16
<b>2.2 L'analyse des résultats .....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Les résultats de l'analyse documentaire.....	17
2.2.2 Les résultats des entretiens .....	20
<b>2.3 Synthèse globale .....</b>	<b>25</b>

<b>3</b>	<b>Propositions d'actions.....</b>	<b>27</b>
3.1	La politique d'encadrement : une responsabilité du directeur des soins ...	27
3.2	D'autres pistes d'amélioration .....	28
3.2.1	Clarifier les rôles de l'encadrement .....	29
3.2.2	Pérenniser les moyens .....	29
3.2.3	Responsabiliser les acteurs.....	31
	<b>Conclusion.....</b>	<b>33</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>35</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AS : Aide Soignant

CME : Commission Médicale d'Établissement

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-technique

CTE : Comité Technique d'Établissement

CA : Conseil d'Administration

DRH : Directeur des Ressources Humaines

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CGS : Coordonnateur Général des Soins

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DS : Directeur des Soins

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EHESP : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

HAS : Haute Autorité de Santé

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

SIH : Système d'Information Hospitalier

## Introduction

Le travail de nuit, en particulier concernant les femmes, fait l'objet de textes de loi depuis 1892 où il était interdit, sauf dans les domaines de l'hygiène et de l'alimentaire. Dès 1982, la prise en compte de la pénibilité du travail de nuit se traduit par une réduction du temps de travail hebdomadaire à 35 heures. Cette mesure ne concernera le personnel hospitalier qu'à partir de 1991. Toutefois, différents protocoles sont signés entre 1988 et 1991. Ils concernent les conditions de travail du personnel hospitalier. Il s'agit des protocoles « Evin » du 20 octobre 1988, « Durafour » du 9 février 1990 et enfin du protocole « Durieux » du 15 novembre 1991. Ils donnent lieu à la circulaire du 23 décembre 1991 qui évoque les difficultés occasionnées par la charge psychique, la pénibilité de certaines situations de travail mais aussi, l'isolement professionnel des équipes de nuit. Pour réduire ces difficultés, cette circulaire précise l'intérêt de faire évoluer les relations entre des différents secteurs du milieu hospitalier : « aucune mesure nationale ne peut résoudre la difficulté de ces situations, car elles nécessitent une participation de l'ensemble des personnels hospitaliers (administratifs, soignants, médecins) à la définition de nouveaux modes de communication et d'organisation du travail ».

Ainsi, ces différents textes reconnaissent l'importance du travail de nuit, et montre l'intérêt de questionner ce sujet. De plus, le décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail au sein de la fonction publique hospitalière, s'attache à donner des garanties aux agents de manière à leur permettre de mieux harmoniser leur vie professionnelle, leur vie privée et réduit à 32h30 le travail de nuit. Toutefois, la création d'équipes soignantes de nuit, renvoie à des schémas organisationnels variés, liés aux contextes de chaque établissement. Actuellement, il existe deux formes d'organisations institutionnelles des équipes de nuit :

- Les 3X8 : qui désignent le travail suivant un roulement d'équipe, de matin, d'après midi puis de nuit. Ce mode d'organisation est courant en réanimation, et en psychiatrie.
- Le temps plein de nuit : agent travaillant uniquement de nuit.

Ce travail spécifique nécessite une organisation qui ne doit pas rompre avec la notion de continuité et de qualité des soins. Ainsi, notre questionnement portera sur l'encadrement de ces équipes.

En effet, l'encadrement de nuit est réalisé différemment d'un établissement à l'autre. La gestion des équipes de nuit peut être confiée à un cadre supérieur de nuit ou de jour, à des cadres de nuit ou au cadre de santé de jour de chaque unité de soins. Au vu, de la diversité des organisations de l'encadrement de nuit, nous avons fait le choix, dans notre recherche, de limiter nos investigations aux CHU pour tenter d'apporter une réponse à

notre problématique. Pour cela nous nous appuyerons, d'une part sur la circulaire du 14 mai 1991 relative à l'organisation des services hospitaliers d'accueil des urgences qui précise : qu'un « un cadre infirmier la nuit, les samedis, dimanches et jours fériés, s'il n'y en a qu'un pour l'hôpital, sera basé aux urgences. »<sup>1</sup>Cette circulaire indique que le rôle du cadre de santé de nuit est donc, principalement de gérer les flux de patients.

D'autre part, une enquête réalisée par le CHU de Strasbourg en 1996 auprès de 31 CHRU, a permis d'identifier les missions spécifiques du cadre de nuit. Celle ci a démontré que son rôle ne se limite pas à la gestion des plannings, ni à la substitution du directeur de garde, mais qu'il est bien considéré comme le référent immédiat des équipes de nuit et le garant de la continuité de la qualité des soins. Aussi, pour les 22 CHRU qui avait répondu à l'enquête, 21 CHRU ont des cadres de santé qui travaillent exclusivement la nuit. Celui ci a, pendant un temps conséquent de dix heures de travail, une responsabilité importante.

Toutefois, avec la réforme de la Gouvernance, un nouveau mode de management s'est mis en place dans les hôpitaux. La nouvelle Gouvernance a pour ambition première, de décloisonner l'organisation interne de l'hôpital en la simplifiant, pour lutter contre les rigidités et la balkanisation. Il est alors préconisé de créer des pôles d'activités. Ce changement concerne tous les acteurs de santé de l'hôpital, dont les cadres de nuit, et modifie l'organisation interne des services. En effet, l'organisation de l'hôpital en pôles d'activités gérés par un médecin assisté d'un cadre de santé et d'un cadre administratif, exige des changements relationnels, organisationnels et managériaux. Cela nécessite le développement d'outils de contrôles de gestion, mais aussi d'évaluation des risques, et d'évaluation des pratiques professionnelles, pour pouvoir mettre en œuvre des contrats de pôle. Ces changements, questionnent le jeu des acteurs, les pouvoirs établis, leur positionnement, leur zone d'autonomie. Ils imposent de redéfinir les missions, les rôles et fonctions de chacun.

De ce fait, la fonction de directeur des soins se voit aussi modifiée dans ses lignes hiérarchiques et fonctionnelles tout en étant le garant d'une cohérence institutionnelle. Il gère et manage des professionnels dans le domaine des compétences. Mais aussi, il met en adéquation les moyens humains (nombre, qualification, formation, management, évaluation) par rapport aux besoins, pour assurer la qualité des soins dans l'établissement. Le directeur des soins responsable de l'organisation des soins, doit développer une stratégie managériale visant à anticiper et accompagner les changements. Il est essentiel, qu'il identifie les phénomènes en jeu dans ces évolutions, et les besoins nouveaux qui émergent pour les inscrire comme une priorité dans la déclinaison et la mise en œuvre de sa politique de soins.

---

<sup>1</sup> République Française, 1991.- Circulaire n°91-34 du 14 mai 1991.

La dimension institutionnelle de l'encadrement de nuit est une opportunité pour le directeur des soins de renforcer le projet de soins au niveau de l'établissement et de favoriser la démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles. Souvent, nos organisations dans les CHU manquent de connections, de communication et de liens entre les pôles créant des dysfonctionnements dans la prise en charge transversale des patients. Or, le directeur des soins est le garant de la qualité et de la coordination des acteurs chargés des activités de soins. Cette mission, met en évidence l'importance de la transversalité qui fait appel à cinq mécanismes de coordination évoqués par H.Mintzberg comme étant « *l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, la standardisation des produits et des qualifications. On peut les considérer comme des éléments fondamentaux de la structure, la colle qui maintient les parties de l'organisation* ». <sup>2</sup>

De ce fait, notre réflexion sur l'encadrement de nuit nous permet de nous intéresser aux interfaces, aux zones sensibles et plus particulièrement à l'articulation entre l'activité de jour et l'activité de nuit; dans un environnement en mutation où la qualité de la prise en charge transversale des patients est un enjeu pour nos institutions.

Les constats initiaux, l'intérêt professionnel de la thématique et les premières informations recueillies nous amène à nous orienter sur la question de départ suivante :

### **En quoi la mise en place des pôles en CHU, interroge-t-elle son mode d'encadrement de nuit et la prise en charge transversale des patients ?**

Pour tenter d'apporter une réponse à cette question centrale, nous pouvons émettre les sous questions suivantes pour en apprécier ses différents aspects :

- dans cette réorganisation interne des hôpitaux, quels sont les enjeux pour le directeur des soins de maintenir une permanence de l'encadrement de nuit ?
- La permanence de l'encadrement de nuit contribue-t-elle à maintenir la qualité et la continuité des soins dans l'établissement ?
- Compte tenu de leurs responsabilités et de leurs missions transversales, les cadres de nuit favorisent-ils les projets institutionnels ?

Dans une première partie nous explorerons, les évolutions au sein des établissements, les enjeux et les conséquences pour les acteurs. Puis dans une seconde partie, nous envisagerons d'exposer et d'analyser les résultats issus de l'enquête menée, dans deux Centres Hospitaliers Universitaires, auprès des professionnels directement concernés par la thématique. Enfin, les éléments d'analyse nous permettront d'envisager un ensemble de préconisations ouvertes pour la fonction de directeur des soins.

---

<sup>2</sup> Mintzberg H., « Structure et dynamique des organisations » éditions d'organisation 2005 p19

# 1 Des facteurs déterminants les évolutions hospitalières

La santé est devenue une des préoccupations majeures des Français, mais aussi, un poste de dépenses considérables. Les CHU, par l'ampleur de leur budget, l'importance de leur rôle économique régional et la complexité de leurs organisations sont des acteurs importants du système de soins. Leurs contributions s'évaluent selon des critères de performance, d'efficacité, d'années d'expérience de vie gagnées, de traitement des maladies les plus rares et bien sûr d'innovation, même si leur financement pèse lourdement sur le budget de la nation. Les 31 CHU en France métropolitaine et aux DOM-TOM ont été créés par les ordonnances Debré de 1958 en leur associant les facultés de médecine, leur consacrant ainsi la triple mission : soins, enseignement et recherche.

Depuis la fin des années 1950, l'hôpital est une organisation qui connaît des réformes successives. « Les crises et les questions hospitalières sont centrées sur le financement des établissements, l'équilibre incertain des pouvoirs, l'occupation des espaces, les missions sociales de l'hôpital sans cesse à réajuster et à redéfinir ». <sup>3</sup>

Ainsi, l'hôpital est une organisation socio-technique complexe et soumise à des évolutions intenses. Les projets menés sont souvent nombreux et ambitieux.

