



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

INFIRMIÈRE GÉNÉRALE

Date du Jury : 25 –26/10/2001

**INFLUENCE DE LA GESTION DES ÉQUIPES DE NUIT
SUR LA CONTINUITÉ
DES SOINS INFIRMIERS.**

Chantal JEANMOUGIN

SOMMAIRE

SIGLES UTILISES	5
INTRODUCTION	6
PREMIERE PARTIE : PRÉSENTATION DU CADRE DE REFERENCE ET DESCRIPTION DES SITUATIONS DE TERRAIN.	9
I LE TRAVAIL DE NUIT	9
A. LA REGLEMENTATION DU TRAVAIL DE NUIT	9
B. L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE NUIT	10
C. LA REMUNERATION DU TRAVAIL DE NUIT	10
D. LES MOTIVATIONS POUR LE TRAVAIL DE NUIT	11
E. LES EFFETS DU TRAVAIL DE NUIT	12
1. SUR L'INDIVIDU	12
2. SUR LE TRAVAIL DE L'AGENT	13
3. SUR LA VIE FAMILIALE ET SOCIALE DE L'AGENT	14
II. LA CONTINUTE DES SOINS JOUR-NUIT :	14
A. LES SOINS LA NUIT	14
UN PEU D'HISTOIRE SUR LES SOINS LA NUIT	15
B. LES CONDITIONS NECESSAIRES A LA CONTINUTE DES SOINS JOUR-NUIT	17
C. LES ENJEUX DE LA CONTINUTE DES SOINS	18
1. LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS	19
2. LA SECURITE, LA QUALITE DES SOINS ET L'ACCREDITATION DE L'ETABLISSEMENT	19
3. LA SATISFACTION DU SOIGNANT, LE SENTIMENT D'APPARTENANCE A UNE EQUIPE.	21
III LE MANAGEMENT DES EQUIPES DE NUIT	21
IV LE ROLE DU CADRE INFIRMIER DE NUIT	22
LE CONTEXTE DE L'ETUDE	24
I. PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS	24
II. PRESENTATION DES UNITES DE SOINS	24
III. LE ROLE DU CADRE CHARGÉ DES EQUIPES DE NUIT	25

IV. LES EFFECTIFS JOUR/NUIT, LA QUALIFICATION DES PERSONNELS ET LA CHARGE EN SOINS	26
V. LES HORAIRES ET ROULEMENTS DE TRAVAIL	27
VI. ABSENTEISME DU PERSONNEL DE NUIT	30
DEUXIEME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUETE, RESULTATS.	33
I. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	33
A. CHOIX DE LA METHODE DE RECUEIL DE DONNEES	33
B. CHOIX DE LA POPULATION INTERROGEE	33
C. LA GRILLE D'ENTRETIEN	34
D. LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS	34
II. ANALYSE DES ENTRETIENS	35
A. L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE NUIT	35
1. LA GESTION DES EQUIPES DE NUIT	35
2. LES SOINS, LA NUIT	39
LES IDE ET LA SECURITE DES SOINS LA NUIT	42
3. LE VECU DU TRAVAIL DE NUIT PAR LES INFIRMIERES	43
4. LE RATTACHEMENT DES EQUIPES DE NUIT	44
5. L'EVALUATION DU TRAVAIL DE NUIT	45
En résumé de ce premier point	46
B. LA GESTION DE L'ABSENTEISME	46
En résumé de ce deuxième point : la gestion de l'absentéisme	48
C. LA CONTINUTE DES SOINS ENTRE L'EQUIPE DE JOUR ET L'EQUIPE DE NUIT	49
1. LA QUALIFICATION ET LA COMPETENCE DU PERSONNEL DE NUIT	49
Affectation et intégration dans l'équipe	49
2. UNE PRESENCE PERMANENTE	51
3. ELEMENTS EXPRIMES PERMETTANT DE CONTRIBUER A LA CONTINUTE DES SOINS JOUR-NUIT	51
a) Le poste de cadre infirmier de nuit	51
b) Les outils de communication	52
c) Le personnel de nuit	54
d) Un management du service pour la continuité des soins	55
4. ELEMENTS RESENTIS COMME DES FREINS A LA CONTINUTE DES SOINS JOUR-NUIT	55
a) Le fait qu'une équipe soit de jour et une autre de nuit	55
b) Les effets du travail de nuit sur l'individu	55

c) La conception de la Personne, du Soins, de l'Accueil, de la part des acteurs de soins _____	55
En résumé de ce dernier point : La continuité des soins _____	57
III VERIFICATION DE L'HYPOTHESE DE RECHERCHE _____	57
TROISIEME PARTIE : PROPOSITION d' ACTIONS POUR UNE DIRECTION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS. _____	60
PREALABLES _____	60
I. PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR ASSURER LA CONTINUITE DES SOINS JOUR/NUIT _____	61
A. LA QUALIFICATION DU PERSONNEL DE NUIT _____	61
B. LA COMPETENCE DU PERSONNEL _____	62
C. L'ENCADREMENT DES EQUIPES DE NUIT _____	63
D. LA COMMUNICATION ENTRE EQUIPES ET LES SOINS INFIRMIERS LA NUIT _	64
II. PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL DE NUIT _____	65
A.L'INFORMATION DU PERSONNEL DE NUIT SUR LE TRAVAIL DE NUIT _____	65
B. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL DE NUIT _____	66
III PROPOSITION D' ACTIONS POUR AMELIORER L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE NUIT ET LA GESTION DE L'ABSENTEISME DU PERSONNEL DE NUIT _____	68
Synthèse actions proposées _____	69
CONCLUSION _____	71
LEXIQUE _____	73
ANNEXES _____	74
ANNEXE I _____	75
PROFIL DE POSTE DE CI DE NUIT _____	75
ANNEXE II _____	78
MATRICE PAR PROFILS _____	78
ANNEXE III _____	79
GRILLES D'ENTRETIEN _____	79

INFIRMIER(E)	79
CADRE INFIRMIER ET CADRE SUPERIEUR INFIRMIER	80
DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS	81
ANNEXE IV	82
CONTRAT DE COMMUNICATION	82
ANNEXE V	83
PROFIL DE POSTE DE CADRE DE NUIT ETABLISSEMENT A	83
EVALUATION DU CADRE INFIRMIER DE NUIT ET DE SON FONCTIONNEMENT	86
BIBLIOGRAPHIE	88
TEXTES OFFICIELS	89
ARTICLES - OUVRAGES.	90
DOCUMENTS NON PUBLIES	93

SIGLES UTILISES

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

AP : Auxiliaire de Puériculture

AS : Aide- Soignant(e)

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CI : Cadre Infirmier (= grade : Surveillant (e) des services médicaux)

CIS : Cadre Infirmier Supérieur (= grade : Surveillant (e) Chef des services médicaux)

CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DRH : La Direction des Ressources Humaines / Le Directeur des Ressources Humaines

DSSI : Le Directeur du Service de Soins Infirmiers/ La Direction du Service de Soins Infirmiers

ETP : Equivalent Temps Plein

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

IBODE : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat

IDE : Infirmier ou Infirmière Diplômée d'Etat

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IG : Infirmier(e) Général(e)

IP : Infirmière Puéricultrice ou Infirmier Puériculteur

PNL : Programmation Neuro – Linguistique

PRN : Projet Recherche Nursing

RTT : Réduction du Temps de Travail

SICS : Service Infirmier de Compensation et de Suppléance

SAU : Service d'Accueil et d'Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

INTRODUCTION

En regardant de l'extérieur un hôpital, la nuit, la quantité des éclairages signifie que c'est un lieu où l'activité est importante, même si elle l'est moins que dans la journée. Le personnel de nuit accueille des patients, surveille l'état de santé des hospitalisés, réalise les soins préventifs, techniques, relationnels et accompagne des personnes en fin de vie.

Le patient hospitalisé va quant à lui, essayer de trouver un peu de repos entre les interventions, parfois multiples, du personnel soignant.

L'absentéisme du personnel de nuit est un problème récurrent dans les établissements de santé. Ce problème est majoré par la nécessité de remplacer impérativement les absences, du fait du nombre restreint d'agents dans les unités de soins, la nuit. La gestion de cet absentéisme est réalisée différemment d'un établissement à l'autre ; elle peut être confiée à un Cadre infirmier supérieur (CIS) de nuit ou de jour, à un Cadre infirmier (CI) de nuit ou au CI de chaque unité de soins de jour.

Nous avons le sentiment que la qualité des soins infirmiers la nuit et leur continuité ne sont pas optimales, du fait du remplacement au pied levé, par des agents qui ne connaissent pas toujours l'unité dans laquelle ils sont affectés. Les effectifs en place la nuit, l'absence d'encadrement parfois, laissent à penser que l'importance des soins la nuit a été minimisée ; l'histoire a eu peut être un rôle prégnant dans la réalité d'aujourd'hui.

L'Infirmier(e) général(e) (IG), Directeur du Service de soins infirmiers (DSSI) doit coordonner l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assurer l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers (de jour et de nuit). Il participe à la gestion des personnels du Service de soins infirmiers, dont il propose l'affectation¹. L'Infirmier général(e) contribue à la mise en œuvre d'une politique de qualité des soins, l'un des aspects de la qualité des soins étant la continuité des soins.

Cette problématique nous amène à formuler cette question de recherche : comment gérer le remplacement des absents de nuit pour assurer la continuité des soins ?

Et en sous questions : quelle est la place du Directeur du service de soins infirmiers ? du cadre de nuit ? de jour ? Vaut-il mieux que ce soit un seul cadre ? (de jour ? de nuit ?), qui

¹ Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

gère ces équipes ? Qu'est-ce que cela apporte de rattacher les équipes de nuit au cadre de jour ?

L'hypothèse de recherche peut être formulée ainsi :

Le rattachement des équipes de nuit au cadre infirmier de jour améliore la gestion de l'absentéisme et assure la continuité des soins.

Nous allons tenter de la vérifier en proposant l'approche suivante :

- Dans une première partie, nous aborderons le cadre de référence et les situations rencontrées lors de la recherche
- Dans la seconde partie, nous présenterons la méthodologie de la recherche, les résultats obtenus
- Et enfin dans la dernière partie, les propositions d'actions pour une Direction du Service de Soins infirmiers.

PREMIERE PARTIE :
PRESENTATION DU CADRE DE REFERENCE
ET DESCRIPTION DES SITUATIONS DE TERRAIN.

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU CADRE DE REFERENCE ET DESCRIPTION DES SITUATIONS DE TERRAIN.

I LE TRAVAIL DE NUIT

Travailler de nuit peut être un choix pour des raisons personnelles, familiales ou financières ; le poste de nuit peut être le seul proposé à l'agent par l'employeur, du fait des difficultés pour affecter sur ces postes, des agents volontaires et de la nécessité d'assurer la continuité des soins. Le travail de nuit peut être aussi l'une des contraintes lorsque l'on a fait le choix de travailler dans un secteur où les roulements jour-nuit sont institués. Et enfin, travailler de nuit peut être un choix professionnel de l'agent.

Le travail de nuit est difficile et pour bien le comprendre, nous allons l'envisager sous tous ses aspects.

A.LA REGLEMENTATION DU TRAVAIL DE NUIT

La nécessité de la continuité des soins a justifié la première exception à l'interdiction du travail de nuit des femmes.

Un protocole (N°1) signé entre le Ministre chargé de la santé et les organisations syndicales le 15 novembre 1991, a prévu la diminution de la durée du travail de nuit de 39 heures à 35 heures par semaine, au plus tard le 31 décembre 1993. Une circulaire du 23 décembre 1991 explicite le contenu de ce protocole : « pour tenir compte de la pénibilité particulière du travail de nuit (perturbations physiologiques, difficultés dans la vie familiale, isolement professionnel), il a été considéré que le travail effectif accompli pendant 35 heures pendant une semaine ou une quinzaine équivaut à un travail effectif pendant 39 heures ».

Le travail de nuit est de 35 heures hebdomadaires dans les établissements de santé. Cette mesure découle des mouvements sociaux qui ont affecté les établissements de santé en 1988 et 1991 et s'inscrit dans un programme d'amélioration des conditions de travail. Sur le plan juridique ce protocole ne s'imposait pas aux hôpitaux mais ils ont été fortement incités à l'appliquer en faisant délibérer les conseils d'administrations dans ce sens. Des moyens nécessaires d'accompagnement ont été prévus pour compenser les effets de la réduction hebdomadaire du travail de nuit, notamment la création de 4000 emplois d'infirmiers (IDE) et d'aides-soignants (AS). Cette mesure n'a couvert qu'une partie des besoins et les établissements ont dû prendre en charge une partie des emplois et modifier les modalités du temps de travail.

La durée du travail : Le temps de travail est fixé par l'ordonnance du 26 mars 1982 et le Décret du 6 octobre 1982 qui ont ramené :

- la journée de travail à 10H30 maximum au lieu de 11 heures
- les heures supplémentaires à 20 H par mois au lieu de 25 heures.
- la durée ininterrompue entre deux journées de travail : celle-ci ne peut être inférieure à 12 heures.
- la durée quotidienne du travail de nuit qui ne peut excéder 10 heures ².

Le cadre réglementaire du travail de nuit est clairement défini, les organisations syndicales veillent à son application et nous pouvons penser qu'il va prochainement évoluer puisque la réduction du temps de travail à 35 heures hebdomadaires va être appliquée aux agents qui travaillent de jour. Il va probablement s'ensuivre des négociations pour une réduction du temps de travail de nuit.

B. L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE NUIT

La mise en œuvre du protocole du 15 novembre 1991 sur la réduction du temps de travail de nuit a nécessité une réflexion préalable dans les établissements de santé. Certains ont profité de cette opportunité pour appliquer l'article 2 de l'Ordonnance du 26 mars 1982, concernant la durée quotidienne du travail de nuit qui ne peut excéder 10 heures.

Cette réorganisation du travail de nuit a entraîné parfois :

- une diminution des temps de relève du matin et du soir.
- une modification des roulements de nuit pour faire 35 heures hebdomadaires.
- un statu quo avec récupérations des heures supplémentaires sous forme de roulements de nuit de repos.

Le personnel de nuit peut être géré par un cadre infirmier de nuit (voire un cadre infirmier supérieur) ou être rattaché au cadre infirmier de jour de l'unité de soins d'affectation. Nous aborderons le mode de gestion des équipes de nuit dans la présentation des établissements où s'est déroulée la recherche.

C. LA REMUNERATION DU TRAVAIL DE NUIT

Une indemnité horaire pour le travail de nuit entre 21H et 6H avec majoration pour certains agents effectuant un travail intensif de nuit est prévue par l'ordonnance du 18 mars 1981.³

L'agent qui travaille de nuit bénéficie d'indemnités de travail de nuit qui s'élèvent à 6.82F (1,03 euro) pour une heure de travail de nuit (soit 9 indemnités à 6.82F par nuit) donc 61.38F

² Ordonnance n° 272 du 26 mars 1982 et Décret d'application n° 82-870 du 6 octobre 1982.

³ Statut de la fonction publique hospitalière

(9,35 euros) par nuit, augmentées des indemnités de dimanches et jours fériés lorsque c'est le cas. L'ensemble représente approximativement un supplément de salaire de 845F (128,81 euros) mensuels pour une infirmière⁴ de nuit par rapport à une infirmière de jour, pour deux dimanches travaillés dans le mois. Cette différence est non négligeable parfois dans le choix qui s'impose à l'infirmière : travail de jour ? ou travail de nuit ?

D. LES MOTIVATIONS POUR LE TRAVAIL DE NUIT

Travailler la nuit peut être un choix professionnel : « *La nuit, dit Michel, c'est notre isolement qui est au cœur de notre activité. Moi je suis souvent seul. J'aime bien être seul* ». ⁵ Le goût de la solitude, une certaine tranquillité peuvent être des motifs pour choisir le travail de nuit. Mais être seul, c'est aussi se trouver confronté seul face à des situations difficiles et à des choix (alerter ou attendre ?).

Des professionnels qui ont travaillé de nuit, sans en avoir fait le choix au départ, ont décidé d'y rester ensuite par plaisir. Anne Marie RABIET⁶, dans son étude réalisée, il y a vingt ans, mettait en évidence les bons côtés du travail de nuit, exprimés par les infirmières :

- une bonne entente et une entraide des équipes de nuit ; une relation avec les équipes médicales plus simple et facile.
- de meilleures relations avec les malades où la dimension psychologique des soins peut être exercée.
- une organisation indépendante et pensée du travail
- une variété et un intérêt du travail
- une prise de responsabilités et d'initiatives importantes.

Dans sa recherche sur le travail de nuit, Anne PERRAULT-SOLIVERES ⁷ dit que « les seules vraies infirmières sont celles de nuit » (propos recueillis par entretien téléphonique) ; en effet, selon l'auteur, « la nuit offre aux Infirmières l'occasion de soigner plus en accord avec les valeurs qui ont motivé leur engagement ».

⁴ Lire à chaque fois, selon le cas : INFIRMIER, INFIRMIERE, INFIRMIER GENERAL, INFIRMIERE GENERALE.

⁵ FRIARD D – « L'isolement, la nuit » – Colloque ERAP : « Le service de nuit dans tous ses états ». Mai 1998. Serpsy@serpsy.org.

⁶ RABIET Anne -Marie- La nuit des infirmières - Etude sur les soins et le service - LYON - AMIEC – Numéro spécial 1980

⁷ PERRAULT – SOLIVERES Anne – « Infirmières, le savoir de la nuit » - Thèse de Doctorat en Sciences de l'Education – PARIS VIII – Parution prévue en novembre 2001 (Editions PUF).

E. LES EFFETS DU TRAVAIL DE NUIT

«Des fois en plein hiver, je ne vois jamais le soleil, je me lève, la nuit tombe et je vais bosserje reviens toujours la nuit »⁸ exprime cette personne qui travaille dans une administration de nuit.

Le travail de nuit, qu'il soit un choix ou une contrainte liée au poste occupé a des effets sur la personne elle-même mais aussi sur sa vie, familiale et/ou sociale. Ces effets, la personne ne les avait peut-être pas envisagés lors de son choix. Le travail de nuit modifie non seulement le mode de vie des intéressés, mais aussi leurs rythmes physiologiques.

1. SUR L'INDIVIDU

Des études ergonomiques ont mis en évidence que le travail de nuit avait des effets sur l'individu (M. ESTRYN-BEHAR⁹) :

- des effets biologiques : lorsque le travailleur ne dort pas aux heures habituelles, la nuit, on observe un décalage progressif des courbes des variables biologiques dans le nycthémère¹⁰ :
 - les courbes de température et de pouls changent en quelques jours
 - les courbes d'excrétion rénale et de sécrétion endocrinienne se modifient en quelques semaines.
- des troubles du sommeil avec réduction de la quantité et de la qualité du sommeil. Les troubles du sommeil existent dans toutes les combinaisons d'horaires comprenant le travail de nuit, que les horaires soient variables ou fixes.

Les causes de la réduction de la quantité et de la qualité du sommeil sont liées :

- au rythme nycthéméral, qui dirige les phases du sommeil
- au décalage par rapport au cycle naturel et à la vie sociale qui lui est associée (lumière, bruit ..).
- aux caractéristiques du travail effectué avant l'endormissement.

Les effets de la réduction du sommeil

La réduction du sommeil entraîne des modifications profondes de ses phases, notamment une réduction de la durée des phases de sommeil paradoxal¹¹. Des expériences de

⁸ BOURDIEU Pierre – La misère du monde - Editions du Seuil – 1983.

⁹ ESTRYN-BEHAR Madeleine– Ergonomie hospitalière – Théorie et pratique – Ed ESTEM – 1996.

¹⁰ Nycthémère (Cf LEXIQUE) : Unité de temps formée par la succession d'un jour et d'une nuit.

¹¹ Sommeil paradoxal (cf LEXIQUE) : Phase de sommeil rapide de 10 à 40 minutes qui correspond à la période des rêves.

réduction du sommeil paradoxal provoquent un état anxieux, une irritabilité avec grand appétit et prise de poids.

Des troubles généraux multiples constatés chez des personnels travaillant de nuit, ont été étudiés dans de nombreux travaux¹², notamment :

- la fatigue accrue
- des troubles digestifs liés aux changements des horaires et de la composition des repas
- la prise de poids
- des troubles de l'humeur liés aux altérations du sommeil et aux pathologies digestives
- des variations de l'effet des médicaments, en fonction de la période du nycthémère
- un effet éventuel sur le vieillissement et la durée de vie
- un risque accru de naissances d'enfants prématurés ou de petit poids.

2. SUR LE TRAVAIL DE L'AGENT

Un pic prononcé de fatigue a été observé par ACKERSTEDT¹³, dans la deuxième moitié de la nuit. De manière générale, il y a une dégradation des performances en particulier des temps de réactions durant le poste de nuit, spécialement entre 3 et 6H. Dans les travaux d' ACKERSTEDT (1988), une revue de la littérature démontre que le travail de nuit de l'équipe est associé à une augmentation subjective, comportementale et physiologique de la somnolence. Une baisse de la température corporelle a pu être relevée dans l'étude conduite par BLANCHARD et coll¹⁴. La somnolence est plus prononcée la nuit et peut entraîner des accidents ou des endormissements au travail. POULTON et coll (1978)¹⁵ ont démontré l'augmentation parallèle du nombre des erreurs des médecins (internes) en fonction de leur dette de sommeil. LAVENAN et coll (1980)¹⁶ lors de leur recherche, ont observé dans deux services de prématurés qu'au fur et à mesure où la nuit s'écoule, le nombre de lavages de mains chute de moitié ; d'autre part des gestes deviennent automatiques avec une diminution du nombre de fois où le bébé est réveillé avec douceur et où l'infirmière parle à l'enfant (71% d'éveils sans paroles à 6H contre 37% à minuit et 3H).

¹² ESTRYN-BEHAR Madeleine Op. Cit.

¹³ in ESTRYN-BEHAR Madeleine Op. Cit.

¹⁴ in ESTRYN-BEHAR M. Op. Cit. : BLANCHARD et coll – Incidents des rythmes biologiques sur le travail de nuit – Actes du Colloque – L'ergonomie à l'hôpital – Ed OCTARES – TOULOUSE -

¹⁵ in ESTRYN-BEHAR M. Op. Cit. : POULTON et coll – The performance of junior hospital doctors following reduced and long hours of work – Ergonomics – 1978 – 21.4 – p 279-295.