## 1.1 Les pôles d'activités : une opportunité de modernisation et un risque de cloisonnement

### 1.1.1 Un cadrage réglementaire

La Nouvelle Gouvernance hospitalière conduit en particulier à la mise en place des pôles d'activité. C'est l'ordonnance du 2 mai 2005 qui « *constitue la première réforme de l'organisation interne des établissements publics de santé depuis la loi de la réforme hospitalière de 1991* »<sup>4</sup> ; dont les conséquences se traduisent par la création des pôles et par la contractualisation interne. La constitution de ceux-ci, vise à améliorer l'organisation des hôpitaux grâce, à une mise en commun des compétences et des moyens permettant l'ajustement permanent des ressources humaines, logistiques et architecturales aux besoins des patients. Il s'agit donc, de partager la contrainte de performance qui pèse sur

---

<sup>3</sup> SCHWEYER F.X : « l'hôpital, une transformation sans fin », Revue Soins, n°699, octobre 2005, page 34

<sup>4</sup> FAURE (A) « nouvelle gouvernance, inquiétude et espoirs des futurs acteurs », revue Gestion Hospitalière, janvier 2006, page 29

l'établissement par une contractualisation interne en rapprochant l'activité de gestion du centre opérationnel que constitue l'unité fonctionnelle.

L'organisation en pôles est obligatoire, hormis pour les hôpitaux locaux, et laissée à l'appréciation des établissements pour leur découpage. La création des pôles étant proposée par le Conseil Exécutif et validée par le Conseil d'Administration est conforme au projet médical de l'établissement.

Pourtant, il ne s'agit pas d'une réelle innovation dans la mesure où la loi du 31 juillet 1991 impulsait la déconcentration sous forme de départements. Toutefois, cette nouvelle culture de penser, l'évolution du système hospitalier, modifie les repères des acteurs et incite à une clarification des rôles et des missions de chacun dans son domaine d'activité. Cette transformation de l'organisation interne a une incidence sur la place des différents acteurs, leur perception du travail et sur les relations qu'ils tissent entre eux.

### **1.1.2 Une liberté encadrée mais réelle : l'enjeu des pôles**

Afin d'être dotée d'autonomie et de responsabilité, les pôles doivent être des structures homogènes d'activités de taille suffisante. Mais, leurs dénominations, leurs nombres et leurs tailles sont laissés à la libre appréciation des établissements en fonction de la géographie de l'établissement (construction pavillonnaire ou monobloc). Ainsi, un CHU peut présenter 14 pôles cliniques sans compter, le découpage en pôle médico-techniques, administratifs et logistiques. Or, les choix d'une structuration sont importants car ils auront directement une influence sur la performance. Pour une gestion optimale, le rapport du projet hôpital 2007 réalisé par Mrs Debrosse-Perrin-Vallencien préconisait un nombre de pôles inférieur à dix. En effet, plus le nombre de pôles augmentent, plus l'ensemble de l'hôpital sera hétérogène avec le risque de perdre en cohérence. Car, il s'agit bien de « *mettre en œuvre la politique de l'établissement déclinée au niveau de chaque pôle à partir des cinq axes de la performance : satisfaction des patients, performance économique, ressources et organisations, qualité des soins et partenariat de soins* »<sup>5</sup>. Pour réaliser ces objectifs, des procédures de contractualisation interne avec les pôles d'activités sont réalisées entre le directeur de l'établissement, et le praticien responsable de pôle et déclinés à travers une délégation de gestion.

De ce fait, les objectifs d'activité et de qualité ainsi que les moyens du pôle sont inscrits dans le projet de pôle. Ce contrat de pôle est suivi d'une évaluation permettant à l'équipe de direction de revoir les objectifs en cours d'exercice. Toutefois, pour porter un diagnostic sur la performance des pôles, il est nécessaire de développer des tableaux de

---

<sup>5</sup> LASCOLS S. Intitulé du cours : « la déconcentration de gestion : du contrat aux tableaux de bord ».EHESP, 2008.

bord d'activité pour avoir un suivi de la production et une connaissance des coûts afin de réaliser une évaluation médico-économique. Le but, étant de croiser une activité à des moyens et de connaître les axes d'amélioration possible.

Ce pilotage n'est rendu possible que si l'on dispose d'un système d'information hospitalier (SIH) performant et si l'on s'est interrogé sur le champ de la déconcentration. Ainsi, cette délégation oblige les acteurs à agir sur les interfaces, et à situer les directions fonctionnelles en terme d'accompagnateur et d'expert des orientations stratégiques, avec des outils de pilotage afin d'aider les pôles à des déclinaisons opérationnelles.

Cette évolution des structures organisationnelles s'accompagne d'une transformation du management hospitalier.

## **1.2 L'enjeu d'une cohérence dans une vision polaire**

Les réformes hospitalières nous interrogent sur les pratiques managériales dans un souci d'optimisation des organisations. La certification des établissements de santé induit une notion de concurrence en générant des comparaisons entre les établissements publics et ou privés.

### **1.2.1 Un enjeu de performance organisationnelle par une politique managériale**

Selon G.Barsacq, la performance hospitalière peut se décliner à partir de cinq systèmes de valeurs qui fondent l'hôpital moderne : « *la sécurité avec la notion de continuité des soins, l'évolutivité, la compétitivité, le dynamisme et la qualité* ».

Le management apparaît comme le fondement de la réussite des organisations. Il relève d'une stratégie, c'est à dire d'un plan concerté d'actions coordonnées par étape. Ceci, nécessite de se questionner sur l'ensemble de l'encadrement, compte tenu des caractéristiques de l'organisation que nous avons abordées ci-dessus. En effet, les cadres sont au cœur des systèmes de travail, en contact avec tous les partenaires et donc, en position de dégager les paramètres de la réussite. Ils assurent la mise en œuvre des projets institutionnels.

Nous voyons là, tout l'intérêt pour le directeur des soins, d'avoir une politique managériale basée sur les compétences des cadres et des objectifs négociés à atteindre. Cette dimension, devra rester le fil conducteur de toutes les stratégies d'actions du directeur des soins qui sera amené à concevoir des liens constants entre le niveau opérationnel et le niveau décisionnel.

Il convient donc, en tant que directeur des soins, de s'interroger sur notre politique managériale, et ainsi, d'optimiser la performance par une action collective. Or, l'action collective n'est pas un phénomène naturel, d'où la difficulté de sa mise en œuvre. Pour M. Crozier, il s'agit « *d'un construit social* » dont l'un des problèmes majeurs demeure avant tout la coopération.<sup>6</sup> Elle implique toujours la reconnaissance des relations de pouvoir et de dépendance et des contraintes qui en découlent.

Dans le même ordre d'idée, P. Morin considère que « *l'efficacité des organisations dépend de plus en plus des conditions de coopération qu'elles arrivent à mettre en place entre les individus qui la composent.* ». Pour lui, l'efficacité de toute organisation tient plus de la cohérence entre ses parties que de la qualité de chacune d'elle prise séparément.<sup>7</sup> Ainsi, nous retiendrons que, différentes logiques d'acteurs demeurent au centre des services et que les organisations hospitalières, qui bien que différenciées en pôles, sont d'une grande complexité au regard des acteurs qui y travaillent.

La cohérence apparaît alors, comme un élément essentiel de renforcement ou d'affaiblissement de la performance de l'organisation. Il s'agira notamment, d'optimiser le parcours et la prise en charge du patient grâce à un management efficient des soins.

### **1.2.2 Un enjeu de qualité lié aux exigences croissantes des patients**

On constate une demande accrue, de la part de beaucoup de patients, d'être considérés comme des acteurs de leur propre santé, d'être informés et de participer à la décision et au processus de soin. Cette demande trouve son prolongement dans l'affirmation de véritables droits de la loi du 4 mars 2002. Le législateur reconnaissant les patients comme acteurs majeurs du système de santé.<sup>8</sup> Ainsi, les organisations sont de plus en plus centrées sur des services destinés à des usagers clients, investissant le management de la qualité. La prise en charge jour/ nuit apparaît majeure. Dès lors, une coordination et un suivi global du parcours thérapeutique du patient s'imposent.

En effet, le patient-usager s'implique de façon croissante dans le fonctionnement des établissements par l'intermédiaire de ses représentants. L'enjeu est donc d'améliorer la prise en charge des patients.

Le cadre de santé est garant de cette qualité des soins et, doit s'assurer des bonnes pratiques en les questionnant, mais aussi contrôler, évaluer, proposer des améliorations et les faire adopter. L'HAS définit les EPP comme étant une démarche organisée d'amélioration des pratiques consistant à comparer régulièrement les pratiques effectuées

---

<sup>6</sup> CROZIER M. L'acteur et le système. Editions du seuil. Paris, 1992

<sup>7</sup> MORIN.P. Le manager à l'écoute du sociologue. Ed d'organisations. Paris, 2002

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

et les résultats obtenus avec les recommandations professionnelles. Il s'agit bien pour le cadre d'être au plus près des équipes afin d'avoir une vision des tâches réellement effectuées et d'analyser les écarts éventuels. Ainsi, le cadre mesurera la qualité des pratiques professionnelles vue sous le prisme, de la maîtrise des savoirs attachés à chaque profession.

Cette réflexion nous amène à dire, que le rôle du cadre de santé de proximité et le rôle du cadre de nuit n'est pas identique. Pour le premier, l'impact est direct et conduit à gérer la mise en place des procédures, des protocoles, de la formation et de l'évaluation des pratiques de l'unité fonctionnelle. Pour le second, il s'agit plutôt de coordonner globalement les activités de soins, au niveau d'un secteur géographique ou de l'établissement, en garantissant la sécurité et la continuité des soins. Le cadre de nuit a une fonction transversale par sa co-activité avec le cadre de jour. Communément, la transversalité se définit comme « l'état de ce qui est transverse, le fait d'être commun à plusieurs domaines. » Nous pouvons dire que le rôle du cadre de nuit consiste à créer des passerelles entre les services et les acteurs, où la mutualisation des compétences prend tout son sens dans un objectif commun et notamment celui de la prise en charge de la personne soignée.

### **1.3 Un contexte démographique difficile prévisible pour 2012**

L'augmentation des départs en retraite d'ici 2012 est une tendance générale, inéluctable touchant toutes les filières dans la fonction publique hospitalière. Ces départs représentent sur la période 2003-2015 : 41% des effectifs.<sup>9</sup>

#### **1.3.1 La perspective de départs massifs en retraite**

Le pic des départs devrait se situer en 2012, avec des tensions importantes dans certains métiers paramédicaux comme les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale mais aussi, les aides-soignants et les infirmiers avec des manques différents, selon les régions, les spécialités et les secteurs d'activité.<sup>10</sup> Même si d'après une projection, c'est la filière technique et ouvrière qui connaîtra proportionnellement le plus grand nombre de départs d'ici 2015 (58% de son effectif de base) puis la filière des services de soins (56%) puis la filière médico-technique (50%) et enfin la filière administrative (47%) ; des difficultés de recrutement et une

---

<sup>9</sup> ONEMFPH 2007 ENSP Tome 1

<sup>10</sup> SAE 2004

intensification de la concurrence entre établissements pour attirer les personnes semble un enjeu inévitable.

Concernant le personnel d'encadrement, des difficultés de recrutement se font sentir, encore plus, dans les petits établissements. Ainsi, le nombre de postes vacants de personnels paramédicaux est non négligeable et il risque d'augmenter. De plus, le métier d'encadrement souffre d'une faible attractivité.<sup>11</sup> Le départ massif, à la retraite, des cadres de santé pose le problème du recrutement pour le renouvellement des postes avec un impact important, sur les postes de cadres de nuit qui sont déjà peu prisés.

### 1.3.2 La position des cadres de nuit

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière identifie trois niveaux concernant les métiers de management : proximité, intermédiaire et stratégique.

Le management de proximité concerne les cadres de santé. Cela se traduit par la gestion d'une unité, d'une équipe de soins, avec des patients et des équipements. L'objectif général est de produire une prestation de soins dans un souci d'efficacité, nous sommes donc dans l'opérationnalité.

Le management intermédiaire avec les cadres supérieurs de santé, évolue avec la structuration en pôles. Ils ont : « *une fonction de régulation (contrôle et arbitrage des unités) et une fonction plus stratégique d'impulsion des orientations médico-soignantes du pôle.* »<sup>12</sup>

Le management stratégique est constitué par les directeurs de soins : « *la place et le rôle des directeurs de soins sont sans doute à redéfinir...la fonction hiérarchique, moins pertinente dans une structuration polaire où le centre de décision se déplace, doit sans doute évoluer vers une fonction, à la fois stratégique (impulsions des politiques, renforcement des liens avec le projet médical, création ou développement de réseaux de soins.. )* »<sup>13</sup>

Cependant, l'identification de ces niveaux varie en fonction de la position dans l'institution et des formes d'organisation du travail mais aussi sur le rapport que chacun de nous entretient avec le travail. La position institutionnelle des cadres de nuit peut s'apparenter à une position de cadres supérieurs du fait, de l'importance géographique que représente l'hôpital et de leurs missions. L'enquête réalisée, nous permettra de mettre en évidence quatre activités principales qui s'organisent autour de la gestion des ressources

---

<sup>11</sup> DRESS, n°37, juin 2002, p.24

<sup>12</sup> COUDRAY M.A., BARTHES R., Le management hospitalier à la croisée des chemins. Gestion hospitalière, janvier 2006, page 18.

<sup>13</sup> Ibid.p.4.

humaines, l'organisation et la qualité des soins, la gestion des incidents et événements indésirables, les relations avec l'institution et la direction des soins.

Il est important pour le directeur des soins de clarifier, de prendre en compte la place de chacun dans un management global au sein de l'institution.

Il lui est plus que jamais, nécessaire de donner un sens. Cette direction qui permet de fixer les orientations et qui permet aux acteurs de savoir où ils vont.

### **1.3.3 Le manque d'attractivité des postes des cadres de nuit**

Compte tenu du vieillissement de la population, et notamment des cadres, les établissements risquent de connaître des difficultés de recrutement, s'ils ne sont pas capables d'attirer des infirmières vers ces filières de formation. Ainsi, une politique de gestion prévisionnelle des compétences (GPEC) permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement. Le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulé V2007 préconise d'intégrer dans une GPEC une dimension qualitative (bilan de l'existant, facteurs d'évolution..) et également une dimension quantitative (pyramide des âges...) tout en favorisant la motivation des personnels. Or, certains établissements ont recours à de nombreux « faisant fonction de cadre de santé » plus, pour palier à des difficultés de recrutement et aux besoins de l'institution, que pour, répondre à une pédagogie de projet concertée. Cette situation est relativement fréquente sur les postes de nuit où l'attractivité est encore moins importante du fait, de la pénibilité du travail de nuit et des responsabilités liées à l'importance géographique de l'établissement.

Il apparaît nécessaire de maintenir un encadrement transversal de nuit pour répondre à la référence 27 du manuel de certification de la HAS qui précise « que des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en œuvre pour assurer la continuité des soins. »

Dès lors, la présence d'un cadre de nuit implique pour le directeur des soins de définir précisément les missions et les responsabilités qui lui sont confiées.

Ce premier temps de réflexion, basé sur notre expérience professionnelle, complété de lectures nous permet d'aborder maintenant l'enquête de terrain

## 2 Méthodologie de l'enquête

Le choix s'est porté sur une approche en deux temps qui permet de réaliser des liens entre la mise en œuvre et sa traduction écrite.

### 2.1 Le cadre de la recherche

Nous présenterons successivement les terrains de l'enquête, les personnes interviewées, puis le traitement des données pour aboutir aux points forts et aux points de progrès.

#### 2.1.1 Présentation des lieux de l'enquête

Le projet d'enquête a été présenté aux deux établissements retenus. Nous avons jugé opportun de mener notre étude dans des établissements de statuts identiques c'est à dire des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de tailles similaires.

- le 1<sup>er</sup> établissement est un CHU d'une capacité de 1500 lits et places répartis sur deux sites. Il compte 4700 agents dont 500 agents de nuit. Nous l'avons dénommé CHU 1. Il est composé de 14 pôles d'activités cliniques et médico-techniques et 2 pôles logistiques, un pôle administratif et un pôle formation.

La direction des soins est assurée par un coordonnateur général des soins, entouré de 3 directeurs des soins et 20 cadres supérieurs de santé (CSS) dont certains ont des missions transversales ( qualité, SIIPS, réseaux...), et 50 cadres de santé dont 5 cadres de nuit.

- Le 2<sup>ème</sup> établissement est un CHU situé dans une autre région d'une capacité d'accueil de 2000 lits sur trois sites avec 5300 agents dont 700 agents de nuit. Celui ci sera appelé CHU 2. Il compte 10 pôles cliniques et médico-techniques et 2 pôles logistiques, un pôle administratif et un pôle formation.

Le coordonnateur général est assisté par 4 directeurs de soins, 25 cadres supérieurs de santé dont certains ont des missions transversales, et 90 cadres de santé dont 3 cadres de nuit.

Nous pouvons constater que les ressources humaines de ces établissements sont relativement différentes, même si l'écart du nombre total de lits est de 500. L'éclatement géographique des sites peut expliquer cette différence. Toutefois, le taux d'encadrement entre les 2 établissements reste proche pour les CSS, mais représente un écart de 43 % pour les cadres de santé de jour, et presque le double pour les cadres de nuit.

La volonté institutionnelle commune aux deux établissements a été de maintenir une permanence de l'encadrement de nuit en argumentant, que la dimension institutionnelle qui est attendue, serait mieux structurée par la présence continue des cadres de nuit.

Il nous semble alors important, de présenter le fonctionnement et l'organisation de cette permanence de l'encadrement de nuit dans les 2 établissements :

- Quelques éléments relatifs à l'encadrement de nuit dans le CHU 1 :

Le Coordonnateur Général des Soins (CGS) est dans l'établissement depuis 2 ans avec une équipe de 3 directeurs des soins responsables d'un secteur géographique. Les cadres de nuit sont sous la responsabilité du CGS.

L'encadrement de nuit est composée de 4 cadres volontaires qui sont sur une base contractuelle de 2 ans et d'1 cadre faisant fonction qui prépare le concours de cadre.

Ils sont responsables chacun d'un secteur géographique. Ils gèrent les plannings des équipes fixes de nuit avec un pool de remplacement composé de 10 IDES et 8 AS. Par ailleurs, ils tournent à tour de rôle sur le secteur des urgences selon un planning mensuel validé par le CGS et l'organisation est faite pour que le « faisant fonction de cadre » ne soit jamais seul sur l'établissement. Les horaires des cadres de nuit sont répartis selon l'effectif présent, un cadre de 20H à 6H pour gérer l'absentéisme du soir, et un autre de 21H à 7h.

Afin d'assurer une attractivité des postes de nuit, une charte du travail de nuit a été élaborée en 2007 précisant : l'organisation du travail, les conditions de travail et l'attractivité. Cette charte a permis de redéfinir et de clarifier le rôle du pool de suppléance de nuit, les modalités d'intégration des agents de nuit...

Il a été défini un profil de poste des cadres de nuit en 2005 dont la mission principale est de prendre « les mesures utiles pour garantir la présence du personnel paramédical au sein des unités de soins » afin d'assurer la permanence des soins 24h sur 24h.

Une valise de garde est à leur disposition. Elle contient un cahier de transmissions , un téléphone portable, des protocoles administratifs, les tableaux de garde et d'astreintes. Par ailleurs, des réunions mensuelles sont organisées entre le CGS, les directeurs de soins et les cadres de nuit de 15h à 17h00 pour faciliter le repos de ces derniers.

- Eléments relatifs à l'encadrement de nuit dans le CHU 2 :

Le CGS est présent depuis 7 ans et il est assisté par 4 directeurs de soins responsables d'un secteur géographique.

L'encadrement de nuit est composé de 3 cadres de nuit, volontaires qui sont sur une base contractuelle de 3 ans. Ils travaillent de 20h à 6h avec un CSS de jour en mission

transversale, rattachée à la direction des soins comme référent hiérarchique qui est présent de 14h à 22h. Il existe un pool de suppléance de 2 IDE et 2 AS géré par le CSS pour l'absentéisme ponctuel.

La problématique de l'encadrement de nuit s'est posée en 2002 où il y avait 6 postes de cadres de nuit mais un manque de postulant et des départs à la retraite. Une réflexion a été menée en préservant un minimum d'effectif de cadres de nuit sur le secteur des urgences. Cette redéfinition des missions du cadre de nuit a fait l'objet d'un profil de poste avec une mission transversale sur l'ensemble des sites, dans le but de répondre à l'urgence des situations de soins et d'organisation et de garantir la continuité de fonctionnement des services.

Par ailleurs, cette réorganisation a eu pour conséquence de rattacher les équipes fixes de soins de nuit au cadre de jour et de rendre autonome les équipes vis à vis de leurs remplacements.(congrés annuels)

Ainsi, il a été fait le choix de maintenir une permanence d'encadrement de nuit pour organiser une continuité de l'encadrement sur l'établissement.