¹⁶ LAVENAN – « Retentissement du travail de nuit sur l'exécution des soins » - mémoire Ecole de cadres – AP-HP – 1980, cité dans l'exposé M. ESTRYN-BEHAR : Risques d'erreurs et conditions de travail.

3. SUR LA VIE FAMILIALE ET SOCIALE DE L 'AGENT

Le travail de nuit, même si c'est un choix, entrave quelque peu les relations sociales. Il est difficile pour les travailleurs de prendre leurs repas, d'avoir des activités en famille et de suivre l'éducation des enfants. « Le travail de nuit et l'éducation des enfants en bas âge sont des sources de fatigue accrue, conduisant à une dégradation des relations familiales »¹⁸.

On note aussi des difficultés à participer à des activités sociales collectives de nature éducative, sportive ou culturelle. Ceci amène le travailleur de nuit à rechercher des activités occupationnelles individuelles. Les effets du travail de nuit sont dépendants aussi du mode de vie de l'individu (zone géographique et vie rurale ou urbaine)¹⁷.

II. LA CONTINUITÉ DES SOINS JOUR-NUIT :

La continuité des soins est « le caractère de la prise en charge des soins, dont la permanence et la cohérence reposent sur l'action concertée des différentes personnes qui participent au projet de soins »¹⁸. Une action est dite concertée lorsqu'il existe « un mode de collaboration par lequel différents professionnels de la santé et acteurs socio-économiques planifient et réalisent ensemble un projet de soins »¹⁸. Le projet de soins est défini comme « le plan d'action élaboré par une équipe soignante pluridisciplinaire, avec la collaboration du patient et/ou de sa famille »¹⁸.

A. LES SOINS LA NUIT

Les soins infirmiers la nuit ont été sans doute moins considérés que ceux de jour par les responsables des établissements de soins. Pour nous en convaincre, il suffit de comparer les effectifs des personnels des unités de soins, de jour et de nuit ou même parfois la qualification de ces personnels. Dans l'esprit de certains responsables, les patients dorment la nuit à l'hôpital et le personnel veille sur leur sommeil ; d'ailleurs dans certains services, ils sont encore appelés « veilleurs ». Si les patients passent la nuit à l'hôpital, c'est parce que leur état requiert des soins, sinon ils seraient pris en charge en ambulatoire. D'autre part, la durée moyenne de séjour tend à diminuer dans les établissements de courts séjours, le turn over des patients est plus important, donc les soins plus intenses.

¹⁷ ESTRYN-BEHAR Madeleine- Op.Cit.

¹⁸ Ensemble d'Infirmiers sous la direction de R. MAGNON ET G. DECHANOZ – Dictionnaire des soins infirmiers – LYON - AMIEC – 1995.

Des éléments historiques peuvent nous permettre de mieux comprendre la réalité d'aujourd'hui.

UN PEU D'HISTOIRE SUR LES SOINS LA NUIT

Au XIX^e siècle, les soins aux malades sont pris en charge dans les hôpitaux par les religieuses. Le service de nuit à l'époque était assuré par une seule religieuse pour tout un hôpital ; toutes les religieuses de la congrégation assuraient des nuits par roulement. La responsabilité des soins pouvait être confiée à une religieuse blanchisseuse ou cuisinière, qui assurait un rôle de surveillance. Les soins étaient prodigués par des mercenaires ignorants. Cette organisation changera lorsque les médecins saisiront l'administration devant l'augmentation des rechutes et décès survenant la nuit.¹⁹

Ces mercenaires appelés gardes-malades, salariés des médecins ont rempli des fonctions de soignants dans les hôpitaux jusqu'au relèvement du niveau moral et de l'instruction des soignantes. « *Ces employées ignorantes sont chargées du service si important de veille et dans les hôpitaux de PARIS, les nouvelles venues sont justement placées dans le service nocturne, regardé comme secondaire et rebutant* »²⁰.

L'initiatrice en Angleterre, comme dans tous les pays du monde, de la carrière professionnelle des gardes-malades fut Florence NIGHTINGALE.

En 1877, à PARIS, on congédie les religieuses pour les remplacer par du personnel laïque. La première école professionnelle fut ouverte en avril 1878.

« *La nuit, le service est abandonné aux nouveaux employés. C'est toujours la conception de la profession de garde-malade regardée comme un métier rebutant : on se décharge de la part la plus pénible sur l'apprenti* »²¹. L'évolution au cours de la première moitié du XX^e siècle fut lente avec l'ouverture d'écoles d'infirmières et enfin la professionnalisation nécessaire pour exercer l'art de soigner. Pour traduire cette lente progression et les difficultés liées à la professionnalisation, un extrait du journal (datant de 1948) de trois professeurs de chirurgie en témoigne « *le service de jour est tout juste suffisant pour assurer les soins qui sont obligatoires. Quant au service de nuit, on ne peut en parler sans faire de réserves formelles. Il n'y a pour une salle qu'une veilleuse non qualifiée. La nuit est une chose redoutable pour*

¹⁹ HAMILTON A. – REGNAULT F. « Les gardes –malades II – Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnelles », revue Soins tome 22, n°23, 5 décembre 1977, pp. 43-51.

²⁰ HAMILTON A. – REGNAULT F. « Les gardes –malades III– Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnelles », revue Soins, tome 24, 20 décembre 1977, pp. 45-50.

²¹ HAMILTON A. – REGNAULT F. « Les gardes –malades - V – Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnelles », revue Soins tome 23 n°8, 20 avril 1978, pp. 21-28.

un opéré grave. Nous sommes donc habilités à faire valoir de très légitimes demandes, si nous voulons que cesse la grande pitié de nos hôpitaux»²².

Dans l'un des établissements où s'est déroulée la recherche, dans les années 1960, une seule infirmière circulait dans les services pour réaliser des soins techniques ou sur appel des aides-soignants ou des agents de services hospitaliers, à qui étaient confiés les soins et la surveillance des hospitalisés. Cette infirmière était postée dans le service de chirurgie qui accueillait des urgences. A l'époque la congrégation de religieuses hospitalières était située sur place et les soignants non qualifiés faisaient appel à elles, si besoin. L'augmentation des effectifs infirmiers, à partir des années 1970, a permis une qualification du service de nuit. A l'heure actuelle, dans l'autre établissement où s'est déroulée l'enquête, tous les services ne sont pas encore dotés d'IDE, la nuit, notamment les unités de long séjour.

La compétence nécessaire à l'exercice des soins infirmiers la nuit, compétence acquise par l'expérience professionnelle n'est pas encore une évidence dans la gestion des personnels de nuit. Il y a dix ou quinze ans, dans les hôpitaux parisiens, on pouvait constater que les IDE sortant des écoles d'infirmier(e)s, étaient affectées sur des postes de nuit, en priorité : les mieux classées pouvaient bénéficier de postes de jour.

Des IDE débutantes et des étudiants faisant fonction d'IDE, sont encore affectés sur des postes de nuit, où l'expérience va leur manquer devant des situations nouvelles ou des choix à faire. De jour, ces personnels pourraient demander un avis ou une aide à une collègue expérimentée du service.

Les soins, la nuit diffèrent des soins du jour du fait :

- de l'absence de repas (sauf collation)
- de la diminution des soins d'hygiène, limités aux changes
- de l'absence d'exams complémentaires, sauf urgences
- de la limitation des soins techniques
- de l'absence de rencontre avec les autres professionnels de santé : assistante sociale, kinésithérapeute, diététicienne ... et avec les familles des hospitalisés.
- de la non participation aux visites médicales : sources d'informations, de formation et lieux d'échanges.

Par contre, la nuit contribue à l'apparition d'une certaine inquiétude chez les patients, voire une angoisse qui va générer des difficultés d'endormissement, une majoration de l'inconfort entraînant des appels parfois fréquents. L'IDE (et l'AS) ont un rôle majeur dans l'écoute du soignant et la réponse à ses besoins.

²².IMBERT Jean – Histoire des hôpitaux en France – POITIERS - Ed PRIVAT –1982.

B. LES CONDITIONS NECESSAIRES A LA CONTINUITÉ DES SOINS JOUR-NUIT

Continuer, vient du latin "continuare" (de la famille du verbe "continere") au sens de "tenir ensemble"²³. La continuité des soins jour-nuit, nécessite une organisation, un système d'informations et de communication. En dehors de ces conditions, il nous semble indispensable d'énoncer les pré-requis qui vont être le "socle" de la continuité des soins.

La continuité des soins implique de la part du personnel infirmier :

- Une qualification et une compétence :

la qualification étant acquise par une formation diplômante : DE d'infirmier, voire diplôme de spécialisation pour travailler dans certains secteurs : IBODE, IADE, ou IP²⁴ la compétence est liée à l'exercice professionnel et à l'acquisition d'expériences.

Qualification et compétence, vont de paire pour que la continuité des soins existe.

- Une présence permanente de ces personnels dans les unités de soins (24H sur 24) ; cette présence doit être de qualité, empreinte d'empathie, de sens de l'écoute et d'accueil à l'égard des patients et de leur entourage. La nuit, le personnel étant moins nombreux, celui-ci devra se montrer vigilant, pour assurer la qualité des soins, la sécurité des patients et leur propre sécurité.

- Une connaissance des problèmes posés par les personnes soignées pour apporter une réponse adaptée aux besoins de ces personnes.

- Une maîtrise des outils : le dossier de soins, la planification de soins, les outils informatisés et des techniques de soins générales et spécifiques à l'unité où l'IDE exerce.

- Une participation au projet de soins du service qui permet à l'agent de nuit de faire partie intégrante de l'équipe. Cette participation va influencer aussi sur tous les autres aspects de la continuité des soins évoqués précédemment.

Lorsque ces pré-requis ne sont pas assurés, nous pouvons avoir mis en place une organisation, un système d'informations et de communication, mais nous considérons que la continuité des soins jour-nuit n'est pas assurée.

- L'organisation, le système d'informations et de communication comprennent :

- Un temps consacré à la relève entre équipes :
 - du matin et de l'après-midi
 - de l'après-midi et de la nuit
 - de la nuit et du matin.

²³ Dictionnaire étymologique de la langue française - BLOCHO - VON WARTBURG 1994.

²⁴ IBODE = Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat ; IADE = Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat ; IP = Infirmière Puéricultrice.

Ces temps de chevauchement, s'ils existent, dépendent des horaires de travail de ces équipes : ils peuvent durer de quinze minutes à deux heures (entre équipes du matin et d'après-midi).

- Un support écrit reflétant l'état de la personne soignée au moment de la passation des consignes et qui permette d'identifier les soins qui ont été faits et ceux restant à réaliser. Ce support est le dossier de soins dans lequel sont intégrées la planification des soins infirmiers, les prescriptions médicales, la traçabilité de leur réalisation et les notes d'observations écrites par les soignants.
- Un contenu structuré, synthétique et permettant de transmettre oralement aux collègues les éléments pertinents pour assurer la continuité de la prise en charge des patients. Tous ces éléments favorisent les relais entre équipes, ainsi qu'une continuité dans la prise en charge effective des soins requis par l'état de la personne soignée. Mais selon nous, la continuité des soins implique que les soignants bénéficient de toutes les informations contribuant à l'évolution des soins, celles aussi se rapportant aux nouveautés mises en place dans l'unité de soins, que ce soit en matière d'organisation, de technologies nouvelles, de logistique, d'hygiène, de communication.

Pour que les personnels de nuit soient informés, il est nécessaire que l'encadrement ait mis en place des outils d'informations :

- écrites : sous la forme d'affiches, de cahier, de journal interne ou de lettre
- orales, assurées :
 - par les collègues au moment de la relève
 - par des rencontres ponctuelles entre cadre et agents de nuit
 - par la participation des agents de nuit aux réunions et aux groupes de travail dans l'unité.
 - par des démonstrations d'utilisation de nouveaux matériels.

Si tous ces moyens sont respectés, nous pouvons considérer que la continuité des soins jour-nuit sera assurée. Nous allons évoquer dans la partie suivante, les enjeux de la continuité des soins.

C. LES ENJEUX DE LA CONTINUITE DES SOINS

Le principal bénéficiaire de la continuité des soins entre équipes est le patient et son entourage, mais il ne faut pas oublier le soignant qui va trouver du sens à son action. L'établissement de santé en terme de sécurité et de qualité des soins va valoriser son image de marque auprès des usagers, être attractif pour la population.

1. LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

Ils sont définis dans la Charte du patient hospitalisé ²⁵ : le patient n'est pas seulement un malade ; il est avant tout une personne ayant des droits et des devoirs. La continuité des soins jour-nuit devrait permettre au patient de bénéficier des mêmes prestations : le respect de sa personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée et de son autonomie. « Les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier accueillent toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses . Ils les accueillent de jour, comme de nuit, éventuellement en urgence.

Le personnel doit dispenser des soins préventifs, curatifs ou palliatifs et veiller à la continuité des soins, auprès des patients à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. Le patient doit pouvoir être soulagé de sa douleur physique et morale par tous les intervenants et bénéficier d'un accompagnement lorsqu'il arrive au terme de son existence »²⁵.

La continuité des soins doit favoriser la communication des équipes autour de l'information dont a bénéficié le patient sur son consentement préalable (aux traitements, aux actes médicaux et paramédicaux), sur sa liberté individuelle et sur le respect de sa personne et de son intimité²⁶. La continuité des soins jour-nuit doit permettre d'assurer une cohérence des soins auprès du patient et faire remonter auprès des personnes concernées (collègues, encadrement infirmier et équipe médicale) des éléments de satisfaction et surtout d'insatisfaction manifestés par le patient et /ou son entourage sur sa prise en charge.

2. LA SECURITE, LA QUALITE DES SOINS ET L'ACCREDITATION DE L'ETABLISSEMENT

La continuité des soins jour-nuit doit garantir au patient une sécurité des soins. Cette sécurité est possible par la qualification et la compétence des professionnels qui interviennent dans les soins au patient.

Le patient hospitalisé se trouve dans un milieu ouvert, plus ou moins connu de lui et présente donc une certaine vulnérabilité. Le personnel hospitalier doit l'entourer de toute sa vigilance pour le protéger et garantir la sécurité de sa personne et de ses biens.

La sécurité est la base de la qualité des soins. Des soins de qualité peuvent être définis comme « la capacité à organiser le processus de soins de façon à ce qu'il aboutisse à une

²⁵ Charte du Patient hospitalisé annexée à la Circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995.

²⁶ Les devoirs de l'IDE sont définis dans le Décret n° 93-221 du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles des IDE.

augmentation de la probabilité d'une réponse favorable tout en diminuant la probabilité de ses effets négatifs potentiels »²⁷. La qualité, selon la norme ISO 8402, est « l'ensemble des propriétés d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites »²⁸.

Dans le cadre d'un projet de soins, la continuité des soins, favorise l'atteinte des objectifs de soins fixés pour et avec le patient.

La sécurité, la qualité des soins sont la base même de l'accréditation des établissements de santé, prévue par les Ordonnances d'avril 1996²⁹. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a élaboré des critères d'évaluation des établissements de santé³⁰. Ces critères sont globalement centrés sur la qualité de la prise en charge des patients. Le référentiel OPC (Organisation de la Prise en Charge) comporte entre autre la référence 7 qui s'intitule : « La continuité des soins est assurée ». Cette référence comprend six critères ; parmi ceux-ci nous pouvons citer :

- « *Des règles de présence, de concertation et de délégation ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont mis en place afin d'assurer la permanence 24H sur 24.*
- *Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre équipes, qu'elles soient médicales ou paramédicales.*
- *La continuité des soins est assurée entre secteurs d'activité ».*

Les établissements de santé sont tenus de démontrer que la prise en charge des patients permet d'assurer la continuité des soins dans l'unité de soins et entre secteurs d'activités, qu'ils soient intra ou extra-hospitaliers.

La qualité ne dépend pas uniquement de la quantité de personnels, de matériels ... mais aussi des valeurs personnelles, professionnelles des agents, de l'organisation du travail. L'agent (sauf exception) fournira un travail de qualité s'il se sent bien au travail, reconnu : respecté, écouté.

²⁷ JACQUERYE Agnès, Cours de Maîtrise en Sciences infirmières, UFR de BOBIGNY, 1995.

²⁸ CLEMENT Jean -Marie « La qualité dans les institutions sanitaires », Les Cahiers Hospitaliers, Personnel et Formation, Les Nouvelles, PARIS, Editions Berger- Levraut, n° 110, mensuel février 1996, pp. 4-7

²⁹ Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Avril 1996

³⁰ ANAES . Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé. Février 1999.

3. LA SATISFACTION DU SOIGNANT, LE SENTIMENT D'APPARTENANCE A UNE EQUIPE.

.....avec peut-être comme corollaire, une diminution de l'absentéisme pour maladie ordinaire représentent aussi l'un des enjeux de la continuité des soins.

Si l'IDE de nuit est satisfaite du travail qu'elle fournit la nuit, si elle se sent reconnue dans l'équipe comme membre à part entière ; cette satisfaction et cette reconnaissance pourront provoquer un bien-être chez cette IDE qui diminuera sans doute son risque de tomber malade et de s'absenter pour maladie.

Aline MAURANGES³¹ dans son ouvrage écrit :

« la reconnaissance est le meilleur outil de management. Elle motive, clef du plaisir au travail, elle est gage d'une qualité de soins pour les malades. La reconnaissance dépasse la simple donnée professionnelle pour devenir affaire personnelle. En être privé est une blessure narcissique, laquelle provoque le doute et la mésestime de soi ».

La satisfaction du personnel est devenue un élément déterminant d'une pratique d'entreprise. De nombreuses études ont tenté de mettre en évidence la satisfaction et la performance³². La performance inclut deux notions : la quantité et la qualité de cette production.

III LE MANAGEMENT DES EQUIPES DE NUIT

Manager c'est « faire du management, organiser, diriger (une affaire, un service) ». ³³

Selon notre conception, diriger, gérer un service, une équipe c'est organiser et planifier le travail, animer une équipe, communiquer, prévoir des besoins (en personnel, en matériel ..), c'est prévenir les risques, anticiper (besoins en formation), coordonner les équipes, impulser une dynamique de projets, évaluer la qualité des soins et la prestation des agents.

Que la gestion du planning des équipes de nuit soit confiée au CI de nuit ou de jour, le cadre de jour reste garant de la qualité des soins produite dans l'unité de soins par l'ensemble de l'équipe jour-nuit.

L'équipe de soins d'une unité comprend les agents de jour et de nuit. Une équipe est un ensemble d'individus qualifiés et compétents, travaillant pour le même objectif, autour du même projet. Si l'individu ne s'implique pas dans une équipe, soit parce qu'il ne partage pas

³¹ MAURANGES Aline – Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. Manuel à l'usage des soignants – Montargis - Editions MNH - 2001.

³² GOGUELIN Pierre - Le management psychologique des organisations - Tome 2 : La pratique du management psychologique – Paris - ESF Editeur - Collection : Les hommes et l'entreprise - 1989.

³³ Dictionnaire Le Petit Larousse Grand format – 1997.

le même objectif, soit parce qu'il ne connaît pas ou n'adhère pas au projet développera-t-il un sentiment d'appartenance dans cette équipe ? Allons plus loin dans cette réflexion : une IDE qui aime travailler seule la nuit, qui ne s'implique pas dans l'équipe jour- nuit, fait-elle partie de l'équipe et peut-elle dispenser des soins de qualité cohérents avec le projet de soins ?

Manager une équipe soignante relève du rôle du CI. Cette fonction d'animateur est complexe et repose sur l'expérience et un sens politique aigu. Il convient de faire progresser l'équipe vers un but précis, en tenant compte des ressources disponibles, « en définissant des tâches précises qui doivent être contrôlées le plus subtilement possible afin de ne pas démotiver l'individu ou le mettre dans un carcan trop rigide qui l'empêche d'évoluer. »³⁴

Le rôle du cadre infirmier est défini aussi par le programme de formation des Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS).³⁵

IV LE ROLE DU CADRE INFIRMIER DE NUIT

Selon les organisations hospitalières, le poste de cadre infirmier de nuit peut ne pas exister : nous pouvons alors nous interroger sur l'importance accordée par l'institution à l'encadrement des équipes de nuit. Alors que l'encadrement des équipes de jour existe partout : c'est une nécessité évidente. De nuit, elle l'est moins et c'est peut-être dans un souci de ne pas faire deux équipes parallèles, mais de maintenir l'esprit d'une grande équipe jour-nuit, encadrée par le CI de jour.

Pourtant le CI de nuit a un rôle différent, il est le référent soignant des équipes de nuit, leur porte-parole, leur fédérateur. Les agents de nuit pourront faire appel à lui en cas de problème (de communication, de matériel, de technique ou administratif). Il pourra être aussi celui qui peut écouter, encourager, soutenir en cas de difficultés. Il va être enfin le relais entre les équipes de nuit et la Direction, par l'intermédiaire de la Direction du service de soins infirmiers, pour faire passer des informations qui vont contribuer à améliorer le fonctionnement de l'établissement la nuit et assurer la continuité des soins.

Le poste de CI de nuit est mentionné dans la circulaire du 14 mai 1991, relative à l'organisation des services hospitaliers d'accueil des urgences ³⁶ : « 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 ». Nous voyons dans cette circulaire que le rôle du cadre infirmier de nuit est principalement de gérer les flux de patients.

³⁴ GHANNAD Hervé – Le manager et la PNL – Paris - Editions d'Organisation – 2000.

³⁵ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

³⁶ Circulaire n° 91-34 du 14 mai 1991, relative à l'organisation des services d'accueil des urgences.

La DSSI des Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG (HUS) a réalisé en 1996, une enquête auprès de 33 CHR pour identifier les missions du cadre de nuit, ceci dans la perspective de mettre en place des postes de CI de nuit dans le cadre du projet social de l'établissement.

22 DSSI de CHR ont répondu

Dans ces 22 établissements, la fonction de cadre de nuit existe depuis :

- plus de 20 ans (9 établissements)
- 11 à 20 ans (11 établissements)
- 5 à 10 ans (2 établissements).