### **2.1.2 Les entretiens**

Dix entretiens semi-directifs ont été menés sur les deux établissements auprès de :

- 2 coordonnateurs généraux
- 2 directeurs des soins
- 2 cadres supérieurs de pôles
- 2 cadres de santé de jour
- 2 cadres de santé de nuit

#### **A) Le choix des personnes**

Les entretiens semi-directifs ont permis un recueil qualitatif. Afin de recueillir des éléments exploitables en terme d'impact de management, nous avons souhaité enquêter auprès de professionnels exerçant leur fonction depuis au moins un an sur leur lieu d'exercice. De même, à chaque fois, nous avons choisi les cadres de santé supérieurs et leurs cadres de santé respectifs.

#### **B) Les outils**

Un premier guide d'entretien a été élaboré et testé auprès de deux cadres de santé. Il a été réajusté en tenant compte des remarques concernant la redondance et la qualité de la formulation. Puis, nous avons réalisé des grilles d'entretien qui présentent à la fois des questions communes et des questions plus ciblées selon les professionnels interviewés.

Les entretiens ont fait l'objet d'une prise de rendez vous et se sont étalés sur quatre mois. Ils se sont déroulés sur une durée d'une heure à chaque fois. Ils ont été enregistrés pour en faciliter l'écoute et le traitement, après accord préalable, des personnes concernées, avec une prise de note concomitante.

#### C) Le traitement des entretiens

L'ensemble des réponses a été traité à l'aide d'une grille d'analyse sur le principe d'un classement par thèmes. Les propos ont été analysés par catégorie professionnel en regard des questions sous-jacentes au thème. De plus, nous avons tenté de croiser les réponses recueillies par les professionnels des deux établissements.

### **2.1.3 L'analyse documentaire**

Elle s'appuie sur les ressources documentaires internes aux établissements enquêtés et plus particulièrement, sur le cahier de transmissions entre les cadres de nuit et les directeurs de soins.

Ce document permet d'identifier les dysfonctionnements de l'établissement, les problématiques rencontrées par les cadres de nuit et leurs vécus.

### **2.1.4 Les limites et points forts de l'enquête**

#### A) Les limites

Notre enquête, réalisée sur deux CHU et à partir de 10 entretiens, ne prétend pas être une recherche exhaustive. L'échantillon restreint d'entretiens ne permet pas de généraliser l'interprétation des résultats que nous en faisons.

Par ailleurs, certaines questions étant trop générales, nous avons dû recentrer les réponses.

#### B) Les points forts

La richesse des propos nous a permis de réfléchir à notre engagement en tant que directeur des soins dans cette problématique.

Le regard croisé entre l'analyse des entretiens et l'analyse documentaire a permis de faire des articulations entre les cadres de nuit et le directeur des soins et de repérer les attentes des uns et des autres.

## **2.2 L'analyse des résultats**

Une première partie présentera les résultats des deux niveaux de l'enquête. Dans un second temps, ces résultats seront reliés entre eux avec le questionnement de départ c'est à dire : l'impact de la mise en place des pôles sur l'encadrement de nuit et ses enjeux pour le directeur des soins.

### 2.2.1 Les résultats de l'analyse documentaire

Dans un premier temps nous avons identifié les principales informations écrites par les cadres de nuit des 2 CHU sur 15 jours. Puis, nous les avons repris et classé sous la forme d'un tableau, nous permettant de repérer quatre grandes activités des cadres de nuit. Toutefois, nous n'avons pas choisi de faire une analyse du vécu des cadres de nuit, par manque de temps, bien qu'il constitue une part importante du cahier de transmissions. Un point d'analyse a été réalisé par ordre prioritaire, liés à la fréquence de la thématique, formulées dans les cahiers de transmissions.

Parmi les 4 activités des cadres de nuit se trouvent :

Gestion des ressources humaines	Organisation et qualité des soins
Relations avec la direction des soins et l'institution	Incidents et évènements

#### a) *La gestion des ressources humaines*

Sous cet axe, nous avons identifié 2 sous thèmes :

- la gestion du temps de travail

La préoccupation principale du CHU(1) est d'assurer les remplacements de dernières minutes ou du jour pour le lendemain par l'intermédiaire du pool de remplacement. Il est intéressant de constater que cette difficulté est moins importante dans le CHU(2) qui bénéficie de la présence d'un CSS de jour remplissant cette mission. Par ailleurs, dans les deux établissements, les cadres de nuit précisent les renforts effectués grâce au pool en fonction de la charge de travail. Par exemple, « *pas d'arrêt de travail cette nuit, renfort d'une IDE en chirurgie viscérale car charge en soins élevée.* »

Cette activité souligne l'importance d'assurer la continuité des soins et d'adapter les effectifs à la charge de travail. Nous trouvons ici, toute la plus value de la présence du cadre de nuit sur l'optimisation des ressources humaines en fonction de l'activité.

- le soutien/accompagnement des équipes.

Nous avons retrouvé peu d'informations écrites sous cet aspect. Seul, le CHU(1) précise toutefois une intervention auprès d'une équipe de soins liés à un patient en fin de vie « *nuit difficile pour l'équipe de pneumologie suite au décès d'un patient de 40 ans.* »

Ce manque d'information écrite ne signifie pas pour autant, que ce temps ne soit pas réalisé, alors que le travail des cadres de nuit en secteur géographique peut favoriser cette activité(CHU1) et permettre de rompre l'isolement. Mais, les cadres l'incluent peut être sous la thématique information/communication.

## b) l'organisation et la qualité de la prise en charge

Nous avons pu relever 5 sous catégories :

- o la gestion des lits et les relations avec les médecins

Dans les deux CHU, les entrées des patients sont gérées par les équipes d'urgences, mais en fonction des difficultés de disponibilités de lits sur l'établissement, les cadres de nuit sont plus ou moins sollicités. Sur les 15 nuits étudiées, nous avons noté 10 nuits ayant nécessité l'intervention du cadre de nuit aux urgences pour cet aspect, que ce soit pour des retours à domicile ou pour rechercher des lits dans les services.

Nous retrouvons ici, la gestion des flux des patients aux urgences, par le cadre de nuit pour améliorer la qualité de la prise en charge : « *manque de lits sur le CHU, nous avons dus prendre des lits réservés.* »

- o l'accueil des familles

Quelques situations difficiles sont relatées par les deux CHU et plus particulièrement par le cadre aux urgences, sur les délais d'attentes aux urgences ou des soutiens réalisés suite à des décès lors d'accidents de la route.

Mais, ces situations sont peu détaillées dans les cahiers de transmissions, toutefois elles le sont souvent avec un caractère d'émotions fortes, qui pointent la solitude du cadre de nuit et le besoin de relater leurs pratiques.

- o les incidents liés aux soins

Aucun élément n'apparaît sur les cahiers de transmissions sur les 15 jours étudiés. Au vu de l'étendu des établissements, cet aspect sera apprécié avec plus de facilité, par le cadre d'unité de jour ou à travers les signalements sur les fiches d'incidents.

- o l'évaluation des pratiques de soins

Nous avons noté une différence à ce niveau entre les deux CHU. En effet, le CHU(1) mentionne la forte participation des équipes de nuit à un audit clinique ciblé institutionnel sur la douleur et un accompagnement des équipes sur les transmissions ciblées dans un secteur de l'établissement. Nous ne retrouvons aucun aspect dans le CHU (2).

L'association des cadres de nuit à des travaux institutionnels est plus prégnante du fait du nombre de cadres dans le CHU (1) que le CHU (2).

c) *Les incidents et évènements indésirables*

A ce niveau, nous avons 3 sous-thèmes :

- Les pannes et accidents

Dans les deux CHU, les cadres de nuit sont appelés par les équipes de soins pour des pannes importantes afin de faire appel au personnel d'astreinte.(pannes informatiques, incendie...)

- L'appel du directeur de garde

Là aussi, dans les deux CHU, c'est le cadre de nuit qui appelle le directeur de garde en ayant fait une analyse de la situation.

On retrouve ici, l'importance du rôle transversal des cadres de nuit et les actions mises en oeuvre pour faciliter la résolution de problèmes comme les fugues, les transferts de patients...

- Les incidents liés aux patients et à l'entourage

Sur ce thème, les deux CHU ont des faits relatifs à des agressions physiques ou verbales liés aux patients ou à l'entourage, aux urgences le plus souvent.

Sur cette thématique, des incidents indésirables gérés par les cadres de nuit, nous retrouvons l'importance de la présence du cadre pour assurer la continuité du fonctionnement des services et éclairer la prise de décision des équipes et du directeur d'astreinte.

d) les relations avec la direction des soins et l'institution

Sur cet axe, il ressort 1 catégorie :

- Des informations liées au fonctionnement général de l'établissement

Nous avons trouvé ici des informations ascendantes sous forme de résumés des incidents survenus pendant la nuit dans les deux CHU « *afflux de blessés aux urgences, rupture de linge en maternité, appel des vigiles pour une fugue à l'unité de soins de longue durée....* »

**Synthèse de l'analyse documentaire et commentaires:**

Le recueil des informations écrites dans les cahiers de transmissions a montré :

Qu'il y avait une concordance dans la réalisation des missions des cadres de nuit entre les deux CHU hormis, sur la fréquence des remplacements assurés par les cadres de nuit

du CHU(1) puisque cette gestion n'est pas anticipée avant leurs arrivées. A contrario, la présence du CSS (CHU2) permet d'anticiper rapidement les remplacements et d'assurer le lien jour/nuit.

De plus, le CHU (1) a la possibilité d'assurer un soutien, et un accompagnement à la demande des équipes du fait, d'une répartition de l'effectif des cadres de nuit en secteur.

Dans les deux cas, on retrouve des éléments favorisant la prise en charge transversale des patients à partir des urgences, que ce soit dans la gestion des flux, ou la prise en charge psychologique des patients et de leur entourage.

Toutefois, il faut rester prudent sur le fait que, à priori, seul les éléments significatifs et importants à transmettre à la direction des soins sont écrits.

Ces informations partielles sont donc, à croiser avec les entretiens qui vont suivre.

## **2.2.2 Les résultats des entretiens**

Nous avons choisi une analyse autour de 3 thèmes :

- L'encadrement des équipes de soins de nuit : par qui ?
- La fonction de cadre de nuit
- Les liens de chacun dans l'Institution

Nous présenterons les résultats par catégories professionnelles, et par sous thème pour les deux premiers thèmes. Une analyse sera proposée au regard de ceux ci. Pour le troisième thème, dont les questions ont été adaptées aux professionnels interviewés, nous ne retiendrons que les propos susceptibles d'apporter un éclairage supplémentaire.

### **A) L'encadrement des équipes de soins de nuit : par qui ?**

**Les cadres de nuit** différencient clairement cette notion d'encadrement de celui des cadres de jour. Ils s'accordent à dire, que le cadre de santé de l'unité a une place fondamentale dans la gestion opérationnelle de celle-ci « *j'ai le souci de respecter l'unité comme appartenant au cadre, il ne peut y avoir deux têtes.* »(CHU1).

Selon eux, le cadre gère son équipe, le quotidien du patient et organise les moyens, même si le cadre de nuit (CHU1) gère les plannings des agents de nuit et assure leurs évaluations annuelles « *j'incite les équipes de nuit à se former et à s'investir dans les projets d'unité et de pôles.* »

Toutefois, la gestion des plannings représente deux difficultés pour le cadre de nuit « *cela crée une scission jour/nuit car le cadre de jour se sent moins investi par l'ensemble de l'équipe* » et « *j'ai un effectif trop important qui m'oblige à faire confiance aux qualités professionnelles des agents et à leurs compétences.* »

Ainsi, la difficulté du suivi des pratiques professionnelles se pose pour les équipes de nuit. L'organisation partagée de la gestion d'une équipe, par le cadre de jour et de nuit est un obstacle à une évaluation de la pratique clinique des équipes de nuit. Pour le cadre de nuit du CHU 2, il se situe en dehors de cette problématique et se positionne comme un acteur transversal de l'encadrement qui peut être interpellé en cas de difficultés « *je ne vais dans les unités de soins qu'en cas d'évènements difficiles ou imprévus.* »

Pour **les cadres de jour**, l'organisation de l'encadrement des équipes est un point faible. Le cadre de jour du CHU1 précise « *la gestion d'une seule partie de l'équipe, crée une scission jour/nuit et une difficulté pour remettre en cause les pratiques.* » Il ajoute que les erreurs liées aux équipes de nuit sont plus faciles à repérer le jour car les équipes sont restreintes « *mais comme je ne suis pas vraiment responsable, je transmets cela à ma collègue de nuit et c'est souvent sans retour.* » Ainsi, le personnel de nuit semble jouer sur cette zone d'incertitude. Il semble donc, que ce type d'organisation cloisonne encore plus les équipes. Alors que le cadre de jour du CHU2 exprime une cohésion jour/nuit et « *trouve que l'équipe de nuit est impliquée dans les projets de l'unité.* » tout en reconnaissant ne rencontrer ses équipes que 2 fois/an, sauf en cas de négligence ou d'erreurs dans les soins. L'évaluation du personnel reste pour lui difficile « *tant que l'organisation des équipes fixes de nuit restera statique.* »

Pour **les CSS** bien que leurs vécus et leurs contextes de travail soient différents, ils partagent la même opinion. Ils considèrent que, la gestion séparée des équipes entraîne un clivage jour/nuit et renforce les antagonismes. Pour eux, cela conduit à un manque de sentiment d'appartenance à une équipe et même au pôle en renforçant la construction d'une identité à la nuit. Toutefois, avec la mise en pôle, un CSS (CHU1) exprime « *raisonner encore équipe de jour/équipe de nuit c'est dépasser* » et propose de questionner la gestion des équipes de nuit par les cadres de nuit en déterminant la plus value de cette organisation.

Il ajoute que « *cela accentue le problème de l'évaluation du personnel de nuit* ». Le CSS du CHU2 précise qu'un changement d'encadrement de gestion des équipes implique fortement la direction des soins, la DRH et les partenaires sociaux mais aussi tout l'encadrement. Il exprime « *qu'il y a une meilleure lisibilité de la responsabilité des équipes de soins pour les cadres de jour.* » et ajoute « *les équipes de nuit doivent être gérées par les cadres de jour, en demandant aux agents de nuit de passer de jour 3 semaines par an, afin de maintenir les compétences, et de leur permettre d'avoir une réflexion sur leurs pratiques.* » Cette organisation, permettrait selon ce CSS d'impliquer le personnel de nuit dans les projets d'unités et du pôle.

La permanence de l'encadrement de nuit n'est pas remise en question par les CSS. Un des CSS (CHU1) propose de rattacher les équipes de nuit directement aux cadres de jour « pour améliorer l'évaluation des pratiques professionnelles » et les cadres de nuit au CSS des urgences « *car c'est le lieu où ils sont le plus souvent appelés.* »

**Les DS** considère, dans les deux CHU, que c'est le cadre de jour de proximité qui est responsable de son équipe, de jour comme de nuit. Pour eux, c'est leur position opérationnelle qui traduit cette responsabilité « *à travers l'organisation des soins et des différentes interventions qui s'articulent autour des patients et la gestion des équipes.* » . Pour un des directeurs des soins (CHU1), la gestion des plannings des équipes de nuit par le cadre de nuit du secteur, ne désengage pas la responsabilité du cadre de l'unité. Cependant, il mentionne que « *l'évaluation du personnel réalisé uniquement par le cadre de nuit est un axe à travailler.* »

## **ANALYSE ET COMMENTAIRES**

Nous constatons que, l'organisation de l'encadrement des équipes suscite des réflexions différentes selon le niveau d'encadrement. Tous s'accordent à dire, que le cadre de proximité à une responsabilité accrue dans la gestion de l'ensemble de l'équipe de son unité. Toutefois, un cadre de jour (CHU1) et, les CSS y voient le besoin de renforcer cette crédibilité, sous réserve d'un positionnement clair. Ils évoquent, la nécessité d'une gestion globale de l'équipe pour renforcer la cohésion, mais aussi questionne l'évaluation des agents.

Il nous semble que la question, de la gestion de l'encadrement des équipes de nuit, bien que soulevant des interrogations, ne fasse pas l'objet d'échanges structurés entre les acteurs concernés au sein des établissements, alors qu'elle implique l'évaluation des pratiques professionnelles. Cet enjeu majeur, inscrit dans les démarches qualité, a été souvent mentionné dans les entretiens (51 fois) par l'ensemble des acteurs, mais avec plus de fréquence dans le CHU 1 (32 fois).

### **B) La fonction de cadre de nuit : une vision partagée**

**Les cadres de nuit** voient surtout leur rôle comme une aide, un soutien, un référent qui intervient en cas de difficultés car ils se disent « *responsables de la bonne marche du CHU pendant 10 heures.* » Ils se positionnent également, en responsable de la gestion des ressources humaines et logistiques, pour garantir la sécurité et la qualité des soins en soulignant « *notre rôle est de mettre des moyens sûrs et adaptés à la prise en charge des patients pour assurer la permanence, la sécurité et la qualité des soins* ».

Ils attachent tous, de l'importance à leur rôle de facilitateur dans la prise en charge des patients aux urgences, en l'exprimant ainsi « *notre rôle est essentiel aux urgences pour aider les médecins urgentistes à orienter les patients, à limiter l'attente mais aussi à gérer les actes de violence.* »

Leur rôle est reconnu comme, référent des dysfonctionnements en terme de résolution de problèmes « *le directeur de garde est appelé en cas d'évènements majeurs comme un incendie, un sous effectif, une fugue mais nous avons souvent anticipés des solutions avant* ».

Un seul cadre de nuit (CHU1) évoque son rôle de soutien auprès des équipes, lors de ses passages dans les unités de soins en disant « *les équipes sont contentes d'avoir un référent qui peut répondre à leurs demandes d'information ou d'écoute.* »

Enfin, ils expriment l'intérêt et la contre partie de leur fonction transversale « *le cadre de nuit est partout dans l'hôpital et nul part à la fois, et si nous avons la chance d'avoir une très grande autonomie, nous avons aussi de lourdes responsabilités qui ne sont pas reconnues.* »

La représentation **des directeurs de soins**, du rôle des cadres de nuit est en premier lieu, celui d'un responsable institutionnel qui est « *impliqué dans le fonctionnement général et transversal de l'établissement.* » Ils évoquent leurs rôles importants, dans la coordination et l'adéquation des moyens humains et logistiques de l'établissement. Ils soulignent aussi, un rôle essentiel d'interfaces « *c'est le lien entre le jour et la nuit qui permet de garantir la continuité des soins sur l'établissement.* »

**Les cadres supérieurs de santé** voient aussi le rôle de ceux ci, en terme de missions transversales et d'aide à la décision pour les équipes et le directeur de garde « *ils savent mettre en adéquation les moyens et gèrent tous les problèmes atypiques sur l'hôpital et aux urgences avant d'interpeller le directeur de garde.* » Par contre, ils ne peuvent pas suivre les projets de pôle « *vu l'étendue de leurs responsabilités, ils ne peuvent pas être partout.* ». Ils le reconnaissent aussi comme un accompagnateur transversal « *ils peuvent être un soutien pour faire avancer les projets transversaux de l'établissement.* »

Un CSS (CHU1) précise que la présence du cadre de nuit est aussi rassurante pour les équipes de soins car « *il est le point de référence.* »

**Les cadres de jour** ont un ressenti plutôt négatif, en définissant le rôle du cadre de nuit comme « *absent des projets de l'unité, même si nous les invitons à nos réunions de jour.* » Selon eux, ils ne sont pas dans l'aspect opérationnel de l'unité car « *ils ne peuvent pas s'investir dans les services, ni même dans le pôle vu leurs nombres et l'étendue de l'établissement.* » En fait « *on ne les voit pas, ils sont partout et nul part à la fois.* » En cas

de problème dans le service « *nous échangeons par mail.* ». Ils leur reconnaissent un rôle institutionnel, même si un cadre (CHU1) précise qu'il « *est responsable des équipes de nuit puisqu'il gère les plannings de nuit et évalue les agents de mon unité.* »

## **ANALYSE ET COMMENTAIRES**

Nous constatons que dans l'ensemble, toutes les personnes interviewées conçoivent en tout premier lieu le rôle du cadre de nuit dans une dimension institutionnelle, avec un rôle de coordination des moyens humains et logistiques pour assurer la permanence et la sécurité des soins dans l'établissement. Ensuite est évoquée, une représentation en lien avec la résolution des problèmes, tant dans l'établissement qu'aux urgences, et donc de facilitateur de la prise en charge des patients.

C'est dans une approche inverse, que les directeurs de soins et un CSS (CHU 1) se représentent le rôle des cadres de nuit dans la conduite des projets institutionnels. Leur position de distance leur permet d'avoir une représentation davantage axée sur la mise en œuvre des projets.