Les CI travaillent exclusivement la nuit dans 21 des 22 établissements.

Le nombre de CI présents la nuit varie :

- de 1 : établissement de 940 lits et 300 agents de nuit
ou “ de 500 lits et 160 agents “
- à 8 : établissements : de 3500 lits et 350 agents “
- .. en passant par 5 CI pour 2460 lits et 364 agents.

Les CI de nuit gèrent les plannings des agents de nuit dans la moitié des établissements qui ont répondu (11 sur 22).

Les missions des cadres de nuit dans ces 22 établissements sont :

- l'organisation des soins (cité 24 fois)
- la gestion des ressources humaines (20 fois)
- la pédagogie (12 fois)
- l'information, la communication (11 fois)
- la sécurité (10 fois).

Le référent hiérarchique des CI de nuit est le Directeur de garde (cité 15 fois), le CIS (11 fois), l'IG (7 fois) ou la DSSI (1 fois).

Le CI organise des réunions avec le personnel de nuit dans 13 des 22 établissements. Il dispose dans tous les cas d'un BIP et d'un bureau situé, soit sur le site (13 fois), soit aux urgences (9 fois).

Après cette enquête, et avant la mise en place effective des postes de CI de nuit, la DSSI des HUS a réalisé une enquête auprès des CI de jour et des personnels de nuit pour connaître leurs attentes. Une fiche de poste a été élaborée³⁷ et les postes ont été pourvus en 1997, sur un site. L'évaluation de l'intérêt de la fonction de CI de nuit a été réalisée après un an de fonctionnement, à partir du bilan d'activité du CI de nuit et d'une nouvelle enquête auprès des agents de nuit et des CI de jour.

³⁷ En annexe I

Cette fonction n'a pas été remise en cause et chaque site principal est pourvu d'un CI la nuit, soit deux en même temps, la nuit.

Le rôle du CI, la nuit n'est plus à démontrer ; il ne doit pas se substituer à celui du Directeur de garde, ni se limiter à la gestion des plannings, mais être le référent soignant des équipes de nuit et le garant de la qualité des soins.

Le cadre de référence étant posé, nous allons présenter le contexte dans lequel l'étude a été réalisée.

LE CONTEXTE DE L'ETUDE

I. PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS

L'enquête par entretiens a été réalisée dans deux établissements entre février et avril 2001.

L'établissement A, Centre hospitalier comporte 1100 lits répartis sur sept sites

L'établissement B, Centre hospitalier universitaire, comporte 1300 lits répartis sur deux sites.

Les entretiens avec les personnels ont eu lieu sur un seul site dans chaque établissement.

Dans l'établissement A, seul le site le plus important en nombre de lits, comportant du court séjour a été le lieu de l'étude. Dans cet établissement la gestion des équipes de nuit diffère selon les secteurs ainsi que sur les autres sites, comportant de l'hospitalisation en long séjour et maisons de retraite.

Dans l'établissement B, l'enquête a eu lieu sur le site comportant le plus grand nombre de lits, la gestion des équipes de nuit étant identique pratiquement sur les deux sites de cet établissement (sauf en réanimation et en hospitalisation de semaine).

II. PRESENTATION DES UNITES DE SOINS

Il nous semblait important d'étudier différents modes de gestion des équipes de nuit, afin de vérifier l'hypothèse.

Le choix des unités de soins a été réalisé sur les deux établissements par le Directeur du Service de soins infirmiers.

- ❑ Les unités choisies dans l'établissement A ont été la médecine et le service d'accueil et d'urgences (SAU), soit deux unités de soins.
- ❑ Sur l'établissement B : ces mêmes unités ont été choisies pour pouvoir comparer avec l'établissement A, mais d'autres unités ont été le lieu de l'enquête, pour enrichir le matériau d'enquête, mais aussi pour des raisons de faisabilité, du fait de la proximité de cet établissement. Ces autres unités sont : une deuxième unité de médecine, une unité

de chirurgie et une unité de réanimation, en raison de mode de gestion et de rattachement différents en ce qui concerne la réanimation.

Au total : 7 unités de soins.

III. LE ROLE DU CADRE CHARGÉ DES EQUIPES DE NUIT

Dans l'établissement A, le poste de CI de nuit va être mis en place en juin 2001. Son rôle a été défini dans un profil de poste, ainsi qu'une évaluation de sa fonction.³⁸

Dans l'établissement B, le rôle du CIS est défini dans une fiche de poste. Les CI n'ont pas de fiche de poste. Ils gèrent les flux de patients, communiquent avec les agents de nuit, répondent aux demandes des équipes (problèmes de matériels, administratifs) sont le relais entre le CIS et les équipes de nuit.

Le rattachement des équipes de nuit : (cf tableau n°1)

Dans l'établissement A et au moment de l'enquête, les agents de nuit étaient rattachés au CI de jour (SAU) et au CIS de jour pour le secteur de médecine.

Dans l'établissement B, les équipes de nuit dépendent du CIS et des CI de nuit, sauf en réanimation médicale, puisque c'est le CI de jour qui gère sa grande équipe ; toutefois, dans cette unité, les AS (un par roulement) dépendent du CI de nuit, puisqu'elles sont en équipe fixe de nuit.

Tableau n°1 . Rattachement des agents de nuit dans les 2 établissements.

	Responsables/ UNITES	CIS (ou CI) de nuit	CIS de jour	CI de jour
Etablissement A	SAU			x
	Médecine		x	
Etablissement B	SAU	x		
	Réanimation médicale	X (pour l'AS fixe de nuit)		x
	Hématologie	x		
	Neurologie	x		
	Pool de nuit	x		

³⁸ cf Annexe V

IV. LES EFFECTIFS JOUR/NUIT, LA QUALIFICATION DES PERSONNELS ET LA CHARGE EN SOINS

Les effectifs et qualifications des personnels de jour et de nuit sont présentés dans le tableau suivant (tableau n°2).

Tableau n°2 – Effectifs et qualifications des personnels des unités de soins observées.

Etablissement	Services	Nombre de lits ou Entrées (SAU)	EFFECTIF IDE ETP ³⁹ DE JOUR	Nombre IDE ETP Par nuit	EFFECTIF AS ETP DE JOUR	Nombre AS ETP Par nuit	Autre professionnel la nuit
A	SAU	26.400 entrées directes + 4500 re-convocations et consultations	19	3	5	0	1 brancardier
	Médecine	23 URO-NEPHRO ONCOLOGIE	8,5	1	9	0,5	
B	SAU	8 box 11 chambres 14383 entrées	13	3	9	2	1 permanencière
	Réanimation médicale	15	34,5	5	15	1,5	
	Chirurgie	30	7	1	6	1	
	Hématologie	24	10	3	8	0	
	Neurologie	24	7	1	7,5	1	

Le nombre d'entrées au SAU de l'établissement B est plus faible que dans l'établissement A, du fait que d'autres services d'accueil des urgences existent au sein de cet établissement (pédiatrique, psychiatrique, cardiologique, traumatologique) et que le nombre d'entrées n'y est pas ajouté. Les effectifs semblent importants dans les unités de réanimation et

³⁹ ETP = Equivalent Temps Plein

d'urgences, alors qu'ils paraissent faibles dans les unités d'hospitalisation, notamment en chirurgie et en neurologie.

L'établissement A ne possède pas d'outil d'évaluation de la charge en soins ; l'établissement B a mis en place l'outil PRN⁴⁰. Le PRN est une méthode canadienne d'évaluation de la charge en soins requis par le patient, prévue sur les 24H à venir. Les cadres infirmiers des unités auxquelles appartiennent les professionnels interrogés, ont estimé la répartition de la charge en soins requis entre les équipes de jour et de nuit, telles qu'elles sont représentées dans le tableau n°3.

Tableau n°3 Estimation par les CI de la charge de travail (PRN) dans les unités d'hospitalisation de l'établissement B : comparaison entre les équipes au regard des effectifs.

	NUIT		MATIN		APRES-MIDI	
	PRN	Effectif IDE/ Nuit	PRN	Effectif IDE	PRN	Effectif IDE
Chirurgie	33 %	1	33 %	2	34 %	2*
Hématologie	30 %	3	38 %	3	32 %	3*
Neurologie	25 %	1	45 %	2	30 %	2*
Réanimation médicale	32 %	5	36 %	5	32 %	5

*hormis les dimanches et fériés

En observant le tableau n°3, nous constatons qu'en chirurgie la charge de travail est répartie sur les 24H, alors que la nuit, l'effectif est réduit à une IDE. En hématologie et en réanimation la charge de travail est répartie aussi sur les 24H, mais l'effectif infirmier aussi. L'effectif AS est plus important de jour, du fait des soins d'hygiène (toilettes, changes), des levers au fauteuil, des repas et de l'entretien journalier des chambres, ainsi que l'entretien des locaux, lors de la sortie des patients.

V. LES HORAIRES ET ROULEMENTS DE TRAVAIL

Les horaires de travail de l'établissement A sont différents d'un secteur à l'autre ; nous ne présentons dans le tableau n°4, que les horaires et roulements des unités où nous avons enquêté, c'est à dire le secteur de médecine et le SAU (qui appartient au secteur du médico-technique) ; le secteur de chirurgie, les autres unités du secteur médico-technique et le secteur de moyen, long séjour et maisons de retraite ont d'autres modes de fonctionnement.

⁴⁰ PRN = Projet de Recherche Nursing

Dans l'établissement B, les horaires et roulements sont identiques dans les unités observées ; il existe d'autres horaires et roulements dans certains services, tels que la réanimation chirurgicale, l'hémodialyse, la curiethérapie et l'hôpital de semaine d'uro-néphrologie.

Tableau n°4 . Horaires de nuit, de jour et roulements de travail.

Etablissements	Unités	Horaires de NUIT	Roulements De nuit	Horaires MATIN	Horaires APRES-MIDI
A	SAU	22H - 6H	3X 10 nuits en 19 semaines	6H – 14 H	14H – 22 H
	Médecine	21 H - 7 H	Gde semaine :L- M-M-S-D- Petite SEM M-J-	6H30 – 14H30	13H30– 21H30
B	SAU	20 H 35 – 6 H 55	3 NUITS	6 H 30 –15 H	13 H – 21 H
	Réanimation				
	Chirurgie		3 REPOS		
	Hématologie				
Neurologie					

Dans l'établissement A, nous observons deux durées de travail de nuit :

- 8 heures : pour les roulements en 3 X 8 heures
- 10 heures durant 7 nuits réparties sur deux semaines, soit 70 heures sur deux semaines, donc 35 heures par semaine.

Dans l'établissement B ⁴¹ les nuits sont de 10H20

- à temps plein, un agent fait 146 nuits de 10H20, soit 48 roulements de 3 nuits + 2 nuits : l'agent récupère (des 35H) 15 nuits soit 5 roulements
- à 75 %, l'agent fait 109,5 nuits de 10H20, soit 36 roulements de 3 nuits+1,5 nuits ; le rythme est de 3 roulements de 3 nuits et le troisième roulement est suivi de 9 nuits de repos : en récupération des 35H, l'agent bénéficie de 11,25 nuits, soit 3 roulements + 2,25 nuits.

Les roulements de nuit institués en médecine de l'établissement A et dans les unités de l'établissement B sont présentés dans le tableau n°5.

⁴¹ DRH – Etablissement B, « Règles applicables au travail de nuit », Novembre 1997.

Tableau n°5. Répartition des roulements de travail de nuit sur 4 semaines dans chacun des établissements.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
J	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Etab A	N	N	R	R	N	N	N	R	R	N	N	R	R	R
Etab B	N	N	N	R	R	R	N	N	N	R	R	R	N	N

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
J	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D
Etab A	N	N	R	R	N	N	N	R	R	N	N	R	R	R
Etab B	N	R	R	R	N	N	N	R	R	R	N	N	N	R

Légende du tableau n°5:

N : nuit de 10 H dans l'établissement A ; de 10 H 20 dans l'établissement B

R : repos.

Le roulement de nuit de l'établissement A (en Médecine) comporte sur deux semaines, une semaine de 5 nuits de 10H et une semaine de 2 nuits de 10H ; ce roulement peut présenter une certaine difficulté, du fait de la semaine de 5 nuits, mais celle-ci comporte un week-end qui peut, selon les secteurs être allégé en nombre d'hospitalisés. L'avantage de ce roulement est de bénéficier d'un week-end de repos sur deux et le mercredi (pour les pères ou mères de famille) correspond à un début ou à une fin de roulement, donc à une nécessité moindre de sommeil en journée.

Dans l'établissement B le roulement de 3 nuits suivis de 3 repos, d'un agent à temps plein, est régulier, mais difficile pour la vie familiale et sociale ; dans l'exemple du tableau n°5, on s'aperçoit que la 1^o semaine, l'agent travaille le dimanche, puis le samedi et dimanche de la 2^o et 3^o semaine et enfin le samedi de la 4^o semaine. Il bénéficiera ensuite de deux week-ends complets de repos, mais ensuite les prochains week-ends seront travaillés.

VI. ABSENTEISME DU PERSONNEL DE NUIT

L'absentéisme, peut être défini comme « le fait d'être fréquemment absent d'un lieu, notamment du lieu de travail, de ne pas participer à une activité »⁴².

Selon B. KAPP, il est « *le symptôme des dysfonctionnements de l'organisation et du management* »⁴³

L'absence est constituée des absences toutes causes médicales et non médicales, à l'exception des absences pour congés annuels, repos hebdomadaires et repos supplémentaires, réglementaires, ainsi que l'absence pour formation, tant interne qu'externe depuis 1995 ⁴⁴.

L'absentéisme est un réel fléau à l'hôpital. Il a pour effet de désorganiser les services et donc de nuire à la qualité des soins. « Par l'accroissement des charges qu'il entraîne, il devient lui-même source d'absentéisme en fragilisant des agents démotivés, surchargés et par conséquent plus exposés aux blessures et plus sensible à la menace microbienne »⁴⁵.

Des données, concernant l'absentéisme du personnel, ont été demandées à la Direction des Ressources Humaines (DRH) des deux établissements, afin de comparer l'absentéisme et de vérifier si celui-ci est important.

Tableau n° 6 - Comparaison de l'absentéisme pour maladie ordinaire du personnel de jour et de nuit dans les 2 Hôpitaux observés (Année 2000).

Etablissements	Personnel de jour Nb agents ETP	Absentéisme pour maladie ordinaire Personnel de jour	Personnel de nuit Nb agents ETP	Absentéisme pour maladie ordinaire Personnel de nuit	Moyenne par agent de jour	Moyenne par agent de nuit
A	566,5	6998j /an	90,9	628 j /an	12,3 j	6,9 j
B	1373,25	17905 j /an	356,5	4653 j /an	13,03 j	13,05j

Le tableau n°6 montre que l'absentéisme moyen par agent, du personnel de nuit de l'établissement A est de 7 jours, alors qu'il est de 13 jours dans l'établissement B.

⁴² Dictionnaire Encyclopédique – Le Petit Larousse - 1997

⁴³ in MALEY Eric, « L'absentéisme, un baromètre social très sensible », Stratégie Santé, mensuel, janvier 1995, n° 67, pp. 23- 26.

⁴⁴ Assistance Publique des Hôpitaux de PARIS – Analyse de l'absence au travail en 1992 – 1994.

⁴⁵ LECORNET Elise, « Absentéisme à l'hôpital ; quelle prévention possible ? » Entreprise Santé, n° 25 , janvier – février 2000.

L'absentéisme du personnel de jour est pratiquement identique (12 et 13 jours). Une étude effectuée en 1993 par le Ministère sur les données de 1992 de 118 hôpitaux, montrait une moyenne de 9,06 jours d'absence pour maladie ordinaire dans les établissements⁴⁶.

Nous allons dans la deuxième partie, présenter la méthodologie et les résultats de l'enquête.

⁴⁶ DUMON Marc, « L'absentéisme : quel diagnostic pour quel traitement ? », mémoire de formation EDH 3° Classe, ENSP, 1996.

DEUXIEME PARTIE :

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE ET RESULTATS

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE, RESULTATS.

I. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

L'enquête s'est donc déroulée entre février et avril 2001 dans les établissements hospitaliers. Elle a concerné deux établissements A et B.

A. CHOIX DE LA METHODE DE RECUEIL DE DONNEES

L'entretien a été choisi pour mieux appréhender l'organisation de la gestion des équipes de nuit et permettre aux personnes de s'exprimer sur leur vécu et leur sentiment sur la continuité des soins. Au total, 20 entretiens ont été réalisés sur les deux établissements : 6 entretiens dans l'un et 14 dans l'autre. L'observation d'outils, d'organisations ont enrichi l'enquête ou apporté des éléments de réflexion pour l'analyse ou les propositions d'actions.

B. CHOIX DE LA POPULATION INTERROGEE⁴⁷

Il nous semblait pertinent de réaliser l'enquête auprès :

- du DSSI de chaque établissement (soit 2) puisqu'ils coordonnent l'encadrement et la gestion du Service de soins infirmiers et d'autre part, proposent l'affectation des agents. Dans le cadre de référence, l'une des conditions pour assurer la continuité des soins étant la compétence, il nous semblait intéressant d'identifier comment les DSSI tenaient compte de cet aspect dans l'affectation des agents de nuit.
- des cadres infirmiers supérieurs qui assurent la gestion des équipes de nuit dans chacun des établissements. L'un étant de nuit, sur l'ensemble du service de nuit de l'établissement B, l'autre étant de jour, sur le secteur de médecine de l'établissement A. et gérant l'équipe de nuit de son secteur.
- des cadres infirmiers de jour (2) qui gèrent l'ensemble de leur équipe (jour-nuit) et des cadres infirmiers (4) qui ne gèrent pas les plannings des agents de nuit, mais qui sont garants de la continuité des soins dans leur unité.
- et enfin des infirmier(e)s de jour (3), de nuit (5) et des IDE qui font des horaires de jour et de nuit (2).

Au total, nous avons réalisé 20 entretiens.

⁴⁷ Cf ANNEXE II : Matrice par profil

C. LA GRILLE D'ENTRETIEN

Une grille d'entretien a été élaborée pour chaque catégorie de professionnels rencontrés soit trois grilles⁴⁸. En effet, ces personnes n'ont pas la même implication, que ce soit

- dans la gestion : elles en sont responsables, organisatrices ou elles la subissent.
- par rapport à la continuité des soins : elles en sont garantes, si elles sont cadres ou elles l'assurent, si elles sont IDE.

Donc au total trois grilles :

- une grille destinée aux DSSI
- une grille pour les cadres (supérieurs ou de proximité)
- une grille pour les IDE qu'elles soient de jour ou de nuit.

D. LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les rendez-vous des entretiens ont été fixés avec les personnes concernées ; ils se sont déroulés dans les unités de soins (salle de relève, salle de détente ou office alimentaire avec les infirmier(e)s), ou dans les bureaux (pour les DSSI, cadres supérieurs et cadres).

Les entretiens ont eu lieu sur le temps de travail ; sauf pour une IDE de l'établissement A de nuit, qui a souhaité venir sur son temps de repos : la rencontre a eu lieu dans son unité de soins. Les entretiens d'enquête avec les 4 IDE de nuit se sont déroulés, la nuit entre 0H et 3H du matin. Nous avons fixé le moment le plus opportun par une pré-rencontre avec chaque acteur, à minuit pour s'adapter à leur emploi du temps et à leur charge de travail. Les rencontres avec les 2 IDE travaillant de jour ou de nuit ont été programmées lorsqu'elles travaillaient de jour.

Chaque entretien a été précédé du contrat de communication⁴⁹ : toutes les personnes ont accepté l'enregistrement de l'entretien.

Les entretiens ont duré de trente minutes (IDE et CI) à une heure (DSSI et CIS). Le climat des entretiens a montré que les professionnels étaient sensibles à ce sujet. Les IDE de jour ont montré une certaine pudeur à parler du travail de leur collègues de nuit : « *pour ce que j'en saisil faudrait plutôt leur demander à elles* » lorsque nous leur demandions quels étaient les soins pratiqués la nuit, dans le but d'identifier si elles connaissaient l'organisation du travail et les soins pratiqués la nuit.

⁴⁸ cf ANNEXE III : les 3 grilles d'entretien.

⁴⁹ cf ANNEXE IV : contrat de communication.

II. ANALYSE DES ENTRETIENS

L'ensemble des entretiens a été enregistré et le contenu de ceux-ci a été saisi sur traitement de texte sous forme de tableau comportant : l'identification de la personne interviewée, les questions posées, le contenu du discours. Ceci pour les 20 entretiens.

Les contenus ont été ensuite regroupés par thèmes pour rendre l'analyse possible. Les thèmes retenus pour l'analyse sont, en fait, les variables de l'hypothèses :

- ❑ L'organisation du travail de nuit
- ❑ La gestion de l'absentéisme planifié et celui imprévu
- ❑ La continuité des soins jour-nuit.

Ces différents thèmes comportent des sous thèmes.

A. L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE NUIT

La question « *comment est organisé le service de nuit et qui le gère ?* » n'a posé de problème à aucun des acteurs interrogés. Il y a une cohérence entre les observations du terrain et les propos de l'encadrement et des IDE des établissements.

1. LA GESTION DES EQUIPES DE NUIT

Les IDE de jour et de nuit des établissements A et B savent qui gère les équipes de nuit.

Dans l'établissement A :

Il n'y a pas de poste de CI de nuit au moment de l'enquête ; celui-ci va être effectif en juin 2001. Le futur CI de nuit, qui arrive d'un autre établissement, est affecté actuellement sur les unités de soins des secteurs qu'il aura à encadrer : médecine, chirurgie et SAU. Un programme d'intégration a été élaboré par la DSSI et les CIS des secteurs. La création de ce poste, même s'il était réclamé par les équipes de nuit n'est pas sans poser des interrogations, que ce soit au niveau des cadres de jour ou des IDE de nuit. Le CI du SAU souhaite garder la gestion de son équipe, le CIS du secteur de médecine pense qu'il n'y aura pas de modifications de la gestion de son secteur.