Toutefois, cet aspect est peut être à renforcer pour reconnaître le rôle des cadres de nuit.

### **C) Fonctionnement des cadres de nuit au sein de l'institution**

Dans le CHU1, **le cadre de nuit** est rattaché directement à la direction des soins. Il évoque des liens formels par une réunion mensuelle avec les directeurs des soins mais qui tient plus « *à un lieu pour faire le point sur les tableaux d'effectifs, les remplacements, donner des informations sans réel travail de réflexion.* » Dans ce lieu, nous évoquons nos difficultés mais « *sans être entendue.* » Le cahier de transmission est évoqué comme un outil « *pour relater notre activité de nuit, pour faire remonter les dysfonctionnements et nous nous efforçons de tous retranscrire pour informer la direction des soins.* »

Le cadre de nuit du CHU1 dit « *être impliqué dans la politique de soins, sans l'être réellement.* » Il ajoute « *nous avons lancé un audit sur la douleur dans l'établissement auprès des agents de nuit, mais sans avoir été impliqués dans la démarche. On est plus des passeurs d'information que des acteurs dans la réflexion.* »

Dans le CHU2, le cadre de nuit est rattaché à un CSS avec lequel il entretient des relations cordiales. C'est « *mon interlocuteur privilégié et j'ai le sentiment d'être écouté.* » Il ajoute « *grâce à lui, j'ai rapidement des informations en lien avec l'institution mais je ne participe pas aux réunions de travail, car ce sont plutôt les CSS qui y sont associés.* »

**Pour le CSS** du CHU2, sa contribution à la politique de soins passe par le souci d'être un acteur dans la réflexion et de faire adhérer les cadres de nuit aux projets institutionnels

afin de favoriser l'ouverture. Il permet « *de donner une impulsion aux équipes de nuit* ». Toutefois, il reconnaît que « *la position des cadres de nuit est difficile entre leur rôle institutionnel et leur absence d'implication réelle à la définition des orientations et l'élaboration des projets.* »

Ceci nous laisse à penser, que la position du cadre de nuit reste ambiguë, voire contradictoire et peut être à l'origine d'un manque d'intérêt pour ce poste.

**Pour les DS** du CHU1, l'accent est mis sur l'importance des responsabilités des cadres de nuit sur le plan institutionnel, et la nécessité d'en rendre compte. Mais, ils sont aussi des relais. Cela permet disent-ils « *d'accompagner les projets institutionnels auprès des équipes de nuit et de faciliter le passage de l'information grâce aux cadres de nuit de secteur.* »

Pour les DS du CHU2, le relais est assuré par le CSS et le cadre de nuit est « *situé aux urgences pour faciliter avant tout, la prise en charge des patients.* »

## **ANALYSE ET COMMENTAIRES**

Le sentiment de contribuer à la politique de soins est extrêmement variable entre les 2 CHU et entre les acteurs. Dans le CHU1, les DS ont le souci de rencontrer les cadres de nuit, mais il n'y a pas de réelle implication stratégique, ni même d'analyse de pratiques. Dans le CHU2, cette orientation n'est pas prise, alors que par son positionnement le cadre de nuit à une vision globale de l'établissement. Le relais est assuré par le CSS en mission transversale à la direction des soins.

Dans les deux CHU, les cadres de nuit ont une mission transversale garantissant le fonctionnement des services de soins. Mais, ceux ci mentionnent un manque d'implication dans les projets institutionnels et un manque de reconnaissance.

Aussi, nous pouvons nous demander, par quels moyens le directeur des soins peut maintenir la pérennité d'un encadrement de nuit si le poste n'est pas attractif ?

### **2.3 Synthèse globale**

Au terme de cette analyse, nous pensons pouvoir dire que la permanence des équipes d'encadrement de nuit favorise réellement la prise en charge transversale des patients. Il facilite les conditions de prise en charge et sécurise le circuit du patient. En effet, nous avons vu que les rôles conférés aux cadres de nuit sont principalement ceux de la coordination des organisations de soins et l'amélioration de la prise en charge des patients. Toutefois, situer à l'interface des logiques administratives, soignantes et médicales, ils sont particulièrement exposés aux pressions des uns et des autres. Leur

absence de rattachement à un pôle clinique, ne leur permet pas de s'impliquer pleinement dans les projets, source d'insatisfaction, évoqués par les deux cadres de nuit.

La place des cadres de nuit dans la gestion des équipes de soins est variable selon les établissements, et souvent en lien avec l'histoire de celui-ci et les attentes du coordonnateur général des soins. Du reste, l'exercice de cette fonction ne s'impose pas vraiment comme celle d'un manager, et sa position institutionnelle, est plus liée à ses modalités d'exercice, qu'à une position stratégique.

Dans ce contexte particulier, l'analyse de cette enquête nous donne un certain nombre d'éclairages intéressants. D'une part, la gestion des équipes de nuit pose la question de l'encadrement de celle-ci. Nous avons pu constater, que le positionnement du cadre de nuit vis-à-vis du cadre de jour, dans ce domaine, pouvait être une difficulté. D'autre part, le positionnement institutionnel des cadres de nuit n'est pas suffisamment reconnu, malgré leur autonomie et leurs responsabilités. Enfin, nous retiendrons plus particulièrement le paradoxe énoncé par les CSS et les cadres de nuit sur le risque d'incohérence, entre le positionnement institutionnel, et l'absence de participation aux orientations de celui-ci.

Aujourd'hui, le directeur des soins a la difficile mission de garantir la cohérence entre les pôles. En ce sens, il a un rôle majeur à jouer dans l'anticipation et la mise en œuvre de solutions pour répondre à des objectifs de décloisonnement et d'efficience.

### **3 Propositions d'actions**

Les résultats de l'enquête, leur analyse vont permettre de proposer, au regard des éléments discursifs recueillis, des préconisations professionnelles orientées vers une prise de poste de directeur des soins.

Toutefois, il ne s'agit pas de décrire en détail des actions de management, puisque comme nous l'avons vu, tout ceci est interdépendant du contexte et de l'environnement. Il s'agit plutôt de développer, des facteurs déterminants à une politique d'encadrement pour favoriser une permanence des équipes d'encadrement de nuit. Pour répondre à notre problématique, nos propositions vont s'articuler autour de deux axes. D'une part, un axe stratégique en établissant une politique d'encadrement claire, et d'autre part un axe plus opérationnel en cherchant les moyens de pérenniser les postes des cadres de nuit.

#### **3.1 La politique managériale : une responsabilité du directeur des soins**

La politique visant à assurer la continuité et la coordination des soins est multiforme, et tire sa légitimité interne de l'application du projet d'établissement.

Dans un rapport intitulé « l'hôpital réinventé », L'Institut Montaigne écrit : « *une institution qui n'a pas une claire vision de son évolution n'a plus d'avenir, pas plus qu'une institution dont le management a certes sa propre vision de l'avenir, mais ne cherche pas à la partager avec ses collaborateurs.* » tout en précisant que, cette recherche de sens et de collaboration est un art à inventer.

Elle s'exprime dans les travaux de la CME (effectifs, gardes..) et des sous commissions, mais aussi de la CSIRMT dans le cadre de l'application du projet de soins ainsi que du CTE (plannings..), du CA et du conseil exécutif.

Cette politique de décloisonnement des différents secteurs, en vue de réaliser une prise en charge globale et coordonnée du patient reste un axe stratégique majeur pour le directeur des soins.

Cette orientation, mentionnée clairement dans la certification V2 doit permettre de décliner au niveau transversal cette prise en charge afin d'en augmenter sa cohérence.

Or, le projet d'établissement est trop souvent l'addition de projets (médical, social...) plutôt qu'une articulation de l'ensemble. Ce manque de transversalité ne permet pas, à chaque groupe d'acteurs, d'identifier clairement ses espaces de collaboration, ses zones d'autonomie en ayant une vision plus fine des ressources.

Toutefois, le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, dispose d'un pouvoir d'influence lié, à sa connaissance des soins, et à la charge de travail induite par les activités médicales. Sa capacité à ouvrir le débat aux autres acteurs, dans le cadre du projet de prise en charge, peut servir d'éléments déclencheurs d'une collaboration plus étendue.

Ainsi, la direction des soins garantit la prise en charge des patients par, l'application de la politique soignante mais aussi, par le biais de son encadrement.

Pour cela, le directeur des soins élabore une politique managériale partagée avec l'encadrement dans le projet de soins. Celui ci, appelé aussi projet de prise en charge, est élaboré en lien avec le projet médical et doit faire l'objet d'une réflexion et d'un travail collectif dans lequel les CSS seront particulièrement sollicités.

Dans ce cadre, il s'agit donc, pour le directeur des soins, d'élaborer une politique générale d'encadrement mais aussi spécifique aux cadres de nuit.(missions, responsabilités, rattachement hiérarchique...)

Exercer une politique managériale passe par la mise en place de valeurs, d'un ensemble de processus, et de règles. Nous pouvons décliner celle-ci à travers 3 axes :

- la professionnalisation des managers (développement de compétences..)
- le développement des systèmes managériaux (mise en synergie des compétences, des missions...)
- accompagnement des cadres.

Notre management de type participatif reposera sur deux valeurs importantes : le professionnalisme (développement des personnes par la compétence) et la cohérence par l'atteinte des objectifs de l'organisation. Il aura la volonté d'impliquer tous les acteurs concernés dans les décisions. Nous préconisons entre autre de réaliser un référentiel de management des projets, une charte des cadres...

Ce projet doit être ambitieux et réaliste à la fois. Nous ne déclinerons pas la méthodologie du projet de soins, mais nous insisterons sur le fait, qu'il est nécessaire d'y inscrire un axe sur l'encadrement, car c'est par les cadres, qu'il se concrétisera.

### **3.2 D'autres pistes d'amélioration**

La place du directeur des soins est à l'interface des pôles dont il coordonne l'ensemble. Sa mission transversale de coordonnateur de l'ensemble des activités de soins, et son recul lui permettent de maintenir un équilibre, une cohérence et l'intérêt général. Pour cela, il s'appuie sur l'encadrement supérieur et de proximité avec lesquels il peut construire une communauté d'action.

### **3.2.1 Clarifier les rôles de l'encadrement**

Les cadres occupent une place stratégique au sein de l'institution hospitalière. Non seulement, ils coordonnent les activités de soins et animent les équipes, mais ils sont aussi porteur des projets institutionnels. A ce titre, les cadres de nuit sont une force d'accompagnement des changements environnementaux et institutionnels aux équipes de nuit.

Or, la dimension transversale est dévolue principalement aux CSS et réaffirmée dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalières élaborée en 2004.<sup>14</sup>Ce document définit le champ d'action du CSS comme le niveau d'encadrement intermédiaire, entre le niveau stratégique et le niveau de proximité. A cette position, les activités de management consistent entre autres à la gestion, la coordination et l'animation d'activités ou de projets transversaux, en relation avec d'autres services.

Mais, les cadres de nuit sont aussi en mission transversale sur l'établissement, ou sur des secteurs géographiques extrêmement importants sur l'établissement. Leurs positionnements peuvent donc être difficiles, voire inconfortables, par rapport aux cadres supérieurs de santé. Aussi, des profils de poste et des lettres de missions sont à établir, à évaluer et, à réajuster pour éviter des confusions de rôle.

Nous proposons, comme mission principale des cadres de nuit, d'assurer une permanence d'encadrement des soins et, de garantir, la continuité de fonctionnement des services et des équipements en répondant aux évènements indésirables ou non prévisibles de soins ou d'organisation de l'établissement. Il s'agit donc, d'une mission institutionnelle.

### **3.2.2 Pérenniser les moyens**

Il est nécessaire de préserver l'encadrement de nuit existant, et de s'assurer de la pérennité du dispositif. Partir sur des bases solides apparaît comme une priorité.

En ce sens plusieurs difficultés apparaissent.

La principale fragilité réside dans le choix des effectifs de cadres à maintenir. L'étude nous montre qu'un effectif minimum est à maintenir sur le secteur des urgences, afin d'offrir un meilleur continuum de la prise en charge la nuit.

Enfin, il est important d'impliquer tous les acteurs dans cette orientation, nous proposons de mettre en place un groupe de réflexion sur la continuité de l'encadrement la nuit. Parallèlement, les CSS animeront cette même réflexion dans chaque pôle à partir de postulats : responsabilité des cadres d'unité 24h sur 24h, autonomisation des équipes dans les unités pour les remplacements des absences prévisibles, classeur de protocoles administratifs, identification des évènements nécessitant l'appel du cadre de nuit.

Toutefois, au vu de notre étude, nous préconisons un ratio de 3 ETP pour assurer cette permanence et de rattacher les cadres de nuit au pôle clinique des urgences. En effet, c'est le lieu d'activité où ils interviennent le plus. De plus, du fait de la solitude du poste et des responsabilités, nous ne sommes pas favorables à mettre « un cadre faisant fonction » qui est avant tout, en construction d'une identité professionnelle.

Dans tous les cas, il semble important que les cadres de nuit soient rattachés au CSS des urgences ou à un CSS rattaché à la direction des soins. Cela permettrait, aux cadres de nuit d'avoir un relais avec la direction des soins, et, nous dit un cadre de nuit, d'avoir rapidement les informations institutionnelles.

Se pose ainsi, la question du manque de candidature et d'attractivité des postes de cadres de nuit liés à une grande solitude du poste, à un manque de reconnaissances et à un manque de perspectives professionnelles. En rattachant l'encadrement de nuit sur les urgences, nous permettons à ces derniers d'intégrer aussi une dimension de projet de pôle dans leurs activités, source de motivations et de renforcer leurs sentiments d'appartenance. De plus, le CSS du pôle des urgences pourrait prévoir une réunion mensuelle thématique, en dehors d'autres rencontres, pour faire de l'analyse de pratiques avec les cadres de nuit par exemple. Le management d'accompagnement mis en place, s'il est attentif à faciliter le dialogue et à permettre l'enrichissement des tâches souhaitées par les acteurs, placera ceux-ci dans des conditions favorables à l'implication. Car, une caractéristique essentielle de la motivation est sa fragilité. Or, pour que les acteurs retirent du plaisir du travail effectué, il faut que celui-ci ait pour eux un intérêt. Nous reprendrons les propos de H. SERIEYX qui écrit « celui qui ne se sent ni vu, ni écouté, ni estimé, n'acceptera jamais de devenir acteur, n'acceptera jamais d'apporter autre chose que son temps dans sa vie professionnelle. »<sup>15</sup>

Par ailleurs, il faudrait réfléchir à une rétribution financière particulière pour les cadres de nuit, par exemple sous forme d'heures supplémentaires comme le proposait un CGS. En effet, le nombre d'heures cumulé de jour pour des travaux ou des réunions représente 10 à 20 H par mois. Cette implication pour l'établissement, représente une diminution du temps de repos pour les cadres qu'il faudrait compenser au-delà d'heures de récupération.

L'opportunité, de développer une collaboration étroite avec l'encadrement de nuit à la conduite de projets transversaux, comme l'amélioration de la qualité des soins est réelle, et elle doit s'accompagner d'un engagement de la direction des soins.

---

<sup>14</sup> Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Editions ENSP, 2004

<sup>15</sup> SERIEYX H, JISSEY, BATTON P, RAYNAL J, Est ce que le manage.....ment ?, Paris, Editions d'Organisation, 2001, p84

De plus, au vu des compétences nécessaires sur ces postes, et de leur dimension institutionnelle, ils pourraient être une opportunité pour un cadre de construire un projet de CSS.

### **3.2.3 Responsabiliser les acteurs**

L'organisation en pôles d'activités gérés par un médecin coordonnateur assisté d'un cadre supérieur de santé et, d'un cadre administratif, se traduit par des délégations de gestion dans le domaine des ressources humaines comme la participation aux recrutements, l'orientation des formations pour développer les compétences et l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est donc, l'opportunité de permettre aux pôles de gérer les équipes de soins dans leur globalité, autant de jour que de nuit, en permettant de garantir une cohérence et d'éviter la scission jour/nuit. Ce problème en lien avec les EPP a été évoqué à plusieurs reprises par tous les acteurs interviewés.

En effet, la réorganisation de l'encadrement de nuit implique une réflexion sur l'encadrement de jour et l'autonomisation des équipes.

Mais, cela suppose aussi un réel engagement des cadres de jour à rencontrer les équipes de nuit pour favoriser la communication, et les impliquer pleinement dans les projets. Cette dynamique est corrélative d'un sentiment d'appartenance, à l'institution, à un pôle et non à une identité jour/nuit. Par ailleurs, pour améliorer les compétences et l'évaluation de celles-ci, nous suggérons une réflexion autour d'une contractualisation des postes de nuit ou d'une incitation à un échange entre le jour et la nuit.

Toutefois, nous savons à quel point ces changements peuvent représenter des bouleversements importants, et de nombreuses négociations avec les partenaires sociaux. C'est pourquoi, nous proposons qu'ils se fassent par étapes (volontariat, échanges..) et qu'ils s'inscrivent dans la durée.

Ainsi, il s'agit bien, pour mener ce projet, de l'approfondir avec les équipes de l'établissement, l'encadrement, la DRH et les médecins responsables de pôles, par rapport aux axes proposés, afin d'apporter la meilleure prestation de soins aux patients.

## Conclusion

La Nouvelle Gouvernance et notamment l'organisation en pôles d'activités amène tant les acteurs que les structures à évoluer. Aujourd'hui, l'enjeu majeur est de partager la contrainte de performance de l'établissement, en donnant aux pôles les moyens de s'autoréguler, de contrôler leurs dépenses, d'assurer des soins de qualité et de s'adapter aux évolutions externes. Ainsi, le découpage de l'établissement s'organise en pôles d'activités cliniques, médico-technique, et de services. Il s'agit donc, de décliner la stratégie de l'établissement au niveau de chaque pôle par une contractualisation.

Face à cette configuration géographique, le directeur des soins a un véritable rôle d'interface entre les pôles, afin de favoriser la synergie des ressources. Il contribue donc, à garantir, à travers le projet de soins, une cohérence institutionnelle plus que nécessaire, dans ce contexte. Les prestations rendues aux patients la nuit sont à penser dans un processus, qui associe les spécificités du travail de nuit et la prise en charge.

C'est bien là, l'enjeu majeur du Directeur des Soins que de manager dans une organisation en mouvement. S'il doit valoriser les gains et les bénéfices de cette nouvelle organisation, il doit aussi repérer, encadrer et gérer les risques inhérents à ce nouveau contexte.

Le décloisonnement des secteurs d'activité par des transversalités, comme celui de l'encadrement de nuit, permet d'assurer la cohérence de la prise en charge des patients. Le maintien de celui ci, permet de préserver la permanence et l'organisation des soins, en garantissant une continuité de fonctionnement des services et des équipements dans un objectif de sécurité. Ainsi, le choix stratégique de mettre en place ou non une permanence de l'encadrement dépend d'un choix institutionnel et engage le directeur des soins.

Or, l'étude que nous avons menée, à démontrer que l'orientation générale des CHU, est de maintenir un minimum de permanence d'encadrement la nuit aux urgences. Ainsi, la plus value de la présence du cadre de nuit aux urgences est apportée par une meilleure coordination de la prise en charge des patients la nuit avec une réponse opérationnelle. Ses capacités de résolution de problème, d'analyse des situations atypiques en font un acteur institutionnel prépondérant.

Toutefois, cette problématique a fait émerger un questionnement général sur l'organisation de l'encadrement et notamment sur la gestion des équipes de nuit.

En effet, nous avons vu que les bénéfices apportés par la sectorisation géographique de l'encadrement de nuit se situaient dans la gestion des équipes de nuit à travers les plannings, et dans l'adéquation des moyens humains selon la charge de travail.

Mais aussi, dans un accompagnement, un soutien des équipes et une réponse à leurs attentes en réduisant le sentiment d'isolement. Toutefois, une difficulté majeure ressort par rapport à l'évaluation des pratiques professionnelles et le manque d'accompagnement des projets de pôle du fait de l'étendue de leurs secteurs.

Néanmoins, dans tous les cas, les cadres de nuit souhaitent avoir un CSS comme référent pour avoir plus rapidement les informations institutionnelles, et pour répondre à leur besoin d'appartenance collective.

Ainsi, la question de rattacher l'encadrement de nuit au CSS du pôle des urgences ou à un CSS en missions transversales se pose selon le profil de poste établi.

Enfin, la difficile question du manque d'attractivité sur ces postes s'accompagne d'une réflexion autour, d'une rétribution financière liée au temps passé de jour, mais aussi, d'associer pleinement ces cadres, aux travaux ou projets institutionnels.

Une réflexion sur cet encadrement transversal doit donc être impulsée par la direction des soins responsable de l'organisation des soins et de la politique de management.