Les missions du CI de nuit sont surtout la qualité des soins et le suivi. Selon le DSSI :

« *Les équipes se plaignaient d'être isolées, de manquer d'informations ; son rôle est de :*

- ❑ *Recueillir et mettre en place les projets, augmenter la sécurité et être une personne référente pour les équipes de nuit*
- ❑ *Régler le flux des patients aux urgences*
- ❑ *Etre appelé en cas de problème dans les unités de soins*
- ❑ *Travailler en lien avec la DSSI et les CIS ».*

L'effectif comportant un poste de CI de nuit ne permet pas de couvrir complètement le poste ; en son absence le service de soins infirmiers (SSI) revient au fonctionnement initial. C'est la raison pour laquelle il ne faut pas modifier en profondeur le fonctionnement actuel du service de nuit. Le CI de nuit sera présenté par le CIS du secteur aux équipes soignantes. Son programme d'intégration organisé sur plusieurs mois, comprend des horaires du matin et du soir des équipes de jour afin qu'il puisse observer les passages des consignes entre équipes.

- Le CI du SAU gère l'équipe jour-nuit ; elle a établi un roulement sur 19 semaines où chaque IDE fait 10 nuits de 8H, qui ne sont pas forcément consécutives : il peut y avoir des nuits en début et en fin de mois. Les IDE bénéficient d'un week-end de repos sur deux. Lorsque nous lui demandons comment elle gère son équipe, elle nous répond : « *ici, je ne gère pas très bien* ». Pour elle gérer, c'est identifier les besoins du service et elle se rend compte que l'effectif ne correspond plus aux besoins de la population. Les passages au SAU augmentent de 6% par an, donc les effectifs estimés il y a quatre ou cinq ans ne sont plus adéquats, que ce soit de jour ou de nuit. L'IDE du SAU confirme l'organisation du travail de nuit ; le CI du SAU (selon l'IDE) tient beaucoup à ce que l'équipe s'entende bien : « *s'il y a un souci, elle essaie de gérer cela très vite* ».
- Dans le service de médecine, ce sont les IDE référentes de nuit qui gèrent les plannings de nuit ; elles connaissent les unités de soins de médecine et n'affectent pas en remplacement une IDE qui ne connaît pas l'unité de soins. Les IDE référentes de nuit recueillent les souhaits de leurs collègues, établissent les plannings et les font viser par le CIS de jour du secteur. Ce fonctionnement satisfait le CIS du secteur, le CI de l'unité de médecine et l'IDE de nuit du service de médecine interrogés.

Dans cet établissement, la réflexion préalable à l'accréditation a permis de prendre conscience que la sécurité des soins la nuit n'était pas assurée puisqu'il y avait une aide-soignante⁵⁰ par unité de soins et une IDE pour deux unités de soins. Cette tendance a été inversée en février 2001 afin qu'il y ait une IDE par unité. Une évaluation de cette nouvelle organisation est prévue en juin 2001.

Les plannings de nuit sont affichés un mois à l'avance dans un endroit connu de tous les agents de nuit et des CI de jour. Il incombe à chaque CI de jour de venir recopier le planning de nuit pour son unité. Sinon à chaque modification, le CIS de jour du secteur devrait envoyer un planning modifié aux CI de jour. Dans cet établissement, les plannings ne sont pas encore informatisés.

⁵⁰ Lire à chaque fois aide-soignante ou aide-soignant.

Le CI de l'unité de médecine regrette de ne pas être informée du nom de l'IDE qui vient en remplacement faire la nuit dans son unité de soins.

Dans l'établissement B

A la différence de l'établissement A, l'établissement B a un fonctionnement global avec des équipes fixes de nuit et des équipes fixes de jour, hormis les unités de réanimation.

Les équipes de nuit dans cet établissement sont gérées par un CIS et 3 CI de nuit ; cet effectif paraît insuffisant au CIS et au DSSI, pour couvrir les postes des deux sites, toutes les nuits. L'équipe d'encadrement de nuit vient d'être renouvelée, du fait du départ en retraite du CIS et du départ de deux IDE faisant fonction de CI de nuit.

Le roulement sur l'ensemble de l'établissement est de 3 nuits de travail suivies de 3 nuits de repos.

Le CIS de nuit travaille du lundi au vendredi de 16H à minuit. Les CI travaillent de 20H30 à 7H, durant 3 nuits suivies de 3 repos. Leurs roulements sont décalés par rapport à ceux des équipes afin qu'elles connaissent l'ensemble des agents. Etant trois, il est impossible de couvrir les deux sites toutes les nuits. Les CI n'ont pas de fiche de poste. Il existe très peu d'outils de gestion des équipes de nuit. Le CIS de nuit doit construire ces outils, elle est responsable de l'organisation, elle gère les plannings et encadrent les trois CI dont deux découvrent la fonction d'encadrement. Elle établit le plan de formation continue et le projet de son service.

Cette équipe d'encadrement gère les IDE et IDE spécialisés, les AS et AP, brancardiers et agents de services hospitaliers (ASH : ces derniers sont en poste essentiellement en psychiatrie), soit 140 personnes chaque nuit (64 sur un site et 76 sur l'autre). Les agents de certains services (hôpital de semaine d'uro-néphrologie, curiethérapie) travaillent 4 nuits par semaine (du lundi au jeudi).

Le DSSI de cet établissement précise :

« qu'un CI de nuit sur chaque site ne me paraîtrait pas nécessaire si les équipes de nuit n'étaient pas fixes ».

D'autre part il lui semble nécessaire que les CI de nuit soient plus sur le terrain, référents directs des équipes.

« Les CI nouveaux ont un regard nouveau doivent investir leur poste, prendre leurs marques et faire des propositions ».

Le DSSI exprime que le roulement actuel n'est pas avantageux en terme de conditions de travail pour le personnel. Il faudrait, selon lui, passer progressivement au roulement qui comporte 70H sur deux semaines : *« il y a une semaine un peu lourde, mais qui comporte un*

week-end ». Par expérience, elle pense que les agents qui bénéficient de ce roulement ne reviendraient pas en arrière.

Le SAU, contrairement au SAU de l'établissement A, fonctionne avec des équipes fixes de nuit. Le SMUR étant assuré par une IADE et un ambulancier qui travaillent de 23H à 7H en astreinte sur place. Il existe aussi une permanencière de nuit.

Au SAU de l'établissement B, le CI et l'IDE de jour confirment que c'est le CI de nuit qui gère les équipes de nuit. L'IDE exprime :

« Elles sont proches aussi du CI de jour puisqu'elles viennent aux réunions et quand elles ont un souci, elles appellent ».

L'effectif de nuit au SAU (cf tableau n° 2 page 26) comporte 3 IDE et 2 AS (1 IDE et 1 AS dans les boxes d'accueil, 1 IDE et 1 AS dans les chambres, et 1 IDE « *qui fait le trottoir* », c'est à dire qui va là où il y a du travail).

Le CI de jour souhaiterait que les roulements de nuit changent afin que les agents puissent bénéficier d'un week-end de repos sur deux.

En réanimation médicale, c'est le CI de jour qui gère sa grande équipe jour-nuit, sauf en ce qui concerne deux postes d'AS fixes de nuit (un par roulement). Avant 1998, l'équipe de réanimation travaillaient en 3 X 8H. Depuis trois ans, ce service a le même roulement que l'ensemble de l'hôpital, mais a conservé une petite équipe fixe de nuit (2 postes d'IDE sur 5 dans un roulement et 3 IDE sur 5 dans l'autre roulement). Le CI de cette unité de réanimation ventile une AS de jour, une nuit sur deux pour renforcer en AS l'équipe de nuit.

Les IDE de jour font 2 périodes de 6 semaines de nuit dans l'année, voire davantage selon l'absentéisme. Les IDE, en poste fixe de nuit, passent de jour dans l'année. Selon le CI :

« deux IDE sur l'effectif de 34,5 postes regrettent les 3x8H, pour des raisons familiales, les autres ne reviendraient pas en arrière ».

Des IDE qui n'apprécient pas de faire de nuit, réclament une équipe fixe de nuit : le chef de service et le CI de réanimation y sont opposés pour éviter le clivage jour/nuit (« *qui existe déjà avec la petite équipe fixe de nuit* » (CI).

Les IDE, quand elles sont de jour, travaillent 39H et 35H lorsqu'elles sont de nuit. Cette gestion entraîne un « *travail colossal* » pour le CI de réanimation en terme de gestion d'heures.

L'IDE de cette unité suggère qu'il y ait un pool spécifique de remplaçants pour les unités de réanimation et urgences.

L'IDE de jour de l'unité de chirurgie, confirme les horaires, les effectifs de nuit et la gestion par le CI de nuit, mais estime que l'effectif qui est de 1 IDE et 1AS par roulement est sans doute insuffisant :

« quand je vois ce qui se passe dans la journée, ça doit être parfois juste la nuit ».

Le CI de l'unité d'hématologie estime que la responsabilité du service de nuit lui incombe au niveau des soins, bien que ce soit le CI de nuit qui gère les plannings. Il se sent responsable « *de l'organisation des soins et des problèmes inhérents à la prise en charge des malades la nuit et des transmissions jour-nuit* ». Ce CI aimerait avoir un référent de nuit avec lequel, il puisse travailler dans le but de favoriser la formation des IDE de nuit. Cette unité de 24 lits comporte 3 postes d'IDE chaque nuit (cf tableau n° 2).

Le CI de l'unité de chirurgie s'exprime peu sur la gestion du service de nuit, si ce n'est qu'elle manque d'informations sur les agents de nuit :

« *J'ai un départ en retraite : je ne sais pas qui va la remplacer et j'ai un 25% d'IDE de nuit sur le planning depuis quatre mois : je ne sais pas qui le fait et même si ses nuits sont payées* ».

Les 4 IDE de nuit de l'établissement confirment que ce sont les CI et le CIS qui gèrent les équipes de nuit : 2 IDE l'ont exprimé et 2 ont validé nos propos, car leur charge de travail a nécessité que soit abrégée la durée initialement prévue des entretiens. Deux d'entre elles travaillent à temps partiel (75%).

L'IDE qui fait partie du pool des « 35H de nuit » est affectée sur six unités de soins (4 de chirurgie vasculaire et/ou digestive et/ou chirurgie maxillo-faciale et plastique et 2 unités de médecine : gastro-entérologie-alcoologie, soins palliatifs et hépatologie). Elle ressent le changement de l'équipe de cadres de nuit ; elle n'a pas de planning établi à l'avance mais apprend plutôt par ses collègues de nuit la planification de leurs récupérations de 35H. Elle trouve que le roulement actuel (3N-3R) est « *bien dans le rythme par rapport à la récupération possible, mais pas pour la vie sociale* ». Cette IDE serait favorable à un essai du roulement qui comporte 70H sur deux semaines, ainsi que ses deux collègues de médecine ; l'une émet des réserves : « *Je ne sais pas si je tiendrai le coup* ».

2. LES SOINS, LA NUIT

Dans la plupart des unités de soins où s'est déroulée l'enquête, les IDE et les CI de jour estiment que les soins sont identiques, le jour et la nuit. Les informations recueillies auprès des professionnels permettent de présenter le tableau suivant :

Tableau n°7 - Soins réalisés la nuit dans chacun des 2 établissements par les IDE.

US SOINS	Etablissement A		Etablissement B				
	SAU	Médecine	SAU	Réanimation médicale	Hématologie	Neurologie	« Secteur » chirurgie Médecine
Accueils Patients	x	x	x	x	x	x	x
Relations/Patient et/ou Famille	x	x	x	x	x	x	x
Surveillances : des Constantes, neurologique	x	x	x	x	x	X x	x
Dossiers administratifs	x	x	x	x	x	x	x
Soins d'hygiène et de confort : changes, soins de bouche,	x	x	x	x	x	x	x
Poses de voie veineuse	x	x	x	x	x	x	x
Injections, perfusions	x	x	x	x	x	x	x
Transfusions	x	x	x	x	x		x
Dialyses péritonéales		x					
Chimiothérapies		x			x		
Prélèvements sanguins	x	x	x	x	x	x	x
Surveillances post-opératoires							x
Préparations de bilans		x					x
Accompagnement de personnes en fin de vie	x	x	x	x	x	x	x
AUTRES :							
Aspirations trachéales	x		x	x			
Pansements	x	x	x	x	x	x	x
Poses d'attelles	x		x				
Conduite de véhicule de SMUR	x						
Vérification de matériel	x		x				

Il est évident que les soins sont identiques quantitativement la nuit à ceux du jour, particulièrement dans les unités de SAU et de réanimation médicale. Il n'y a pas d'agent administratif la nuit à l'accueil du SAU, que ce soit dans l'établissement A ou B.

Etablissement A :

Au SAU, 2 des 3 IDE présentes la nuit peuvent partir en SMUR, en même temps, puisque deux équipages (médecin et IDE) peuvent être appelés au même moment. L'IDE restant

avec le brancardier sont alors seuls au SAU (avec un médecin) pour accueillir les entrées et surveiller les 5 patients hospitalisés dans les chambres d'observations.

L'IDE du SAU interviewée exprime : « *Au début, le relationnel me manquait parce que j'étais fixée sur la technique, mais une fois que la technique est maîtrisée, on arrive bien à voir l'angoisse des gens* ». Dans l'équipage du SMUR, cette IDE dit que : « *la relation avec les médecins est importante ; on est obligé de bien s'entendre, on doit savoir ce que le médecin pense avant qu'il l'aie dit* ».

Effectivement cette cohésion de l'équipe est nécessaire pour la sécurité des patients et cette entente démontre un professionnalisme des intervenants, mais il faut rester vigilant afin que l'IDE reste dans son champ de compétences⁵¹.

Dans l'unité de médecine, l'IDE de nuit doit adapter son organisation des soins à la présence de l'AS, dont elle partage le temps avec une autre unité. L'AS commence le « tour » avec l'IDE à 21H et quand les dialyses sont terminées, elle se rend dans l'autre unité et revient entre 1H et 4H30. Cette IDE trouve qu'il y a plus de décès la nuit que le jour ; elle a déjà fait ce constat dans son précédent poste.

Le CI de cette unité précise que « *les soins relationnels ne sont pas spécifiques la nuit mais importants : la majorité des IDE a été formée à la relation d'aide ; il y a une qualité des soins relationnels que je n'ai pas vu ailleurs* ».

Etablissement B :

Le CI du SAU estime que l'activité est plus calme après 1H ou 2H du matin.

Le CI de réanimation exprime que les AS qui travaillent la nuit ont beaucoup de travail : 15 patients, 5 IDE et 1,5 AS (une nuit sur deux : deux AS, sinon une AS). Dans l'organisation de travail de cette unité, les IDE travaillent en binôme avec les AS (de jour comme de nuit). Les IDE ne peuvent concevoir de travailler en binôme avec une collègue IDE et de ce fait, l'AS de nuit travaille avec les 5 IDE et participe aux 15 changes minimum et réalise 15 soins de bouches

L'IDE de nuit d'hématologie maîtrise bien les soins, du fait d'avoir travaillé de jour auparavant. Comme l'IDE de médecine de l'établissement A, elle estime qu'il y a plus de décès la nuit que le jour ou l'explique : « *le fait d'être seule avec le malade, la famille, c'est plus difficile ; dans la journée, il y a plus de monde : c'est vraiment la grosse différence avec le jour* ».

L'IDE de nuit du pool des 35H constate que les collègues de chirurgie planifient davantage de perfusions et injections sur des horaires de nuit : il lui arrive d'avoir, pour un même

⁵¹ Défini dans le Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes infirmiers et à l'exercice de la profession d'infirmière.

patient, trois antibiotiques à 22H. Lorsqu'elle en parle avec ses collègues, celles-ci lui rétorquent, que de jour, « *elles ont les toilettes et les pansements* ». Cette IDE qui intervient dans six unités constate qu'il y a de plus en plus de transfusions la nuit : « *si le patient doit recevoir trois culots sanguins, il passera une nuit blanche ; en médecine, par contre, le maximum des traitements est planifié le jour pour laisser dormir le malade : mais c'est la médecine.....* ».

Nous sommes en droit de nous poser des questions sur le respect du décret des actes professionnels⁵², comme la transfusion qui est à réaliser en présence d'un médecin, ainsi que sur la conception de soins des professionnels qui planifient certains soins la nuit.

L'IDE de nuit du SAU « *a pris conscience, ici, qu'il y avait beaucoup de gens qui n'allaient pas bien et le nombre extraordinaire de gens malheureux !* »

LES IDE ET LA SECURITE DES SOINS LA NUIT

Cinq des six IDE de nuit interrogées se sentent en sécurité la nuit par rapport aux soins et à la surveillance des patients.

Dans les SAU, la présence médicale est permanente ; dans le service d'hématologie de l'établissement B un interne est de garde sur place, ainsi qu'en réanimation et en neurologie. L'IDE de nuit d'hématologie travaille en sécurité du fait qu'elles sont trois IDE.

En médecine de l'établissement A, l'IDE fait appel à ses collègues expérimentées, si elle se trouve en difficulté devant un système de dialyse péritonéale qu'elle ne connaît pas (est dans le service depuis deux mois). Elle appelle le médecin du SAU, si besoin ; si celui-ci est occupé, il peut lui indiquer la conduite à tenir en attendant son arrivée.

Par contre, l'IDE du pool de nuit de l'établissement B, estime que la sécurité n'est pas assurée dans les deux unités de chirurgie où il y a une seule IDE (avec une AS), alors qu'elles sont deux dans les deux autres unités de chirurgie : « *on a de la chance de ne pas avoir plus de problèmes, surtout lorsqu'il y a un malade qui s'aggrave, qui s'agite ou qui saigne* ».

Que cinq des six IDE se sentent en sécurité, du fait de la présence médicale dans l'établissement, est un atout important pour la sécurité des soins des patients, la nuit. Dans l'établissement A où l'IDE est seule dans le service de médecine quand l'AS est dans l'autre unité, il ne nous semble pas que la sécurité soit optimale lorsqu'un patient s'aggrave ou s'agite. En effet, l'IDE est contrainte, de quitter le patient qui va mal, quelques instants, pour appeler l'interne de garde. Si celui-ci ne peut se déplacer, cela implique qu'il prescrive par téléphone et l'IDE qui sera très occupée avec le patient qui pose problème, ne pourra pas forcément être disponible pour répondre aux demandes des autres patients.

⁵² Décret du 15 mars 1993 –Op Cit.

L'IDE qui est jeune professionnelle et nouvellement affectée de nuit (depuis un mois) n'a sans doute pas encore perçu ce manque de sécurité.

Il était intéressant, après que les IDE se soient exprimées sur l'organisation du travail de nuit, qu'elles nous disent comment elles vivent le travail de nuit.

3. LE VECU DU TRAVAIL DE NUIT PAR LES INFIRMIERES

Les 2 IDE (établissements A et B) faisant partie de grandes équipes qui travaillent jour-nuit ne sont pas satisfaites par le travail de nuit. Elles ont choisi une spécialité (SAU et réanimation médicale) et acceptent cette contrainte.

Dans l'établissement A :

L'IDE du SAU exprime que : *« le travail de nuit ne me satisfait pas, du fait des perturbations que cela engendre au niveau du sommeil, des repas et des perturbations biologiques »*.

Les nuits dans cette unité comportant 8H, les agents ne bénéficient pas de repos supplémentaires : *« on peut faire 4 ou 5 nuits et avoir 3 repos ensuite »*.

En médecine, l'IDE de nuit n'a pas choisi le service de nuit, mais pense que c'est une bonne expérience.

Les deux IDE de cet établissement expriment que : *« l'ambiance est plus calme, plus conviviale »* et *« qu'il existe une grande solidarité »*.

Dans l'établissement B :

L'IDE qui travaille en réanimation trouve que :

« c'est bien de changer : l'équipe se rend compte du travail qu'il y a le jour et la nuit ; les nuits, ce n'est pas ma tasse de thé, mais rouler c'est bien, cela évite les tensions jour/nuit ».

L'IDE qui travaille de nuit en hématologie est à 75% ; elle aime être de nuit, du fait qu'elle se sent plus autonome, moins impliquée dans les problèmes d'équipes. La relation avec le patient est plus proche : *« on a dépassé la technique, on vit plus de choses : on peut être comme on a envie d'être, il n'y a personne d'autre qui intervient, vous êtes davantage vous même »*.

Cependant, elle estime que le travail de nuit : *« est usant physiquement, épuisant ; on ne peut pas se concentrer pour lire ; la récupération n'est pas la même nerveusement »*.

Elle ressent des *« coups de barre »* et a la sensation de faire des soins automatiquement le matin, du fait de la fatigue. Elle ne pourrait pas travailler sans sécurité, sans être sûre de pouvoir joindre un médecin, du fait de *« sa responsabilité »*. Le fait d'être à temps partiel

(75%) de nuit engendre une difficulté chez les IDE, lors de la reprise, après le roulement de récupération des 35H.

Par contre, l'IDE du pool aime être de nuit, elle ne ressent pas de « *coup de barre* », car elle récupère très bien dans la journée.

L'IDE en neurologie travaille à 75% depuis huit ans dans ce service et pense que de jour, on peut mieux suivre les patients, les pathologies : « *je reste sur ma faim par rapport à tout ça* ». Cependant « *la nuit permet de consacrer plus de temps aux personnes que le jour* ».

L'IDE au SAU depuis dix ans, a choisi cette spécialité du fait qu'elle « *s'investissait trop dans l'unité où elle était auparavant* » ; elle estime qu'en très peu de temps, elle arrive à tirer un sourire à quelqu'un qui est dans l'angoisse, à s'occuper de lui, à l'informer d'où on en est de sa prise en charge. Cette IDE parvient à gérer son stress et à être efficace grâce à des formations (accompagnement des personnes en fin de vie, PNL⁵³, prévention de la violence aux urgences). Dans cet établissement, les urgences psychiatriques, se trouvent à proximité des locaux du SAU et l'IDE du SAU a « *vécu comme une bénédiction que les urgences psychiatriques soient créées, il y a quelques années, du fait de la compétence des collègues et d'une meilleure prise en charge du patient* ». Cette IDE estime : « *qu'après la nuit, la fatigue fait que l'on emmène rien avec soi : alors que de jour, il faut quelques heures avant de recoller avec la réalité* ».

L'expression des IDE sur leur vécu la nuit, devait être complétée par leur sentiment d'appartenance à une équipe.