Enfin, si la permanence de l'encadrement de nuit, entraîne des controverses et des positions contradictoires inhérentes, aux contextes singuliers des établissements, nous sommes convaincus que cette plus value favorise la cohérence institutionnelle selon le positionnement qui leur est donné.

Dès lors, le directeur des soins aura à afficher clairement sa volonté de faire aboutir ce projet, dans toutes les négociations qu'il aura inmanquablement à mener, pour le repositionner, dans une dimension transversale, et comme une composante dans le projet de prise en charge au regard du projet d'établissement.

---

## Bibliographie

---

### TEXTES REGLEMENTAIRES :

**REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991**, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, journal officiel de la République Française, 2 août 1991.

**REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996**, Loi n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hôpital public et privé, journal officiel de la République Française, n°98, 25 avril 1996.

**REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991**, Décret n°91-1271 du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs des services médicaux de la fonction publique hospitalière, journal officiel de la République Française, 20 décembre 1991.

**REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002**, Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, journal officiel de la République Française, 23 avril 2002.

**REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005**, Ordonnance n°2005-406 du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, journal officiel de la République Française, 3 mai 2005.

**REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005**, Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activités et à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé, journal officiel de la République Française, 28 décembre 2005.

### OUVRAGES :

**CROZIER M.**, 1992, « l'acteur et le système », Editions du Seuil.

**FRIEDBERG E.**, 1988, « *l'analyse sociologique des organisations* », Revue Pour, n°28, Paris, L'Harmattan, 126p.

**MINTZERG H.**, 2005, «Structure et dynamique des organisations», Les Editions d'Organisation, p 19.

**MORIN P.**, 2002, « le manager à l'écoute du sociologue » Editions d'Organisation.

**SERIEYX H., JISSEY, BATTON P., RAYNAL J.**, 2001, « Est ce que le manage.....ment ? » Les Editions d'Organisation p 84.

**VILCOT C., LECLET H.**, 2006, «Indicateurs qualité en santé, certification et évaluation des pratiques professionnelles. » Afnor 2<sup>ème</sup> édition, La Plaine Saint Denis, 162p.

**ONEMFPH** Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, 2007, « Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière.» ENSP tome 1, et tome 2, Rennes, 207p et 326p.

#### **ARTICLES :**

**COUDRAY M.A., BARTHES R.**, 2006, « le management hospitalier à la croisée des chemins. » Revue Gestion hospitalière, p18.

**DRESS** juin 2002, n°37 p 24

**LASCOLS.S.**, juillet 2008 « La déconcentration de gestion : du contrat aux tableaux de bord. » intitulé du cours EHESP.

**FAURE A.**, 2006, « nouvelle gouvernance, inquiétude et espoirs des futurs acteurs » Revue Gestion Hospitalière, p 29.

**FRAISSE S., ROBELET M., VINOT D.**, 2003, « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles. » Revue française de gestion, n°146,pp. 155-166.

**SCHWEYER F.X.**, 2005, « l'hôpital, une transformation sans fin. » Revue Soins n° 699 p 34.

## **MEMOIRES EHESP :**

**NAUCHE M.**, 2007, « L'organisation en pôles d'activité : une opportunité pour le directeur des soins d'initier un nouveau mode managérial ». Mémoire filière directeur des soins : ENSP, Rennes, 60 p.

**TABYAOU I.**, 2007, « cadres supérieurs de santé et pôles d'activités : enjeu managérial pour le directeur des soins dans ces changements ». Mémoire filière directeur des soins : ENSP, Rennes, 64 p.

**GIRARD C.**, 2005, « Une gestion des équipes de nuit pour améliorer la qualité des soins en psychiatrie. » Mémoire filière directeur des soins, ENSP, Rennes 69p.

## **SITES INTERNET :**

<http://www.reformes-hospitalieres.com>

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.fhf.fr>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : guide d'entretien des directeurs de soins

Annexe 2 : guide d'entretien des cadres de nuit

Annexe 3 : guide d'entretien des cadres supérieurs

Annexe 4 : guide d'entretien des cadres de jour

## **Annexe 1 : Guide d'entretien des directeurs de soins**

Bonjour, je m'appelle Catherine Bartonicek et je suis directeur des soins actuellement en formation à l'EHESP. L'objet de mon travail, dans le cadre d'un mémoire professionnel, porte sur les effets des différents modes d'encadrement de nuit en CHU et leurs enjeux ainsi que sur leurs répercussions sur la qualité de la prise en charge du patient.

Le traitement des informations recueillies sera traité dans l'anonymat.

### **L'encadrement des équipes de soins de nuit :**

- J'aimerais que vous me parliez de l'encadrement des équipes de nuit : son mode d'organisation ? son fonctionnement ? ses aspects positifs ? ses difficultés ?
- Pensez vous que la mise en place des pôles impliquent une modification du mode de management des équipes de nuit ? et des cadres de nuit ?
- Rencontrez-vous des difficultés à affecter un cadre de santé à un poste de nuit ? Pourquoi ?

### **Perception de la fonction :**

- Comment définiriez-vous le rôle du cadre de nuit et ses missions?
- Quelles sont vos attentes de la fonction du cadre de nuit dans le contexte des pôles ?
- Quelles différences faites-vous entre le champ d'exercice du cadre de nuit et celui du cadre supérieur de pôle ?

### **Continuité de la prise en charge :**

- Selon vous, comment le cadre de nuit participe t-il à améliorer la prise en charge de la personne soignée ?

### **Fonctionnement au sein de l'institution :**

- Quels modes de fonctionnement avez vous établi avec les cadres de nuit ?
- Comment sont ils impliqués dans les projets ?
- Pensez-vous pouvoir favoriser le décloisonnement des secteurs de soins et de quelle manière ?

Je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien.

## **Annexe 2 : Guide d'entretien des cadres de santé de nuit**

Bonjour, je m'appelle Catherine Bartonicek et je suis directeur des soins actuellement en formation à l'EHESP. L'objet de mon travail, dans le cadre d'un mémoire professionnel, porte sur les effets des différents modes d'encadrement de nuit en CHU et leurs enjeux ainsi que sur leurs répercussions sur la qualité de la prise en charge du patient.

Le traitement des informations recueillies sera traité dans l'anonymat.

### **L'encadrement des équipes de soins de nuit :**

- J'aimerais que vous me parliez de l'encadrement des équipes de nuit : son mode d'organisation ? son fonctionnement ? ses aspects positifs ? ses difficultés ?
- Avez-vous fait le choix de travailler, en tant que cadre, sur un poste de nuit ?
- Pensez vous que la mise en place des pôles impliquent une modification du mode de management des équipes de nuit ? et des cadres de nuit ?

### **Perception de la fonction :**

- Comment définiriez-vous le rôle du cadre de nuit et ses missions?
- Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans votre travail et comment parvenez vous à les résoudre ?
- Quelles sont vos attentes de la fonction du cadre de nuit dans le contexte des pôles ?
- Quelles différences faites-vous entre le champ d'exercice du cadre de nuit et celui du cadre supérieur de pôle ?
- Avec qui êtes vous amené à travailler le plus souvent ?

### **Continuité de la prise en charge :**

- Selon vous, comment le cadre de nuit participe t-il à améliorer la prise en charge de la personne soignée ?

### **Fonctionnement au sein de l'institution :**

- Quels modes de fonctionnement avez vous établi avec la direction des soins?
- Comment vous impliquez vous dans les projets de pôles ? et les projets institutionnels ?
- Avez-vous des missions institutionnelles ? Lesquelles ?

Je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien.

### **Annexe 3 : Guide d'entretien des cadres supérieurs de santé**

Bonjour, je m'appelle Catherine Bartonicek et je suis directeur des soins actuellement en formation à l'EHESP. L'objet de mon travail, dans le cadre d'un mémoire professionnel, porte sur les effets des différents modes d'encadrement de nuit en CHU et leurs enjeux ainsi que sur leurs répercussions sur la qualité de la prise en charge du patient.

Le traitement des informations recueillies sera traité dans l'anonymat.

#### **L'encadrement des équipes de soins de nuit :**

- J'aimerais que vous me parliez de l'encadrement des équipes de nuit : son mode d'organisation ? son fonctionnement ? ses aspects positifs ? ses difficultés ?
- Comment impliquez-vous le personnel de nuit dans le projet de pôle ?
- Pensez vous que la mise en place des pôles impliquent une modification du mode de management des équipes de nuit ? et des cadres de nuit ?

#### **Perception de la fonction :**

- Comment définiriez-vous le rôle du cadre de nuit et ses missions?
- Quelles différences faites-vous entre le champ d'exercice du cadre de nuit et celui du cadre supérieur de pôle ?
- Quelles sont vos attentes de la fonction du cadre de nuit dans le contexte des pôles ?

#### **Continuité de la prise en charge :**

- Selon vous, comment le cadre de nuit participe t-il à améliorer la prise en charge de la personne soignée ?

#### **Fonctionnement au sein de l'institution :**

- Comment impliquez-vous le cadre de nuit dans le projet de pôle ?
- Quels sont vos liens avec le cadre de nuit par rapport aux missions institutionnelles?

Je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien.

## **Annexe 4 : Guide d'entretien des cadres de santé de jour**

Bonjour, je m'appelle Catherine Bartonicek et je suis directeur des soins actuellement en formation à l'EHESP. L'objet de mon travail, dans le cadre d'un mémoire professionnel, porte sur les effets des différents modes d'encadrement de nuit en CHU et leurs enjeux ainsi que sur leurs répercussions sur la qualité de la prise en charge du patient.

Le traitement des informations recueillies sera traité dans l'anonymat.

### **L'encadrement des équipes de soins de nuit :**

- J'aimerais que vous me parliez de l'encadrement des équipes de nuit : son mode d'organisation ? son fonctionnement ? ses aspects positifs ? ses difficultés ?
- Pensez vous que la mise en place des pôles impliquent une modification du mode de management des équipes de nuit ? et des cadres de nuit ?

### **Perception de la fonction :**

- Comment définiriez-vous le rôle du cadre de nuit et ses missions?
- Quelles sont vos attentes de la fonction du cadre de nuit dans le contexte des pôles ?
- Quels sont vos liens avec le cadre de nuit ?

### **Continuité de la prise en charge :**

- Selon vous, comment le cadre de nuit participe t-il à améliorer la prise en charge de la personne soignée ?

### **Fonctionnement au sein de l'institution :**

- Selon vous, comment le cadre de nuit participe-t-il au projet de pôle et aux projets institutionnels ?

Je vous remercie de m'avoir accordé cet entretien.