4. LE RATTACHEMENT DES EQUIPES DE NUIT

Le rattachement des équipes de nuit a été présenté dans la partie « contexte de l'étude » (tableau n°1 page 25). Les IDE qui appartiennent aux grandes équipes des deux établissements (SAU de l'établissement A et réanimation de l'établissement B) ont évidemment un sentiment d'appartenance à leur service.

Dans l'établissement A, la création du poste de CI de nuit va permettre aux équipes, un soutien, une information sur les projets institutionnels. Stratégiquement, il faut que l'encadrement accompagne la mise en place de ce poste, afin que les équipes perçoivent « *les avantages qu'elles vont en tirer pour les soins, la qualité des soins aux malades et pour elles-mêmes* ». (CIS du secteur). Le CI du service de médecine de cet établissement a observé le fonctionnement d'un CI lors d'un stage, et selon elle : « *ventiler les patients et ensuite faire le tour des services au pas de course pour dire bonsoir* », n'est pas le rôle du CI

⁵³ PNL : Programmation Neuro- linguistique (cf Lexique).

tel qu'elle le conçoit ; il faut « *plus de concertations, de réunions de travail et qu'il y ait un tissu, une façon de travailler, une réflexion commune* ».

Dans l'établissement B, le CI d'hématologie aimerait avoir une grande équipe jour-nuit : une sur trois IDE passerait de jour et une IDE de jour passerait de nuit, « *pour une remise en question et une meilleure intégration dans le projet de service* ». L'IDE de nuit de ce service a le sentiment de faire partie de l'équipe d'hématologie, du fait de son implication dans la formation, le projet de service.

L'IDE du pool de nuit et celle du SAU se sentent intégrées dans l'équipe de nuit ; l'IDE du SAU dit : « *c'est le jour et la nuit* » et estime que la nuit, « *il y a beaucoup d'entraide et que l'on est plus satisfait de ce que l'on fait ; on s'entend bien, il n'y a pas de « chipoteries » qui existent dans une grande équipe* ». Elle a le sentiment que l'équipe de jour pense que « *la nuit : on en fait moins que le jour* ».

L'IDE de nuit de neurologie se sent rattachée aux deux équipes (jour et nuit), elle se sent un peu isolée par rapport à l'équipe de jour : « *pour faciliter le travail d'équipe, il faudrait que les collègues fassent des nuits et que l'on repasse de jour* ».

Dans cette partie de l'entretien, les cadres ont eu besoin de s'exprimer sur l'évaluation du travail et des agents de nuit.

5. L'EVALUATION DU TRAVAIL DE NUIT

Les CI qui ont une grande équipe n'éprouvent pas de difficulté pour évaluer leurs agents de nuit puisque ceux-ci travaillent de jour à une période donnée.

Dans l'établissement A, le CIS du secteur de médecine évalue les agents de nuit en s'entretenant avec les CI de jour « *au travers des relèves, par rapport à ce qu'ils entendent de la part de l'équipe de jour* ». Certains CI de jour évaluent les agents de nuit, comme ceux de jour mais la majorité « *se repose sur le CI du secteur qui se donne les moyens d'évaluer les agents et de les recevoir en entretien individuel* ». Le CI de jour n'a pas encore eu à évaluer le personnel de ce service, mais elle évalue le travail de nuit en observant les transmissions écrites et en écoutant le personnel de jour : « *il faut se méfier de ce qui est dit, mais quand plusieurs personnes se plaignent que les choses ne sont pas faites* ».

Dans l'établissement B, les agents de nuit sont évalués par les CI de nuit et les cadres de jour. Le CI d'hématologie estime que le travail de nuit est difficile à évaluer du fait « *de l'absence de reflet objectif et concret* ». Il évalue le travail au travers du dossier de soins et de ce que disent les malades et les familles.

Nous pouvons percevoir toute la difficulté pour évaluer objectivement le travail fourni par les agents fixes de nuit ; en effet, cette évaluation ne peut se faire qu'au travers des écrits et de la satisfaction des collègues de jour et des patients. Le CI de nuit ne peut le faire qu'au travers du comportement de l'agent de nuit qu'il entrevoit au moment de son passage rapide dans le service.

En résumé de ce premier point

Dans cette première partie de l'analyse des entretiens, nous avons pu mettre en évidence la diversité des organisations du travail de nuit dans les deux hôpitaux et à l'intérieur de chaque établissement, en terme de durée quotidienne de travail de nuit, de rattachement des équipes de nuit (au CIS de nuit, de jour et au CI de jour).

Nous avons pu percevoir que les Infirmières de nuit qui n'ont pas choisi le travail de nuit font partie des grandes équipes jour-nuit et expriment cependant les avantages à tourner sur les équipes de jour et de nuit. Le sentiment des équipes par rapport au travail de nuit, c'est qu'il existe une bonne ambiance, la nuit, plus de convivialité et que la relation avec les patients est plus proche. Le travail de nuit présente aussi une certaine pénibilité, une charge et une complexité des soins. Pour les cadres, l'évaluation du travail et des agents de nuit demeure difficile, du fait de l'absence d'encadrement de proximité la nuit et d'indicateurs de soins de qualité.

Nous allons analyser dans la partie suivante, la gestion de l'absentéisme, telle qu'elle a été exprimée au cours des entretiens.

B. LA GESTION DE L'ABSENTEISME

Dans les deux unités où les équipes tournent sur le jour et la nuit, l'absentéisme est géré par le CI de l'unité. Dans les hôpitaux, où les équipes de nuit sont gérées par un CIS, ce sont eux qui gèrent l'absentéisme de nuit.

Nous avons différencié, lors des entretiens, l'absentéisme programmé (pour congé maternité ou maladie programmée : pour intervention chirurgicale), de l'absentéisme inopiné (pour congé maladie ou accident du travail) qui survient brutalement et nécessite parfois de trouver un remplaçant le jour même pour la nuit suivante. Les CI qui gèrent des équipes jour-nuit, planifient l'absentéisme de jour comme de nuit. Dans l'établissement A, le CI du SAU sait qu'elle peut supporter deux IDE en congé annuel en même temps, hors période estivale, où là, cinq IDE peuvent être en congé annuel, du fait de deux mensualités d'IDE attribuées par le DSSI en été. Pour les congés maternité, des mensualités sont accordées par la DRH en

accord avec le DSSI ; 50% des congés maternité sont remplacés le jour, sauf la nuit où 100% des IDE sont remplacées.

Dans le secteur de médecine, les IDE de nuit à temps partiel savent qu'elles peuvent être appelées pour les arrêts imprévus. Pour permettre un certain confort, ces IDE à temps partiel, sont « *en grisé* » sur le planning, à tour de rôle, et savent qu'elles risquent d'être appelées, si besoin. Ceci équivaut en quelque sorte, à des astreintes, sans compensation financière. Selon le CIS du secteur de médecine, les IDE ont « *une certaine philosophie, une conscience professionnelle et essaient d'anticiper tout ce qui peut l'être ; je n'ai à résoudre que les urgences de dernière minute* ». Le CIS de ce secteur travaille de jour, mais est sollicitée chez elle, le soir, en cas d'absentéisme ; le week-end, ce sont les CI de garde qui cherchent des solutions et éventuellement appellent le CIS chez elle, ou l'administrateur de garde, pour éventuellement obtenir son autorisation, pour un changement d'organisation.

Le CI du SAU exprime aussi que son équipe a « *le sens du service public, une notion d'appartenance à l'équipe et à l'urgence* ». Il est arrivé qu'une IDE fasse neuf nuits consécutives « *ça ne se verrait pas ailleurs* ». Un après-midi, où une IDE a appelé pour signaler un arrêt de travail pour le soir même, dans une période difficile, une IDE qui travaillait d'après-midi, s'est proposée pour partir à 16 heures et revenir à 22H, faire la nuit. Que ce soit dans l'un ou l'autre établissement, et dans les services où les équipes de nuit sont fixes, il est rare que l'on demande à une IDE de jour de faire une nuit. Dans l'établissement B, les cadres de jour trouvent que c'est confortable de ne pas avoir à gérer les absences de nuit. En effet, cela incombe au CIS de nuit qui gère un pool de nuit et un pool des 35 heures.

Le CI de réanimation a mis en place une organisation : « *les agents de jour, qui passent de nuit ne posent pas de congés annuels pendant cette période ; en décembre, je demande aux IDE de nuit, si elles reconduisent leur travail de nuit pour l'année suivante et de planifier leurs congés annuels (CA), leurs récupérations des 35H (une seule IDE en CA : pas de chevauchement) et la période de six semaines où elles repassent de jour* ».

Ensuite le CI fait la synthèse et complète le planning avec les IDE qui vont faire des nuits. Cette année, la gestion est plus difficile car des départs sont prévus en milieu d'année (congé maternité et formation en école de spécialisation) et l'appel au volontariat est plus fréquent. En l'absence de volontaires, le CI décide et impose des nuits. En général, cela se passe plutôt dans la négociation. Un tiers de l'effectif change chaque année et cette gestion est difficile.

Dans cet établissement, toutes les absences pour congé maternité sont remplacées à 100%, de jour comme de nuit et les absences pour maladie sont remplacées à 100% la nuit. Il est demandé aux équipes de nuit de planifier leurs congés annuels en début d'année. Le CIS de nuit, malgré les deux pools, doit faire appel fréquemment aux étudiants en médecine, pour faire des nuits d'IDE ou aux IDE de nuit à temps partiel ou à temps plein pour remplacer les absents. Nous avons pu constater, que dans cet hôpital, l'absentéisme de nuit était important (cf tableau n°6 page 30). Selon le Directeur du service de soins infirmiers, le fait que « *l'on gère séparément les équipes de jour et de nuit, le pool de jour et le pool de nuit, fait que l'on perd sans doute des mensualités, on fait des doublons* ». Il y a quatre axes de gestion des absences : le CI de jour gère le SICS⁵⁴ de jour, le CIS de nuit gère le pool de nuit, le pool des 35 H et les étudiants en médecine.

Toujours selon le DSSI (qui est arrivé récemment dans cet établissement) : « *dans le cas où les services s'auto-gèrent, où le service de nuit n'est pas individualisé, il y a une notion d'appartenance au service 24 H sur 24 et la notion de service public ; il faut améliorer la gestion globale des remplacements pour renforcer des équipes en sous effectifs : il faut travailler cette question* ».

En résumé de ce deuxième point : la gestion de l'absentéisme

Lorsque celle-ci repose sur le CI de jour, pour l'ensemble des agents qui travaillent de jour ou de nuit, cette gestion semble être plus satisfaisante qualitativement, puisque ce sont des agents issus de l'équipe, donc connaissant l'unité de soins, qui vont effectuer les remplacements. D'autre part, les IDE de ces équipes se sentent concernées par les absences, puisqu'elles se proposent spontanément pour faire le remplacement de nuit « au pied levé ». Dans les autres secteurs où la gestion repose sur le CI de nuit ou le CIS de jour du secteur, celle-ci est plus délicate, devant la difficulté de faire passer des agents de jour, de nuit. Elle semble améliorée lorsque ces remplacements inopinés peuvent être anticipés en prévoyant des IDE de nuit à temps partiel, qui sont susceptibles d'être appelées, si besoin.

Le troisième thème abordé lors des entretiens est la continuité des soins.

⁵⁴ SICS : Service Infirmier de Compensation et de Suppléance : équivalent de jour, du pool de nuit.

C. LA CONTINUITÉ DES SOINS ENTRE L'ÉQUIPE DE JOUR ET L'ÉQUIPE DE NUIT

La question : « *la continuité des soins jour-nuit, est-elle assurée ?* » a provoqué un sourire ou un ricanement de la plupart des personnes interrogées : cette réaction sous-entend peut-être que les personnes doutent de la continuité des soins. Certains ont eu besoin de définir ce qu'était cette continuité :

- « *c'est être capable de passer une relève à une collègue sur un temps donné : j'ai fait ma part de travail et je passe le relais.* »
- « *y a-t-il continuité ? si la continuité se définit par rapport à la prise en charge, le quota IDE / malades, on va dire « oui » ; si c'est par rapport à la qualité, on va dire « pas toujours » car si c'est une IDE ou un étudiant qui n'a jamais mis les pieds en réa, c'est rare mais ça arrive 6 ou 7 fois par an ...* »
- « *cohésion de l'équipe : même vue du malade, même façon de travailler* »
- « *c'est que le malade ne sente pas la différence, même s'il y en a une ; c'est que le patient puisse être satisfait de nous, le jour comme la nuit, que l'on puisse répondre à ses besoins* ».
- « *assurer des soins de qualité cohérents avec ceux de jour* ».

Nous avons posé dans le cadre de référence, certaines conditions à la continuité des soins que nous retrouvons, en partie, dans ces définitions et que nous allons utiliser, comme trame, pour poursuivre l'analyse des entretiens.

1. LA QUALIFICATION ET LA COMPÉTENCE DU PERSONNEL DE NUIT

AFFECTATION ET INTÉGRATION DANS L'ÉQUIPE

L'affectation de nuit du personnel est réalisée par le DSSI (en partenariat avec les CIS dans l'établissement A).

L'affectation dans cet hôpital, est basée sur le volontariat, la motivation ; certaines fois, il est imposé « *en passant un contrat avec l'agent, pour une durée* »(DSSI). L'expérience de nuit est souhaitée, mais dans tous les cas, l'IDE passe de jour (parfois six mois, si l'IDE ne connaît pas l'établissement) avant d'être de nuit : « *pour voir les organisations, le travail, le rythme, puis elle est doublée la nuit pendant deux ou trois nuits* »(CIS). La durée d'affectation de nuit peut être de un an, voire plus, pour des raisons familiales. Le CI du SAU, ne passe pas les IDE de nuit avant six mois et elles ne sortent en SMUR qu'après une évaluation réalisée par le CI et le chef de service.

Dans l'établissement B, le DSSI exige une demande écrite de l'agent ; quand l'agent fait partie d'une grande équipe jour/nuit, celui-ci peut obtenir une dérogation pour être en poste

fixe de nuit, un an pour raisons familiales. Le profil professionnel et la situation familiale sont pris en compte pour l'affectation : l'IDE nouvellement diplômée ne sera pas affectée de nuit (ces demandes interrogent beaucoup le DSSI qui considère que « *cette IDE passe à côté de quelque chose* »).

L'affectation de jour avant de passer de nuit n'est pas effective, dans cet hôpital, mais paraît souhaitable au DSSI, surtout si l'IDE est affectée sur le seul poste de nuit de l'unité. En réanimation, le CI estime qu'il faut six mois d'intégration pour qu'une IDE soit opérationnelle : « *dans les faits, elles sont lâchées au bout de deux mois et on essaie d'assurer un suivi* ». Sachant que dans ce service, un tiers de l'effectif est renouvelé par an, le CI souhaite confier l'encadrement des nouvelles IDE à une IDE détachée qui l'aide dans la gestion.

Nous avons pu constater que le personnel de nuit en poste dans les deux établissements est du personnel infirmier (aidé par des AS). Dans l'établissement A, le personnel remplaçant les IDE est IDE ; dans l'établissement B aussi (appartenant aux pools), mais ce sont parfois des étudiants en médecine, lorsque les effectifs sont insuffisants. Le personnel de nuit interviewé n'est pas débutant, hormis l'IDE de médecine de l'établissement A. Pour favoriser son intégration, cette IDE a travaillé trois semaines de jour dans l'unité, avant de passer de nuit.

Les IDE de nuit des SAU n'ont pas de spécialisation en anesthésie, ni de formation spécifique : elles sont formées par « *compagnonnage* » de leurs collègues (CI). Du fait que les IDE du SAU (établissement A) conduisent le véhicule, elles bénéficient d'une formation en conduite automobile sur circuit (en résine mouillée) « *pour apprendre à réagir lorsque la voiture part en glissade* ».

Un CI de l'établissement A considère que la continuité des soins est assurée « *quand on a du personnel qui ne vient pas faire qu'une nuit ; quand c'est le personnel affecté à l'unité, les soins sont plus anticipés, les relèves plus ciblées. Je sais en arrivant le matin qui a fait la nuit* ».

L'IDE de jour du SAU (établissement B) est scandalisée quand elle a à faire la relève à des remplaçants, qui ne connaissent ni le service, ni le travail (« *jamais vu un respirateur* »), ni les malades : « *il faut faire attention à la polyvalence, car personne n'appartient à rien et ne connaît rien ; les collègues de nuit ont leur travail à faire, mais aussi surveiller le remplaçant qui ne connaît rien, l'interne qui est nouveau ...c'est trop lourd ...* »

Plusieurs personnes interrogées ont exprimé que tout ce que l'on essaie de construire le jour, peut être démoli la nuit.

2. UNE PRESENCE PERMANENTE

Elle est assurée dans les deux hôpitaux 24 heures sur 24.

Dans l'établissement A, au SAU, il arrive, lorsque les deux équipages de SMUR sont sortis que l'IDE soit seule pour l'accueil et l'unité d'observation : « *géographiquement, c'est pas loin et il y a un renvoi de sonnette* » (CI). Lorsque le SMUR est appelé, l'équipe présente part ; s'il est 21H45 et que l'équipe de nuit est là, c'est elle qui sort. Au retour, l'équipe refait son véhicule, quelle que soit l'heure, avant de partir.

3. ELEMENTS EXPRIMES PERMETTANT DE CONTRIBUER A LA CONTINUITE DES SOINS JOUR-NUIT

a) Le poste de cadre infirmier de nuit

L'encadrement de nuit permet d'assurer une continuité des soins, selon le DSSI et le CIS de l'établissement A. Le DSSI précise : « *qu'il existe à l'heure actuelle, une continuité des soins prescrits et planifiés, la nuit, mais pas une continuité réelle* ». La présence d'un CI, la nuit « *permet d'éviter des aberrations (protections mises la nuit pour éviter le bassin de lit, sonnettes retirées ...)* et de sensibiliser le personnel au respect du sommeil ; il existe la nuit une certaine complicité des équipes, mais aussi des résistances aux changements » (DSSI).

Le CIS de nuit de l'autre établissement estime qu'elle n'a « *aucun regard la dessus : on voit des choses (draps souillés par terre, soins sans plateau ...)* : de toute manière, on ne nous montre rien ». Ce CIS lorsqu'elle est amenée la nuit à déplacer un agent pour répondre à une nécessité évidente se trouve confrontée parfois, le lendemain au mécontentement du CI de jour qui l'appelle. Le poste de CI de nuit est une nécessité reconnue par les DSSI.

Dans l'établissement B, son rôle ne semble pas clairement positionné, vis-à-vis des agents de nuit, mais aussi des CI de jour.

Les CIS des deux hôpitaux estiment que tant que les équipes seront parallèle (jour/nuit), il sera difficile d'aller vers une continuité des soins : « *la continuité des soins est possible grâce aux outils, mais est-elle effective ?* ». Les agents ont un sentiment d'appartenance au service de nuit, « *malheureusement* », précise le CIS de cet hôpital, « *il y a une différence jour/nuit, les informations ne passent pas, les agents ne sont pas invités aux réunions de jour : on leur délègue une tâche pour la nuit* ».

b) Les outils de communication

La continuité des soins est possible aussi grâce à des temps d'échanges et des outils de communication sur les soins, que les personnes interrogées ont cité lors de l'entretien (cf tableau suivant n° 8).

Tableau n°8 – Outils de communication entre équipes permettant de contribuer à la continuité des soins.

OUTILS DE COMMUNICATION	Nombre de fois cité
Temps de relève entre équipes	20
Dossiers de soins	20
Recueils de données sur les patients	1
Transmissions ciblées*	7
Diagrammes de soins*	4
Feuilles de surveillance	6
Feuilles de traitements (et protocoles de chimiothérapie)	4
Protocoles de soins	2
Réunions (de service, entre DSSI/CIS/CI, CI/ équipe de nuit, Conseil de service, repas de service)	9
« Tour » avec équipe médicale	2
Autres : Affiches	1
Cahier de transmissions, de liaison	3
« Feuille de SAU »	1
« Journal interne »	1
Appels téléphoniques	1
Messages	2

* cf LEXIQUE

La relève entre équipes et le dossier de soins sont les outils les plus fréquemment cités, lors des entretiens.

1) La relève entre équipes

Nous avons vu que le temps de relève :

- n'existe pas entre les équipes du SAU qui travaillent en 3 x 8H : cependant les IDE arrivent 20 à 30 minutes avant leur prise de poste, sur leur temps personnel.

- est de 30 minutes en médecine (dans l'établissement A), le soir et le matin
- est de 25 minutes dans l'établissement B, le soir et le matin.

Selon une IDE de nuit, la relève théorique de 25 minutes, est en fait plus courte, car souvent ses collègues de jour n'ont pas terminé leurs soins et cela empiète sur le temps de relève.

Le fait d'avoir travaillé de jour pour cette même IDE lui permet de cibler ses questions ; selon elle, ses collègues roulantes de nuit ont appris à poser « *les questions utiles, pour la nuit* ».

Une IDE de jour exprime « *qu'il lui semble nécessaire de communiquer le maximum d'informations à ses collègues, même si elles n'en ont pas besoin* ».

Le « *tour médical* » a été cité comme moyen de communiquer sur les patients, en début de nuit, dans l'un des SAU et en réanimation médicale.

2) Le dossier de soins

est le deuxième élément cité, jugé comme indispensable à la continuité des soins. Certaines personnes ont tenu à préciser des composants du dossier de soins : le recueil de données, les transmissions ciblées⁵⁵, le diagramme de soins⁵⁵, la feuille de surveillance (des constantes, des signes vitaux et application des traitements), les prescriptions médicales, les protocoles de soins. Les transmissions ciblées sont utilisées dans les deux hôpitaux, mais au SAU de l'établissement B, il semble que les IDE écrivent peu sur le patient, en dehors des signes vitaux et des traitements, sur les feuilles de surveillance : le CI pense que l'outil n'est pas adapté. Alors qu'au SAU de l'autre établissement, les transmissions ciblées sont correctement utilisées (selon le CI).

Une IDE de nuit dit qu'elle a besoin d'avoir les transmissions écrites sous les yeux en même temps qu'elle écoute sa collègue : de cette façon, elle peut cibler ses questions. Mais il lui manque des informations essentielles comme le fait de savoir qu'un patient porte une couche : cette situation est probablement due au fait qu'il n'y a pas d'AS la nuit dans cette unité, et que la relève le soir est faite essentiellement entre IDE.

3) Autres moyens de communication exprimés pour contribuer à une continuité des soins

En observant le tableau n°8, nous constatons que :

- les réunions sont considérées comme moyen d'assurer cette continuité, que ce soit des réunions de travail ou des réunions de détente. Un CI de jour, rencontre mensuellement l'équipe de nuit, pour permettre « *la continuité de ce qui est mis en place dans la prise en*

⁵⁵ Cf LEXIQUE

charge psychologique des patients » et réunit 3 fois par an les deux équipes de nuit pour qu'elles puissent échanger et proposer des améliorations.

- les autres moyens de communiquer sont les affiches, les appels téléphoniques entre équipes de jour (ou CI) et de nuit, les messages.

- une équipe de SAU a mis en place un journal interne, qui est devenu trop médical ensuite (arrivées, départs, conférences de consensus) et l'équipe a décidé de mettre en place, en plus, la « Feuille de SAU », qui convient davantage aux soignants et qui est éditée dans l'unité une ou deux fois par mois selon les informations à transmettre.

- trois unités ont mis en place un « cahier » (de transmissions, de liaison) qui permet de s'informer entre équipes sur les changements d'organisation, de déplacement de matériel, de matériel en réparation ...

En réanimation, l'IDE pense « *que le fait que les soins soient répétitifs sur les 24H contribue à la continuité des soins* ».

Des moments privilégiés où les agents du SAU, peuvent échanger sur des gros cas qu'ils ont eu à secourir, existent de façon informelle, dans les deux hôpitaux.

c) Le personnel de nuit

Un CI dit que « *80% des patients de son unité sont chroniques et le personnel connaît bien leurs habitudes* » : il est important que le personnel connaisse les soins de l'unité car « *les besoins relationnels sont exprimés à la relève, les particularités sont abordées et c'est bien fait quand les gens connaissent bien les patients* ».

Une IDE de nuit dit que « *le fait de faire équipe avec la même AS* » participe à la continuité des soins.

Un CI exprime qu'un étudiant en médecine « *est plutôt dépassé par le rythme et la technique* » : dans ce cas, nous comprenons qu'il peut être difficile de parler de continuité des soins et même de sécurité.

Plusieurs personnes (IDE ou encadrement) ont suggéré qu'il serait souhaitable que le personnel de jour passe de nuit et celui de nuit passe de jour, pour diminuer les tensions jour/nuit et que chacun connaisse le travail de l'autre : un CI a déjà évoqué cette éventualité avec le personnel, qui n'y serait pas opposé.

L'IDE appartenant au pool dit que les patients ont besoin d'être rassurés le soir : « *nous avons énormément de sonnettes entre 21H et 22H : les patients veulent savoir qui va faire la nuit, qui va leur donner leur calmant : c'est pourquoi j'aime faire les trois nuits dans le même service : ils ont des repères* ».

d) Un management du service pour la continuité des soins

Dans les deux SAU, le matériel est vérifié par les équipes de jour et de nuit. Au SAU (établissement A) si les deux équipages du SMUR, viennent de rentrer et que l'un doit repartir, un (voire deux) sac de matériel correspondant à une check list est disponible (CI).

L'équipe de nuit « *avance un peu l'équipe de jour, en préparant des dossiers des futures admissions* » (CI et IDE de médecine).

Deux CI ont confirmé qu'ils intégraient le personnel de nuit au plan de formation. Un CI aimerait que le personnel de nuit s'investisse davantage dans la gestion du service (commande de pharmacie).

4. ELEMENTS RESSENTIS COMME DES FREINS A LA CONTINUTE DES SOINS JOUR-NUIT

a) Le fait qu'une équipe soit de jour et une autre de nuit

L'équipe de nuit pour ce CI est une équipe parallèle à l'équipe de jour : « *ils n'apparaissent pas sur le planning, ils ne viennent pas aux réunions de travail, ni aux entretiens prévus pour la notation individuelle* ». Il lui est difficile de savoir pourquoi et elle s'apprête à venir les rencontrer de nuit.

D'autre part, un DSSI et un CIS expriment qu'il est difficile de demander à des IDE de jour de passer de nuit et qu'il faut user de stratégies pour les persuader de faire quelques nuits, « *pour dépanner* ».

b) Les effets du travail de nuit sur l'individu

La fatigue ressentie en fin de nuit fait dire à une IDE qu'elle réalise les soins « *automatiquement* » le matin.

L'encadrement des étudiants en soins infirmiers est moins performant de nuit (CI de SAU), du fait « *que les IDE sont moins enclins à expliquer, à encadrer et les étudiants moins réceptifs* ».

c) La conception de la Personne, du Soins, de l'Accueil, de la part des acteurs de soins

Devant ce que nous avons entendu lors des entretiens, nous pouvons nous interroger sur cet aspect de la continuité des soins.

En effet, pour ce CIS de nuit, la continuité des soins, c'est aussi « *accueillir les patients 24H sur 24 : ils n'ont pas le même statut de nuit et doivent rester en vrac au SAU, car les unités de soins refusent de les accueillir pour garder des lits aux entrants du jour* ».

Le CI de jour pense que la continuité des soins est « *théorique, du fait de la difficulté à assumer ce que l'équipe précédente n'a pas eu le temps de faire* » : elle s'en aperçoit surtout devant le nombre d'heures supplémentaires qu'elle a à rendre aux IDE de jour.

Cette remarque est ressortie très fortement dans les entretiens avec les IDE de nuit, mais aussi les IDE qui ont vécu cela dans des expériences professionnelles antérieures.

Ainsi cette IDE qui est maintenant au SAU (équipe fixe de jour) dit « *au SAU, les gens sont très ouverts : il n'y a pas cette angoisse de finir avant que l'autre équipe arrive ; mais j'ai eu des expériences en médecine et en chirurgie ; la mentalité c'est : tu dois avoir fini ton travail quand on arrive de nuit* ». Cette IDE qui a une expérience professionnelle importante (14 ans comme IDE) dit que dans les étages, il y avait « *une hiérarchie entre nouvelles et anciennes, une intolérance et une obligation de se plier à l'organisation du service, un jugement sur le travail des autres* » et qu'il lui est arrivé de demander à ses collègues si elle n'était pas tombée dans une « *secte* ». Cette personne exprime aussi qu'elle avait la sensation, que de la part de ses collègues de nuit, on leur prêtait les patients pour la nuit, on leur confiait une tâche : « *ton patient a eu de la fièvre et elle rendait le patient le matin* ».

L'IDE de jour en hématologie, dit que la « *continuité, c'est aussi faire des choses que l'autre n'a pas pu faire* »

Cette plainte n'émane pas que de la part des IDE de jour vis-à-vis des équipes de nuit, puisque l'IDE du pool de nuit dit que « *la continuité est à sens unique ; le soir les collègues disent : je n'ai pas pu faire ça et ça, mais le matin, il ne faut rien leur laisser* ».

Nous percevons la plainte de part et d'autre (jour/nuit) lorsqu'il reste des soins à réaliser le soir ou le matin. Le DSSI (établissement B) dit que cela existe du fait que les équipes soient fixes de nuit.

En effet cette plainte n'est pas formulée dans les grandes équipes jour/nuit, mais cette tension n'existe pas au SAU (établissement B), où pourtant l'équipe de nuit est fixe. Le CI pense que cela est dû au fait que l'activité est irrégulière et que chaque équipe rencontre les mêmes pics d'activité et les mêmes difficultés le jour ou la nuit.

En unités de soins conventionnelles, cela est peut-être la résultante d'une charge de travail qui fait que l'IDE craint de ne pas pouvoir assumer ce surcroît de travail. Une IDE dit en effet que dans une unité de chirurgie où il lui arrive de faire des remplacements, elle finit son « *tour* » à une heure du matin : les derniers patients ne la voient pas avant une heure du matin !

Ces difficultés, exprimées de manière récurrente, méritent que cela soit approfondi : est-ce de la tension entre équipes irascibles ? ou une charge de travail qui empêche toute tolérance et entraide que l'on est en droit d'attendre entre équipes de soins ?

En résumé de ce dernier point : La continuité des soins

Si l'on se réfère au cadre conceptuel sur la continuité des soins, tous les points abordés ne sont pas cités par les personnes interrogées. Nous avons eu le sentiment que la continuité des soins était assurée pour bon nombre de personnes (en dehors des DSSI), du fait des transmissions orales et du dossier de soins.

La qualification et la compétence (IDE connaissant l'unité et non étudiant en médecine), la connaissance des patients, la maîtrise des outils, la présence d'un CI de nuit semblent être les éléments reconnus comme nécessaires à la continuité des soins.

Des freins ont été identifiés : le fait que les équipes jour/nuit soient parallèles, la difficulté à prendre le relais c'est à dire à assumer ce que l'équipe précédente n'a pas eu le temps de réaliser, la conception du soin et du rôle de chacun de la part des IDE et de l'encadrement (de jour) : accueillir les patients de jour comme de nuit, respecter le repos et le sommeil dans la planification des soins prescrits, reconnaître l'Autre comme professionnel à part entière.

III VERIFICATION DE L'HYPOTHESE DE RECHERCHE

Rappel de l'hypothèse :

Le rattachement des équipes de nuit au cadre infirmier de jour améliore la gestion de l'absentéisme et assure la continuité des soins.

Le nombre faible d'unités observées (2) où les agents sont rattachés au CI de jour ne permet pas de l'affirmer.

Cependant, dans les deux unités où cela existe (SAU de l'établissement A et réanimation de l'établissement B), les CI sont fortement impliqués dans cette gestion puisqu'ils gèrent l'absentéisme planifié et l'absentéisme inopiné. Le CI a une vision globale de son unité et la gestion de l'absentéisme est soumise à certaines règles instituées par le CI de l'unité, pour que cette gestion de l'absentéisme et des effectifs soit réalisable. Par exemple, ils savent ce qu'ils peuvent tolérer comme nombre d'agents absents, en même temps pour congés annuels, pour faire face aussi à l'absentéisme imprévu.

Nous avons pu ressentir aussi que les équipes de ces unités sont soudées et que les agents ne s'absentent pas facilement, sachant que cette absence sera à supporter et à combler par les collègues de l'unité. Le rattachement des équipes de nuit au CI de jour, génère un sentiment d'appartenance à l'unité de soins et de ce fait évite le clivage jour/nuit ; ce clivage existe néanmoins en réanimation où quelques IDE sont en poste fixe de nuit.

Nous avons pu entendre dans les discours des personnes interrogées dans l'établissement A, en secteur de médecine, que la gestion de l'absentéisme est satisfaisante ; en effet, les équipes de nuit du secteur de médecine, sont rattachées au CIS de jour de ce secteur et

celui-ci responsabilise les équipes en confiant l'élaboration des plannings à des IDE référentes de nuit. Cette organisation actuelle satisfaisante n'est cependant pas pérenne et reproductible, du fait qu'elle repose sur des personnes investies dans ce projet, mais cela pourrait « dysfonctionner » du jour au lendemain, uniquement lors d'un changement de personnes. Néanmoins dans ce secteur, la continuité ne semble pas effective, du fait de la faiblesse des effectifs de nuit et de l'absence actuelle d'encadrement de nuit.

Dans les deux unités où les équipes de nuit dépendent du CI de jour, les IDE tournent sur des horaires de jour et de nuit et elles ne passent de nuit qu'après avoir acquis des compétences par un encadrement de jour. Elles sont intégrées au plan de formation et s'investissent dans les réunions de travail du service. Cette politique d'acquisition de compétences avant de passer de nuit est mise en place dans l'établissement A par le DSSI. Lorsque les IDE en poste fixe de nuit (en réanimation) passent de jour, elles ne doivent pas poser de congés pour que cette mise à niveau de connaissances soit effective.

Alors que dans les unités où les CI ne gèrent que les équipes de jour, ceux-ci ne peuvent avoir une vision globale de la qualité des soins dispensés dans le service le jour et la nuit. Certains CI ne connaissent même pas les agents de nuit ou ne savent pas parfois qui a fait la nuit ; dans cette situation nous sommes en droit de nous demander : quelle est la politique menée dans ces unités ?

Nous pouvons considérer qu'il y a là deux niveaux d'exigence, dont l'un est antinomique avec la continuité des soins.

Néanmoins, nous avons pu observer lors de cette recherche, que la continuité des soins jour/nuit dépend aussi des personnes et surtout de l'investissement du CI de jour auprès des équipes de nuit pour assurer une continuité de la prise en charge des patients entre le jour et la nuit : c'est le cas du CI de jour de l'unité d'hématologie. Par contre le CI de chirurgie dénonce des dysfonctionnements, mais ne propose pas de solution pour les contourner.

Le rattachement des équipes de nuit au CI de jour ne remet pas en cause la nécessité de la présence d'un CI de nuit pour assurer la qualité des soins, la continuité jour/nuit et permettre aux équipes d'avoir un référent soignant sur qui elles peuvent s'appuyer.

La gestion des équipes de nuit, par leur rattachement au CI de jour, favorise la continuité des soins en améliorant l'aspect qualitatif du remplacement puisque c'est une IDE, issue de l'équipe qui effectue le remplacement planifié ou inopiné.

Nous allons, suite à cette recherche émettre des propositions d'action, dont l'objectif est d'améliorer l'organisation du travail de nuit, la gestion de l'absentéisme pour favoriser la continuité des soins.

TROISIEME PARTIE :
PROPOSITIONS D' ACTIONS

TROISIEME PARTIE : PROPOSITION D' ACTIONS POUR UNE DIRECTION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS.

Le DSSI de l'établissement A, a mené une réflexion pour une amélioration de la gestion des équipes de nuit ; la mise en place du poste de CI de nuit en témoigne, ainsi que l'évaluation prévue de cette nouvelle organisation. Le CIS du secteur de médecine et le CI du service de médecine ont exprimé que tant que les équipes de nuit ne seraient pas rattachées au CI de jour, les équipes seraient parallèles.

Dans l'établissement B, l'encadrement de nuit vient d'être renouvelé. Le roulement de nuit ne donne pas satisfaction à bon nombre de personnes, l'absentéisme est important et il serait nécessaire qu'une réflexion en profondeur soit menée, comme le souhaite d'ailleurs le DSSI qui a pris son poste récemment.

PREALABLES

La constitution d'un groupe-projet semble nécessaire pour conduire cette réflexion. La composition du groupe de travail serait à définir par le DSSI en lien avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH), en profitant peut-être de la réflexion qui va précéder la mise en place de la réduction du temps de travail (RTT) de jour. Ce groupe de 10 à 12 personnes pourrait comporter le DSSI ou l'IG, un membre de l'équipe de la DRH, le CIS de nuit, un CI de nuit, des CIS et CI de jour (dont l'un gère une équipe jour /nuit et un autre favorable au rattachement des équipes de nuit au CI de jour), des IDE (dont l'une appartient à un pool de nuit) et AS de nuit, le médecin du travail, l'assistant socio-éducatif du personnel et des représentants syndicaux.

Ce groupe de travail pourrait être conduit comme une gestion de projet avec toute la méthodologie qui en découle et s'inspirer des principes que nous allons énoncer : ceux-ci sont issus du cadre de référence exposé dans la première partie, mais aussi des résultats de la recherche menée dans les deux établissements, auprès de 20 personnes.

En préalable à une conduite d'amélioration de la gestion des équipes de nuit, il semble indispensable :

- De faire un bilan de l'existant du service de nuit avec un état descriptif du nombre d'agents, leur ancienneté dans la profession, leur ancienneté de nuit, l'absentéisme du personnel de nuit (une analyse quantitative et qualitative et rétrospective sur plusieurs années), le nombre des mensualités de remplacement....

- D'inventorier ce qui est mis en place sur l'établissement en matière de conditions de travail du personnel de nuit (repas, fauteuils de détente ...)
- Ce bilan pourrait être complété par une enquête de satisfaction auprès des agents de nuit et auprès des CI de jour pour identifier, les points positifs, leurs difficultés et leurs attentes. Il serait intéressant de connaître le point de vue des usagers, sur les soins la nuit, soit lors d'une enquête de satisfaction plus globale, soit par l'intermédiaire de l'analyse des questionnaires de sortie où parfois les patients se plaignent du bruit la nuit, de la communication ou de l'organisation des soins.

I. PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS

JOUR/NUIT

Pour débiter cette réflexion, il serait nécessaire de définir ce que l'on entend par « *continuité des soins* ». La continuité n'étant pas uniquement la permanence des soins et du personnel 24H sur 24. Nous avons pu mettre en évidence, lors de la recherche, que la continuité des soins est sous tendue par certains concepts, qui doivent être pris en compte si l'on veut qu'il y ait une continuité réelle.

Le DSSI qui mènera cette réflexion devra définir avec le groupe, les points sur lesquels il est impossible de déroger et rechercher les moyens que nous nous donnons pour cela.

A. LA QUALIFICATION DU PERSONNEL DE NUIT

Ceci n'est plus à démontrer : le personnel est qualifié (IDE) dans les services des hôpitaux où s'est déroulée la recherche.

Il serait parfois nécessaire de se demander si le deuxième agent indispensable dans l'unité la nuit doit toujours être une AS . Nous avons perçu que dans les unités où la technicité est importante, l'IDE est parfois débordée et doit faire appel à une collègue d'une autre unité. Le risque est aussi le glissement des tâches qui peut exister la nuit, dans certaines unités. Une étude de tâches des AS, la nuit, dans ces services sensibles, pourrait être confiée aux CI de jour et de nuit de ces unités et permettrait une re-qualification de certains postes. Cela a été le cas de l'unité d'hématologie de l'établissement B, qui a ouvert en 1985 avec un poste d'IDE et AS la nuit, et qui aujourd'hui, fonctionne avec 3 IDE, sans AS.

Les remplaçants des IDE doivent être IDE. Les étudiants en médecine, même s'ils sont consciencieux, ne peuvent en quelques semaines de stage infirmier, acquérir une compétence qu'une IDE aura acquis par plus de trois années d'études et parfois quinze ans d'expérience. Le changement intervenu dans le statut hospitalier des étudiants en

médecine⁵⁶, va induire des candidatures de remplaçants moins nombreuses. Il semble utile de rappeler aussi que l'autorisation d'exercer en qualité d'AS ou IDE est délivrée par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales à l'établissement de santé public ou privé qui en fait la demande⁵⁷. Il est rappelé dans cette circulaire, que les étudiants doivent être encadrés et qu'ils ne peuvent être affectés qu'auprès d'une équipe soignante comportant au moins un IDE durant les périodes pendant lesquelles ils exercent. En aucun cas, donc, l'étudiant en médecine ne peut occuper, seul, un poste d'IDE dans une unité.

Les soins prodigués, en milieu hospitalier, reposent sur la mise en œuvre d'un corps de connaissances scientifiques et techniques d'un haute complexité, que l'étudiant ne maîtrise pas.

B. LA COMPETENCE DU PERSONNEL

L'expérience clinique permet de réagir de manière adéquate devant une situation rencontrée (Modèle de BENNER)⁵⁸.

- ❑ C'est pour cette raison que les IDE nouvellement diplômées, ne doivent pas être affectées de nuit. Dans des situations particulières (problèmes de recrutement, problème familial personnel..), cette affectation ne devrait être effective qu'après une expérience de jour, de plusieurs mois dans l'unité, comme cela existe dans l'établissement A et B (en réanimation). Une IDE de jour de l'unité pourrait passer de nuit durant cette période.
- ❑ Quelle que soit la gestion des équipes de nuit, l'IDE affectée sur un poste de nuit, doit l'être après une période effectuée de jour, qui sera à définir selon son profil.
- ❑ Dans le cas où l'IDE est en poste fixe de nuit, il faut envisager qu'elle passe de jour pour mettre à jour ses connaissances : la périodicité, la durée doivent être déterminées dans le groupe de travail et un consensus doit être trouvé entre le DSSI, DRH et partenaires sociaux. Le choix de la date pourrait être laissé à l'agent, en accord avec le CI de jour, qui devra affecter un agent de nuit durant cette période.
- ❑ Cette démarche, en dehors de la mise à niveau des connaissances des IDE de nuit pourrait améliorer les tensions qui existent entre le jour et la nuit et favoriser la continuité des soins jour/ nuit. En effet, nous avons perçu que les IDE de jour comme celles de nuit, acceptaient mal, voire refusaient d'assumer des soins qui n'avaient pas pu être réalisés par leurs collègues de l'équipe précédente.

⁵⁶ Décret n° 2001-28 du 10 janvier 2001 modifiant le décret n° 70-931 du 8 octobre 1970 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine.

⁵⁷ Circulaire DGS/DH n° 2000- 406 du 17 juillet 2000, relative à l'exercice des étudiants en médecine en qualité d'AS ou d'IDE

⁵⁸ BENNER Patricia– De novice à expert. Excellence en soins infirmiers – InterEditions – 1995.

La formation continue du personnel de nuit est indispensable. Dans le cas où les IDE tournent sur le jour et la nuit, cela ne pose pas de problème particulier.

De toute évidence, les IDE de nuit doivent être intégrées dans le plan de formation du service ; pour assurer l'atteinte des objectifs du projet de service, il faut que tous les agents soient impliqués.

C'est un moment privilégié pour le CI de jour de rencontrer les agents de nuit pour mieux les connaître et faire le bilan de leurs points forts et points faibles. C'est par un encadrement de proximité que le CI pourra mettre en évidence les besoins de formation de l'agent et fixer avec lui des objectifs de formation. Dans l'enquête réalisée, un CI exprime que les IDE s'impliquent peu dans la formation : « *j'informe par affichage que les demandes de formation peuvent être faites, mais elles ne demandent rien* ». C'est au CI de faire la démarche d'intégration de son équipe dans une démarche de progression, de montrer ce qui est attendu.

C. L'ENCADREMENT DES EQUIPES DE NUIT

- ❑ Le rôle et les missions du CI de nuit sont à définir dans une fiche de poste⁵⁹; selon le management mis en place, il sera nécessaire de préciser les activités du CI de jour et celles du CI de nuit, afin qu'il n'y ait pas de malentendu. Le CI de jour est garant de la qualité des soins infirmiers dispensés dans son unité. Il évalue les agents de nuit, en collaboration avec le CI de nuit. Il semble regrettable que les CI de jour évaluent le travail de nuit en interrogeant les agents de jour. Cela contribue à une dévalorisation et une non reconnaissance des IDE de nuit.
- ❑ Dans tous les cas, il est indispensable que le nouveau CI de nuit bénéficie d'une période d'intégration de jour, tel que cela a été institué dans l'établissement A, pour une meilleure connaissance des unités et une collaboration avec les CI de jour.
- ❑ Actuellement dans l'établissement B, il y a peu d'attractivité pour les postes de CI de nuit : nous sommes en droit de nous demander quelles en sont les raisons. Si leur rôle est cantonné à chercher des remplaçants de nuit, nous comprenons que le poste soit peu intéressant et que les CI en poste cherchent aussi à le quitter. Dans cet hôpital le CI de nuit fait un tour rapide de toutes les unités de soins toutes les nuits ; est-ce nécessaire ? Ne vaut-il pas mieux que le CI de nuit reste un temps plus long dans une unité au détriment d'autres unités ? Il faut privilégier l'aspect qualitatif de l'encadrement et de la relation avec les agents de nuit.
- ❑ L'activité du CI de nuit doit être rendue lisible de manière globale (bilan d'activité annuel à la DSSI), mais aussi journalière par un cahier de transmissions destiné au DSSI.

⁵⁹ cf ANNEXES I et V

- Le rôle et les missions du CI de nuit doivent être mesurés quantitativement, mais aussi qualitativement, donc évalués par des enquêtes de satisfaction auprès des agents de nuit et des CI de jour pour être optimisés : le contenu de l'enquête et la périodicité seront définis par le DSSI.

D. LA COMMUNICATION ENTRE EQUIPES ET LES SOINS INFIRMIERS LA NUIT

- Le temps de relève est un moment nécessaire pour communiquer sur la prise en charge des patients. Dans le cadre de la réflexion sur la réduction du temps de travail de jour, le DSSI doit rester vigilant pour ne pas supprimer les périodes de chevauchement entre équipes. Nous avons pu observer qu'au SAU de l'établissement A, où les équipes travaillent en 3 x 8H, par conscience professionnelle, le temps de relève est pris sur le temps personnel des agents et cela n'est pas acceptable. Le temps de chevauchement entre deux équipes est *« nécessaire et indispensable pour se rencontrer, se connaître, décompresser , créer une réelle équipe autour du malade »*⁶⁰.
- Le dossier de soins est l'outil indispensable pour assurer la continuité de la prise en charge des patients. Le DSSI de l'établissement B dit *« qu'il faut améliorer l'outil de relève pour qu'une IDE à qui l'on doit transmettre des informations sur 30 patients en 25 minutes ait une vue d'ensemble des problèmes des patients et des soins à réaliser, sans pour cela revenir à une organisation des soins en série »*. Cette nécessité est défendue aussi par M. ESTRYN BEHAR : *« la nécessité de garder en mémoire les divers types de soins repris plusieurs fois pour le même patient illustre cette complexité qu'il faut alléger par des aides à la visualisation des priorités »*⁶¹.

Si le diagramme de soins pouvait être utilisé comme outil de planification, cela éviterait d'avoir à consulter deux documents : celui de planification et le diagramme qui sert à la traçabilité. Le CI de nuit pourrait, en passant un temps plus long dans les équipes, trouver des solutions pour améliorer cette organisation en collaboration avec les IDE et les CI de jour.

- La planification des soins la nuit par les IDE de jour va parfois à l'encontre du respect du sommeil du patient : les IDE s'en plaignent. Le rôle du CI de jour est primordial dans le contrôle de la planification des soins, qui doit allier efficacité des traitements, confort de la personne soignée et équité dans la répartition des tâches, compte tenu des effectifs de nuit. Un relevé ponctuel sur quelques dossiers, pris au hasard, par le CI de nuit lors de

⁶⁰ VILLATTE et coll – Pratiques de l'ergonomie – Paris – InterEditions – 1993.

⁶¹ ESTRYN BEHAR Madeleine – Risques d'erreurs et conditions de travail à l'hôpital. Exposé non publié –

son encadrement dans les unités permettrait d'avoir des éléments objectifs et d'améliorer l'organisation.

Les résultats de l'enquête menée pour cette recherche montrent que certaines équipes devraient réfléchir à leur pratique. Au SAU, où les IDE transmettent par écrit surtout, la surveillance et les traitements, il serait nécessaire d'intégrer que la personne accueillie aux urgences n'est pas qu'un ensemble de signes vitaux. En réanimation, la même réflexion s'impose, les IDE qui délèguent les 15 soins de bouche à l'AS, sous prétexte que cela fait partie de son rôle : le soin de bouche du patient de réanimation, intubé, ventilé n'est-il pas plutôt du rôle de l'IDE ?

II. PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL DE NUIT

Les éléments cités dans le point précédent, sont les bases élémentaires de la continuité des soins jour/nuit. Pour que la continuité des soins soit réelle, il faut que le personnel qui l'assure, évolue dans un environnement avec des conditions de travail qui le permettent. Le personnel de nuit travaille 8H, mais le plus souvent 10H (voire 10H20) sur un moment de la journée, où l'on est sensé dormir. Si l'on veut que le personnel de nuit reste vigilant pour donner des soins de qualité, en toute sécurité, il est indispensable que l'Institution réfléchisse à ce qui peut l'assurer. L'amélioration des conditions de travail peut avoir aussi une incidence sur l'absentéisme et nous avons observé que l'absentéisme du personnel dans l'établissement B était important.

A.L'INFORMATION DU PERSONNEL DE NUIT SUR LE TRAVAIL DE NUIT

Nous aborderons dans le dernier point les roulements de nuit, qui font aussi partie des conditions de travail.

L'agent de nuit, lorsqu'il a fait le choix de travailler la nuit, souvent pour des raisons familiales, ne mesure peut-être pas les conséquences de ce choix.

L'information préalable des agents doit comporter :

- ❑ Les effets du travail de nuit sur l'individu, sur la vie sociale et familiale et sur le travail.
- ❑ Les conditions à prendre en compte pour assurer un travail de nuit de qualité :
 - ✓ Un logement calme qui permette le sommeil diurne.
 - ✓ Un système de garde des enfants qui aide le parent qui travaille de nuit à bénéficier de suffisamment d'heures de sommeil
 - ✓ Une distance faible entre le domicile et l'hôpital, pour éviter l'endormissement au volant après une nuit de travail (ou la possibilité de dormir sur place).

- ❑ Les contre-indications du travail de nuit ; le médecin du travail de l'établissement B rencontré pour cette recherche, contre-indique le travail de nuit en cas de problèmes psychiques avec traitements lourds, de problèmes de sommeil, d'épilepsie, de diabète, d'alcoolisme. Les pathologies thyroïdiennes, du fait de la variation de l'effet des traitements lors du travail de nuit, est une contre-indication relative.
- ❑ Des conseils pour éviter l'endormissement au travail, notamment une ou deux heures de sieste avant la première nuit du roulement.
- ❑ Des conseils pour éviter ou minimiser les troubles liés au travail de nuit :
 - ✓ diététiques pour diminuer les troubles digestifs et la prise de poids
 - ✓ d'hygiène de vie (sommeil, détente, repos, sports ...) pour éviter les troubles de l'humeur et la prise de médicaments.
 - ✓ obtenir l'avis de l'obstétricien en cas de grossesse, pour éviter une naissance prématurée.

L'ensemble de cette information pourrait faire l'objet d'un livret élaboré par les membres du groupe de travail (avec l'aide d'une diététicienne, d'un spécialiste du sommeil).

Cette information pourrait être complétée par une formulation des devoirs et des droits du travailleur de nuit.

B. LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL DE NUIT

Le travail de nuit entraîne des perturbations biologiques et physiologiques avec baisse de la température corporelle et de la vigilance après 3 heures du matin.

Pour éviter ces effets, il nous semble indispensable que le groupe de travail réfléchisse sur ce qui peut être amélioré dans les conditions actuelles.

- ✓ L'alimentation : des collations riches et variées pourraient être proposées aux agents dans un endroit réservé, doté d'un micro-ondes. Le financement des repas reste à déterminer.
- ✓ L'environnement :
 - Diminution des nuisances sonores en fournissant un téléphone portable aux agents qui travaillent de nuit et améliorer le système d'appel des patients, si nécessaire.
 - Adapter l'éclairage selon la situation : localisé et orientable sur le plan de travail, salle de repos et bureau ; orientable au lit du malade et fournir une lampe de poche aux agents de nuit.

Ces deux mesures bénéficieraient en même temps aux patients.

- Etudier la possibilité d'un système de réglage de la température ambiante la nuit et fournir un gilet matelassé lavable par la blanchisserie : ceci évitera le port de vêtements personnels sur la tenue de travail, incompatibles avec les règles d'hygiène élémentaires.

✓ La sécurité :

Dans l'établissement A, l'IDE peut être seul et isolé à certaines périodes ; dans l'établissement B, chaque unité de soins est dotée d'une IDE et d'une AS au minimum. Lorsque l'agent est isolé, il faut prévoir un système d'appel d'urgences qu'il porte sur lui. Le CI doit sensibiliser les agents de nuit à la sécurité et leur demander de ne pas se déplacer entre unités, sauf urgences.

✓ La responsabilité

Les CI de jour comme de nuit, doivent être vigilants afin que les prescriptions médicales soient écrites par les médecins.

Pour améliorer la prise en charge des patients et garantir la sécurité, il est souhaitable que chaque équipe réfléchisse aux protocoles d'urgences qu'il est nécessaire de mettre en place, ainsi que les protocoles de prise en charge de la douleur qui doit être anticipée.

✓ La fatigue, la charge physique et mentale.

- Un fauteuil dans un lieu adapté avec appuie-tête, accoudoirs et repose-jambes doit être mis à la disposition d'un agent. M. ESTRYN-BEHAR⁶² préconise qu'un agent puisse après 3H du matin dormir une heure à tour de rôle. Cela éviterait la somnolence concomitante des deux personnes, l'absence de vigilance et les incidents et accidents que cela peut entraîner (chutes des patients, perfusion arrachée ..). Cette proposition doit être étudiée et très encadrée pour éviter tout débordement.

- Deux des IDE ont exprimé qu'il y avait plus de décès la nuit que le jour. Un recensement rapide des décès survenus dans deux unités de soins en 2000 (dont l'unité d'hématologie) montre que 22 décès sur 46 et 14 sur 33 surviennent la nuit entre 20H30 et 6H30. Il n'y a pas plus de décès la nuit mais près de la moitié surviennent la nuit, dans une ambiance particulière, qui est celle de la nuit et sur une période de 10H20 où les effectifs sont réduits. Le fait que les IDE l'aient exprimé montre que cette confrontation la nuit avec la souffrance et la mort est peut être mal reconnue et mal prise en charge. Quel soutien psychologique peut-on apporter aux agents de nuit : participent-ils aux groupes de paroles qui peuvent être mis en place ? quelle aide l'équipe mobile de soins palliatifs apporte-t-elle aux équipes de nuit ?

⁶² ESTRYN-BEHAR Madeleine – Risques d'erreurs et conditions de travail à l'hôpital- Exposé non publié.

- Le service de nuit se trouve confronté, comme le jour, aux pannes d'appareils divers et variés : en dehors des dépannages entre unités, peut-on envisager que les CI aient accès à un pool de matériels ?

Ces propositions ne sont pas exhaustives mais permettent d'envisager l'ensemble des problèmes auxquels se trouvent confrontés les agents de nuit et d'essayer d'y remédier pour assurer la continuité des soins en allégeant la charge mentale des équipes.

Le rôle du CI de nuit est aussi d'être présent auprès des agents pour identifier des problèmes de vigilance ; il peut proposer à l'agent en accord avec le DSSI de passer de jour, lorsque cela s'avère nécessaire pour la sécurité des soins et la qualité de vie de l'agent.

III PROPOSITION D' ACTIONS POUR AMELIORER L' ORGANISATION DU TRAVAIL DE NUIT ET LA GESTION DE L' ABSENTEISME DU PERSONNEL DE NUIT

Nous avons observé, dans l'étude, que le rattachement des équipes de nuit au CI de jour améliore la gestion de l'absentéisme et l'efficacité du remplacement, puisque l'IDE remplaçante est issue de l'équipe.

Dans l'établissement B, le DSSI souhaite rattacher les agents de nuit aux CI de jour. L'effectif actuel des unités ne permettrait pas de gérer l'absentéisme globalement. Il est important aussi de supprimer dans cet établissement les quatre axes de gestion des absences (pool de nuit, pool des 35H, étudiants et SICS de jour), pour n'en faire qu'un seul. Dans ce cas, le poste de CIS de nuit qui travaille cinq jours sur sept de 16H à 0H ne se justifie plus la nuit. Le CIS pourrait garder la responsabilité des CI de nuit et aider le CI de jour du SICS à gérer cet effectif complet de près de 180 agents. Le SICS pourrait regrouper l'ensemble des pools et le CIS et CI de jour pourraient gérer l'absentéisme de nuit avec les CI de jour comme cela se passe pour l'absentéisme des agents de jour. L'absentéisme inopiné serait à gérer par le CI de jour avec son équipe.

L'éclatement des effectifs des pools de nuit sur les unités de soins pour que les CI de jour gèrent l'ensemble de leur équipe jour/nuit ne permettrait pas de faire face à l'absentéisme programmé, qui pourrait être important dans une unité (exemple : 6 congés-maternité), et nul dans une autre.

Dans cet établissement, le DSSI souhaite introduire le roulement de 70H sur deux semaines. Une enquête conduite par une organisation syndicale auprès des agents en 1999 (ou 2000), montrait que 66 agents sur 99 (qui ont répondu), étaient prêts à accepter ce roulement (26 agents n'étaient pas d'accord et 7 ne se sont pas prononcés). Les nuits étant actuellement de 10H20, il faut attendre l'organisation de jour, en vue de la RTT⁶³ pour modifier les horaires de nuit et proposer à quelques équipes – pilotes de tester cette nouvelle organisation sur un

⁶³ RTT : Réduction du Temps de Travail.

temps suffisamment long et de l'évaluer. La procédure restant à déterminer par le groupe - projet.

La gestion du SICS jour/nuit devrait être une gestion qualitative et quantitative (types de remplacements, motifs, durées, lieux ..) comme elle l'est actuellement dans cet établissement de jour. Les CI de jour se sont plaints de ne pas être suffisamment informés sur les remplacements. Un bordereau d'affectation pour les remplacements programmés devrait ainsi être adressé par le CI du SICS aux CI de jour et de nuit.

Dans un premier temps et en attendant la possibilité de changer les roulements de nuit, le regroupement des pools pourrait être réalisé, ainsi que le rattachement des agents de nuit aux CI de jour. Le roulement des 70H sur deux semaines pourrait être effectué, dans un premier temps, par les CI de nuit : cela aurait valeur de test et d'exemple.

Les propositions d'amélioration des conditions de travail et de réorganisation du travail de nuit, émises par le groupe – projet, devront être présentées et validées en CSSI, en CTE et CHSCT ⁶⁴ et testées avant d'être mises en œuvre.

Synthèse des actions proposées

L'ensemble de ces actions proposées peut être synthétisé dans le tableau suivant :

Tableau n° 9 : Synthèse des actions proposées.

OBJECTIFS - THEMES	ACTIONS
Créer un groupe - projet	Constituer le groupe Elaborer un calendrier de travail Réaliser une enquête préalable
Objectif I : assurer la continuité des soins jour/nuit A. Qualification du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ définir ce qu'est la continuité des soins ✓ 1 IDE / unité de soins (minimum) ✓ réfléchir à la qualification du 2° poste ✓ remplacement IDE / IDE (en non étudiant)
B. Compétence du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ pas d'affectation de nuit nouvelle IDE ✓ période de jour avant affectation de nuit ✓ passage de nuit IDE de jour ✓ passage de jour des IDE de nuit en poste fixe ✓ formation continue des IDE de nuit ✓ rencontre CI / IDE de nuit (fréquence ?)

⁶⁴ CSSI = Commission du Service de Soins Infirmiers – CTE = Comité Technique d'Etablissement – CHSCT = Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

OBJECTIFS - THEMES	ACTIONS
C. Encadrement des équipes de nuit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ élaborer fiche de poste CI de nuit (préciser activités CI de jour/ CI de nuit) ✓ évaluation conjointe des agents de nuit ✓ bilan d'activités CI de nuit ✓ évaluation du rôle et missions du CI de nuit
D. La communication et les soins la nuit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ temps de relève à conserver ✓ dossier de soins avec outil d'aide à la visualisation des priorités ✓ planification des soins la nuit à contrôler ✓ réflexion d'équipes sur leur pratique
Obj. II. Améliorer les conditions de travail A. Informer le personnel de nuit sur le travail de nuit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ élaborer un livret : effets du travail de nuit, conditions personnelles nécessaires pour assurer un travail de nuit de qualité, droits et devoirs de l'agent de nuit, conseils d'hygiène de vie
B. Conditions de travail de nuit du personnel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentation (collation, lieu, financement) ✓ Environnement (nuisances sonores, éclairages, température ambiante, gilet matelassé ..) ✓ Sécurité : système d'appel d'urgence ✓ Responsabilité : sécuriser la prescription médicale, protocoles d'urgences et de prise en charge de la douleur ✓ Fatigue physique et mentale (fauteuil confortable, temps de repos organisé à encadrer, aide des IDE / accompagnement des personnes en fin de vie, pool de matériel à gérer / technicien de garde ou CI de nuit)
Obj. III. Améliorer la gestion de l'absentéisme	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rattachement des équipes de nuit aux CI de jour qui gèrent les absences inopinées de nuit ✓ Grouper la gestion des pools de remplacement ✓ Réfléchir sur le secteur d'encadrement du CIS de nuit/jour (gestion CI de nuit et SICS) ✓ Réfléchir à une modification des roulements de nuit pour respecter 10H / nuit et 35H / semaine, dans le cadre de la RTT de jour ✓ Gestion quantitative et qualitative du SICS ✓ Information sur les remplacements de nuit (CI de jour et de nuit)
Valider le projet	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auprès des personnes concernées (agents de nuit et de jour, CI de jour et de nuit) ✓ Auprès des instances
Tester, mettre en œuvre sur des services-pilotes, évaluer, informer, étendre la procédure, évaluer, informer, améliorer, évaluer, informer ...	

CONCLUSION

L'expression « *la nuit tous les chats sont gris* » ne s'adapte pas aux travailleurs hospitaliers de nuit. En effet, nous avons pu nous rendre compte, au cours de cette recherche, que les organisations, les effectifs, les conditions de travail et de sécurité ne sont pas identiques dans les deux établissements, et même à l'intérieur de chaque établissement, dans les différentes unités observées.

Par contre l'expression « *c'est le jour et la nuit* », employée par une infirmière, traduit peut être une succession des équipes pour assurer une présence permanente, mais sans l'assurance d'une réelle continuité des soins infirmiers 24 heures sur 24.

La continuité des soins semble plus prépondérante dans les unités où les cadres infirmiers de jour gèrent l'ensemble de leurs agents pour assurer la continuité des soins jour/nuit.

La politique de la Direction des soins infirmiers, basée sur la qualité des soins, une gestion optimale des ressources humaines ne peut être conduite sans garder à l'esprit que la nécessité d'assurer la continuité des soins induit que l'on ait les mêmes exigences quelque soit la conjoncture. Une réorganisation, telle qu'elle est proposée dans la dernière partie, ne peut se faire qu'en douceur pour éviter que les effets secondaires aux changements, soient contradictoires avec le but recherché. Cela exige surtout une politique de communication très bien menée où les agents et l'ensemble des partenaires pourront s'investir. Ces changements doivent être accompagnés, évalués avant d'être étendus à l'ensemble de l'établissement.

Assurer la continuité des soins et améliorer la gestion de l'absentéisme de nuit nécessite une réflexion et une implication de l'ensemble des acteurs hospitaliers, si l'on veut que cela soit ancré et pérenne. Cette réflexion doit prendre en compte l'ensemble des aspects de la continuité des soins, c'est à dire l'organisation du travail, la qualification et la compétence des personnels, une gestion optimale de l'absentéisme et l'amélioration des conditions de travail.

Ce travail m'a permis d'approfondir au travers des lectures (textes législatifs, travaux des ergonomes) le travail de nuit, pour mieux en appréhender tous les aspects et pouvoir les prendre en compte dans la recherche, l'analyse des discours et les propositions d'actions. L'abord sociologique de cette recherche m'a fait expérimenter la méthodologie de l'entretien,

non sous l'aspect conduite d'entretien, mais plutôt : analyse par thèmes et sous thèmes et cette découverte a été très enrichissante.

Le nombre d'entretiens réalisés (20) est relativement faible et n'a pas permis du fait du choix de la population de vérifier scientifiquement l'hypothèse ; en effet seulement deux cadres infirmiers sur sept géraient l'ensemble des agents de jour et de nuit : ceci est une des limites de ce travail. Il aurait été peut être intéressant de réaliser l'étude sur un plus grand nombre d'établissements (4 ou 5 par exemple), et à l'intérieur de chacun d'eux d'interroger les Directeurs du service de soins infirmiers, les cadres infirmiers qui gèrent les équipes de nuit et les infirmières de nuit. Mais il était néanmoins intéressant d'interviewer aussi des cadres et infirmières de jour.

Pour avoir travaillé en tant qu'infirmière de nuit⁶⁵, il y a plus de vingt ans, je m'aperçois que les difficultés rencontrées la nuit n'ont pas énormément évolué. Il serait temps que l'activité nocturne ne demeure pas le versant caché de la vie hospitalière. L'infirmière générale, de par sa fonction, doit avoir une vision globale positive, donc réfléchie et évaluée, du fonctionnement du service de soins infirmiers, de jour comme de nuit.

Cette recherche va donc m'être très utile, dans ma fonction d'infirmière générale, pour travailler avec le Directeur du Service de soins infirmiers et l'encadrement, afin d'améliorer la gestion des équipes de nuit dans le but d'optimiser la qualité des soins dispensés aux patients la nuit.

⁶⁵ JEANMOUGIN Chantal, « Réflexion sur le travail de nuit en neurochirurgie », Le journal de l'infirmière de neurochirurgie, Association Française des Infirmières et Infirmiers de Neurochirurgie, n°31, année 1981.

LEXIQUE

DIAGRAMME DE SOINS : Outil de traçabilité permettant de visualiser sur une échelle journalière, les soins et la surveillance du patient réalisés (et à réaliser, s'il est utilisé comme outil de planification) et de savoir quels soignants les ont réalisés.

NYCTHEMERE ⁶⁶(ou NYCTEMERE) : Unité de temps de 24 H formée par la succession d'une nuit et d'un jour ou d'un jour et d'une nuit. On emploie ce terme lorsqu'on désire souligner la succession de phénomènes physiologiques ou pathologiques qui diffèrent en nature ou en intensité.

PNL ⁶⁷ou Programmation Neuro Linguistique est née aux USA vers la fin des années 70 grâce à deux chercheurs BANDLER et GRINDER. Le concept même de cette technique d'origine thérapeutique repose sur une idée simple : nous enregistrons durant notre enfance des émotions liées à des situations (contexte) et qui nous font réagir de manière positive ou négative. Nous sommes en quelque sorte programmés, à travers la mémoire à nous exprimer verbalement et non verbalement pour vivre et revivre dans certaines situations, des moments affectifs forts et à nous comporter pour reconforter notre affect. Ces attitudes se décodent grâce et par le langage (du corps et des paroles) d'où l'expression de PNL.

SOMMEIL PARADOXAL ⁶⁶ :Phase de sommeil qui dure de 10 à 40 minutes, se reproduit 4 à 6 fois par nuit et correspond aux périodes de rêve. Elle se caractérise par des saccades oculaires, dont les tracés enregistrés sont différents de ceux de l'éveil, par la disparition totale du tonus musculaire accompagnée paradoxalement d'une activité corticale rapide qui est presque similaire à celle de l'éveil (mise en évidence par l'électroencéphalogramme) et par des irrégularités des rythmes cardiaque et respiratoires. Réveillé au cours de cette phase de sommeil, le sujet se rappelle presque toujours et de façon nette d'avoir rêvé. Synonyme : sommeil rapide.

TRANSMISSIONS CIBLEES : méthode d'origine canadienne permettant de transcrire des notes d'observations par les soignants, dans le dossier de soins du patient de manière structurée. La **cible** (événement de la vie du patient, un problème, un diagnostic infirmier ...) est suivie des **données** (qui étaient la cible), des **actions** entreprises par les soignants et des **résultats** qui en résultent. Cet outil est complémentaire du diagramme de soins et donne une vision de la démarche de soins entreprise devant un problème.

⁶⁶ Dictionnaire français de médecine et de biologie – Op cit.

⁶⁷ GHANNAD Hervé. – Le manager et la PNL – PARIS - Editions d'Organisation – 2000.

ANNEXES

ANNEXE I

PROFIL DE POSTE DE CI DE NUIT

(Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG).

30.04.1997

Le cadre de nuit est rattaché à la DSSI. Il est placé sous l'autorité du Directeur du Service de Soins infirmiers.

Il est en liaison fonctionnelle permanente avec les cadres infirmiers et cadres infirmiers supérieurs de jour.

La nuit, il est l'interlocuteur du Directeur de garde et l'infirmière générale.

Les agents de nuit sont gérés par les cadres infirmiers de jour.

FONCTION SOINS

Avec l'ensemble des cadres de santé, le cadre infirmier de nuit participe à l'évolution de la politique de soins de l'établissement et à l'élaboration du projet de soins.

Dans la continuité des soins, le cadre infirmier de nuit est garant de la qualité des pratiques professionnelles et des prestations produites par l'équipe soignante. Pour ce faire, le cadre infirmier de nuit :

- s'assure de l'application des protocoles (de façon concrète par observation directe).
- assure la gestion des lits, en cas de difficulté de placement.
- gère les problèmes techniques par la recherche d'une assistance technique ou de personnes compétentes.
- est référent administratif dans les situations particulières et d'urgence (en cas de sortie contre avis médical, fugue, hébergement des personnes en difficulté ...)
- s'assure des bonnes conditions d'environnement pour le respect du repos et du sommeil du patient.

FONCTION GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le cadre de nuit :

- assure, si nécessaire le redéploiement des agents présents en fonction de la charge de travail.
- est personne ressource pour les agents dans le cadre de l'accompagnement des personnes ou leurs proches qui souffrent et/ou qui sont en fin de vie.
- renforce l'information du personnel de nuit sur le règlement intérieur
- développe des relations de travail fondées sur le dialogue, l'écoute, la négociation.

Il apporte soutien psychologique et est référent administratif pour les agents en cas :

- d'agression verbale et physique
- d'accident du travail (risque d'exposition au sang)
- de situation difficile vécue par les agents.

Il participe à l'amélioration des conditions de travail des agents de nuit.

FONCTION COMMUNICATION ET INFORMATION

Le cadre infirmier de nuit est un relais dans la circulation de l'information. Cette information peut provenir de différents pôles : la direction, le corps médical, les partenaires extérieurs, les personnels, les professionnels de santé, les usagers et leur entourage.

Le cadre infirmier de nuit :

- reçoit et recherche l'information
- l'analyse
- la transmet de manière ciblée et à l'aide de supports adaptés
- évalue la compréhension, l'utilisation et réajuste le cas échéant
- assure un rôle de négociateur et de médiateur avec les différents professionnels.

FONCTION FORMATION

- ✓ Dans le but d'accompagner les changements, d'améliorer les compétences individuelles et la qualité des soins, le cadre infirmier de nuit participe aux recueils des besoins en formation des agents de nuit en collaboration avec le cadre infirmier de l'agent.
- ✓ En qualité de formateur, le cadre infirmier de nuit peut participer à l'enseignement à l'intérieur de l'institution et auprès des partenaires extérieurs.
- ✓ Dans le cadre du projet institutionnel, de son projet professionnel et en regard de son évaluation, le cadre infirmier détermine, en accord avec son supérieur, son projet de formation.

FONCTION LOGISTIQUE

La permanence du matériel, la maintenance des locaux restent la mission du cadre infirmier de jour.

Le cadre infirmier de nuit veille à la bonne utilisation du matériel.

Il signale tout dysfonctionnement.

Il facilite le prêt de matériels spécifiques (respirateurs, appareil de dialyse, pompes ...) et assure la transmission au cadre de jour.

CONDITIONS DE TRAVAIL

Semaine de 35 heures

Horaires de travail : 10H par nuit, 20H à 6H (21H à 7H).

Roulement en conformité avec le règlement intérieur : **3-2-2**

Il élabore son planning mensuel en collaboration avec les autres cadres de nuit et le communique à son supérieur hiérarchique.

Il participe à des réunions de jour :

- des réunions de CIS/CI par secteur d'IG
- des réunions plénières de cadres
- des réunions de groupes de travail

Ces réunions peuvent entraîner des modifications de planning et d'horaires.

ANNEXE II

MATRICE PAR PROFILS

N° entretien	Grade des interviewés	Etablissement	Unité	JOUR	NUIT	Jour/ Nuit	
1	CI	A	SAU	X			
2	IDE		SAU			X	
3	IDE		Médecine		x		
4	CIS		Médecine	x			
5	CI		Médecine	x			
6	DSSI				x		
7	CI	B	SAU	X			
8	IDE		SAU	X			
9	CI		REA	X			
10	IDE		REA			X	
11	IDE		CHIR	X			
12	CI		Médecine	x			
13	IDE		Médecine	x			
14	CIS					x	
15	CI		CHIR	X			
16	DSSI				x		
17	IDE		Médecine			x	
18	IDE		Pool			x	
19	IDE		Médecine			x	
20	IDE		SAU			X	
TOTAL	10 IDE 6 CI 2 CIS 2 DSSI	6 établ. A 14 établ. B	5 : SAU 7 : Médecine 2 : chirurgie 2 : réanimation 1 : pool 3 / DSSI	12 de JOUR	6 de NUIT	2 Nuit /jour	

ANNEXE III

GRILLES D'ENTRETIEN

INFIRMIER(E)

ENSP - Mémoire d'IG

Février 2001

Contrat de communication

- ✓ Population
- IDE de jour
- IDE de nuit
- Choix d'être de nuit ?
- Raisons du choix de travailler de nuit ?
- ✓ Comment est organisé le service de nuit ?
- ✓ Qui le gère ?
- ✓ Comment se gèrent les absences ?
 - Planifiées ?
 - Non planifiées ?

(Qu'est ce qui se passe lorsque vous ou une collègue est absente ?)

- ✓ Qu'est ce, pour vous, la continuité des soins, la nuit ?
- ✓ Qu'est-ce qui permet (ou ne permet pas) la continuité des soins jour - nuit ?
- ✓ Quels sont les outils qui favorisent cette continuité ?

CADRE INFIRMIER ET CADRE SUPERIEUR INFIRMIER

Contrat de communication

- ✓ Pouvez-vous me décrire l'organisation du travail de nuit ?
 - ◆ Qui gère ?
 - ◆ Effectifs ?
 - ◆ Qualifications ?
 - ◆ Roulement ? Horaires de travail ?
- ✓ Comment s'effectuent les remplacements d'absences planifiées la nuit ?
(congés maternité, maladie, congés annuels, formation)
- ✓ Comment s'effectuent les remplacements non prévus ?
- ✓ La continuité des soins jour - nuit est-elle assurée ?
- ✓ Quels outils permettent la continuité des soins ?

DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

Contrat de communication

- ✓ Comment est géré - l'absentéisme planifié ?
 - l'absentéisme non planifié ?
- ✓ Y–a t-il la nuit, un pool qui permette la gestion de l'imprévu ?
- ✓ S'il y a des postes de cadres de nuit ? Profil défini ? Quelles sont leurs missions ?
- ✓ Lorsque vous affectez du personnel en poste de nuit, quels sont vos critères de choix ?
- ✓ Réglementation de nuit :
 - ◆ Une IDE par unité ?
 - ◆ 2 personnes en permanence pour assurer la sécurité ?
- ✓ Compte tenu de ce que nous avons évoqué, estimez-vous que la continuité des soins jour-nuit soit assurée ?
- ✓ Quels sont les outils qui permettent d'assurer la continuité des soins ?
- ✓ Quel est le rôle tenu par l'encadrement de jour dans votre établissement pour assurer cette continuité ?

ANNEXE IV

CONTRAT DE COMMUNICATION

- IG en formation à RENNES, je serai affectée en novembre 2001 au CHU de BESANCON.
- Dans le cadre de ma formation, je dois réaliser un mémoire de recherche.
- J'ai choisi de travailler sur la gestion des équipes de nuit et son influence sur la continuité des soins.
- Comme mode de recueil d'informations, j'ai choisi l'entretien que je réaliserai auprès de DSSI, CIS, CI, et IDE de nuit et de jour de plusieurs établissements.
- L'objectif étant de réfléchir sur le rôle de la DSSI dans la gestion des équipes de nuit et son optimisation dans ma future prise de fonction.
- Je garantis l'anonymat des entretiens et des établissements où s'est déroulée l'enquête.
- Acceptez-vous que j'enregistre le contenu de notre entretien ?

ANNEXE V

PROFIL DE POSTE DE CADRE DE NUIT ETABLISSEMENT A

DSSI – 31.01.2001

IDENTIFICATION DU POSTE :

Le cadre infirmier de nuit a pour mission principale :

- contribuer à la qualité des soins, repos des patients et professionnalisme des agents.
- être garant de la continuité des soins entre les équipes de jour et les équipes de nuit.
- maintenir la cohérence et l'esprit d'équipe du service soignant de jour.
- déterminer des priorités.

ENVIRONNEMENT DU POSTE

Le cadre infirmier de nuit intervient sur le site des C. (Département de médecine interne et Fédération de chirurgie en lien avec le SAU).

Il exerce sous l'autorité :

- du Directeur des Ressources humaines
- de l' Infirmier général et du corps médical.

Il est responsable entre 21h et 7h des unités de soins des secteurs susnommés.

Il collabore avec l'ensemble des acteurs de soins, brancardier du SAU, AS, étudiants, IDE, CI des unités de soins, surveillants chefs, internes, médecins ainsi que d'autres personnels, standardiste, secrétaire du SAU.

Il fait le lien entre les équipes de jour et de nuit, relate les événements et/ou situations à problème et assure une traçabilité de son activité sur un cahier de nuit situé dans le bureau du cadre infirmier supérieur. Il peut être amené à établir un rapport auprès du surveillant de l'unité, du médecin du service, de l'infirmier général et du directeur de garde.

ACTIVITES

- Cadre de proximité, le cadre infirmier de nuit est garant de :
 - la qualité et de la continuité des soins
 - il contribue au respect du repos des patients la nuit
 - il participe à des relèves (soir et matin) et en évalue la pertinence, assure des transmissions sur les dossiers de soins.
 - Il peut contrôler les documents de suivi de soins.

En lien avec :

- l'évolution des techniques médicales :
 - il se tient informé des nouveautés, en acquiert la maîtrise et participe à la formation des personnels de nuit
 - il évalue leur niveau de connaissance et leur habileté.
- Les organisations :
 - il vérifie l'application des organisations en place et peut proposer des évolutions par secteur pour faciliter le travail de nuit.
 - il incite à des réflexions sur l'organisation des unités.
- Le flux des patients, accueil :
 - en collaboration avec le SAU, le cadre de nuit s'enquiert des lits disponibles pour faciliter l'accueil des malades la nuit.
 - Il peut aussi accompagner des patients et/ ou leur famille dans des situations difficiles (visite des personnes décédées, étrangers ...).

□ La gestion du personnel

En collaboration avec le cadre infirmier supérieur du secteur et/ou le cadre de l'unité :

- il élabore des plannings prévisionnels et la planification des congés annuels
- il régule les demandes de modification de planning
- il contribue à la gestion de l'absentéisme
- il propose des projets spécifiques à la nuit dans le cadre de la formation continue
- il participe à l'évaluation annuelle des agents de nuit.

De manière autonome :

- il répartit les agents présents en cas d'absentéisme, à partir de 21H
- il régule la présence des agents selon les charges de travail
- il encadre les agents nouvellement affectés et programme des évaluations formatives, il assure la diffusion de l'information et en vérifie la compréhension.

EXIGENCE DU POSTE

- Durée minimale : 3 ans
- Temps de travail hebdomadaire : 35 H en aménagement du temps travaillé afin de répondre aux nécessité suivantes :
 - Etre présent 3 à 4 nuits par semaine
 - Assister à des relèves de soir et/ ou de matin
 - Participer à des groupes de travail et/ou réunions institutionnelles après accord de l'Infirmier général, être associé à la résolution de problèmes.
- Expérience professionnelle d'encadrement :

- Du fait de la création récente de ce poste (février 2001), des évaluations sont prévues à 3 mois, 6 mois et un an.

COMPETENCES ET APTITUDES

- Entretenir son professionnalisme et celui des agents :
 - Evaluer la qualité des soins à travers les transmissions jour/nuit, le respect des protocoles
 - Connaître les procédures administratives
 - Veiller au repos des usagers par des organisations et comportements adaptés.
- Sens de l'autorité :
 - Savoir discerner les priorités
 - décider et faire respecter les décisions institutionnelles ; ex : gestion des lits, lors des périodes de surcharge.
- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire
- Capacités pédagogiques.

REFERENCES

Diplôme d'état infirmier et certificat cadre de santé.

VALIDATION / DSSI et DRH.

EVALUATION DU CADRE INFIRMIER DE NUIT ET DE SON FONCTIONNEMENT

L'évaluation est faite conjointement par la DSSI et les CIS de médecine et de chirurgie.

MODE D'EXERCICE

Le mode d'exercice est apprécié par la DSSI à travers la répartition du temps et l'organisation mise en place par le cadre infirmier de nuit pour répondre à sa mission.

ACTIVITES

- Qualité et continuité des soins :
 - Le repos des hospitalisés :
 - Recensement des dysfonctionnements liés au personnel, aux organisations ou d'ordre matériel
 - Analyse
 - Moyens mis en place ou propositions d'action pour résoudre la difficulté.
 - Les transmissions jour/nuit :
 - Quantitatif : fréquence et lieux où le cadre a assisté à des relèves
 - Evaluation des transmissions écrites
 - Analyse des relèves orales.

En lien avec :

- L'évolution des techniques médicales :
 - Information sur les nouvelles techniques
 - Acquisition de la maîtrise
 - Formation du personnel concerné
 - Evaluation de l'acquisition de la pratique.
- Les organisations :
 - Information sur/ ou participation à la mise en place d'organisations
 - Capacité à les faire respecter
 - Analyse d'éventuels dysfonctionnements lors de situations d'urgence
 - Mise en place de moyens facilitant l'adaptation des personnels « tournant » ou en remplacement
 - Niveau de satisfaction des professionnels.
- L'accueil et la gestion des flux patients :
 - Quantitatif : nombre de sollicitations par le SAU ou / et les familles
 - Qualitatif : raisons de sollicitations, réponses apportées (ou à apporter).
- Gestion du personnel de nuit :

- Concernant la gestion du personnel :
 - Quantitatif : nombre de dysfonctionnements
 - Qualitatif : type, analyse, moyens mis en œuvre ou propositions pour traiter la difficulté.
- Accueil des nouveaux agents : nombre de fois où la procédure d'accueil a été utilisée.
- Concernant la formation continue : faciliter l'établissement du plan par le recensement et l'argumentation des besoins du personnel de nuit.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS

Classés par ordre de parution

Ordonnance n° 272 du 26 mars 1982 dont l'article 1° fixe la durée légale du travail effectif à 39 heures par semaine.

Décret n° 870 du 6 octobre 1982 (BOSP 82/41) fixant la durée du travail

Circulaire n° 91-34 du 14 mai 1991 relative au Guide d'organisation des services hospitaliers d'accueil des urgences.

Loi du 31 juillet 1991, dont l'article 22-III modifie l'article 7 de l'Ordonnance du 26 mars 1982, en introduisant la notion de dimanche, de jours fériés et de travail nocturne et en permettant le recours à des horaires variables.

Protocole du 15 novembre 1991, entre le Ministre chargé de la santé publique et les organisations syndicales, qui prévoit la diminution de la durée de travail de nuit de 39 à 35 heures par semaine, au plus tard le 31 décembre 1993.

Circulaire DH /FH M N° 91-68 du 23 décembre 1991, relative à l'application des protocoles N° I (et II) du 15 novembre 1991.

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Décret n° 93-345 du 16 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

Décret n° 94- 904 du 18 octobre 1994 portant statut particulier des Infirmiers généraux de la Fonction publique hospitalière.

Charte du Patient hospitalisé annexée à la Circulaire n° 95-22 du 6 mai 1995.

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

Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Circulaire DGS/DH n° 2000 – 406 du 17 juillet 2000, relative à l'exercice des étudiants en médecine en qualité d'aide-soignant ou d'infirmier.

Décret n° 2001-28 du 10 janvier 2001 modifiant le décret du 8 octobre 1970 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine.

ARTICLES - OUVRAGES.

- AGENCE NATIONALE d'ACCREDITATION et d'EVALUATION en SANTE - Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé –1999.
- BENNER Patricia – De novice à expert, Excellence en soins infirmiers – Liège - InterEditions – 1995
- BLANCHARD M. - Incidents des rythmes biologiques sur le travail de nuit – Actes de Colloque – L'Ergonomie à l'hôpital . Editions OCTORES – Toulouse . 1992.
- BOURDIEU Pierre – La misère du monde – Editions du Seuil – 1993
- BRUGNE Jean-François, « L'infirmière et le travail de nuit », revue de l'infirmière n°7, avril 1996, pp. 9-13.
- BRUNEAU J.P, « Des soignants au clair de lune », revue soins, n°1, janvier 1982, pp.41-45.
- CLAVE M, « La nuit, la mort », revue de l'infirmière, n°11, juin 1981, pp. 34-39.
- CLEMENT Jean- Marie, « La qualité dans les institutions sanitaires », Les Cahiers hospitaliers, Personnels et Formation, Les nouvelles -PARIS. Editions BERGER-LEVRAULT, n° 110, mensuel, février 1996, pp. 4-7 –
- DAMBREVILLE F, « Pour ouvrir un dialogue ou le soleil a rendez-vous avec la lune », revue de l'infirmière, n°11, juin 1981, pp. 28-32.
- DESCHAMPS Frédéric, VITRY-HENRY Lise, TURPIN Jean-Claude , « Le travail de nuit. Une intolérance accrue au-delà de 35 ans ». revue du Praticien, médecine générale, tome 10, n° 349 du 9 septembre 1996, pp. 29-32.
- DICTIONNAIRE DES SOINS INFIRMIERS – Ensemble d'Infirmiers sous la Direction de R. MAGNON et G. DECHANOZ – LYON - AMIEC – 1995
- DICTIONNAIRE ETHYMOLOGIQUE DE LA LANGUE FRANCAISE – BLOCHO – VON WARTBURG – 1994.
- DICTIONNAIRE FRANÇAIS DE MEDECINE ET DE BIOLOGIE EN 4 VOLUMES – MANVILA A, MANVILA L., NICOLE M. , LAMBERT M. – Editions MASSON et Cie – 1972 .
- DICTIONNAIRE LE PETIT LAROUSSE GRAND FORMAT – 1997.
- DES DESERTS Sophie, « Urgences, les blessures de la nuit », Le Nouvel observateur, spécial « La France de la nuit », M2228 - 1911, 21-27 juin 2001, pp. 84-86.
- DREVET Géraldine, « Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ? », gestions hospitalières, février 2000, pp.132-144.
- ESTRYN-BEHAR Madeleine, SAUREL D, « Le travail de nuit, comparaisons entre les différents horaires de travail », CEEIEC RIP, infirmière enseignante, année 1990, pp.10-20.

ESTRYN BEHAR Madeleine– Ergonomie hospitalière – Théorie et pratique « Horaires de travail et travail de nuit » pp. 299-357 – Editions ESTEM – 1996

FEIJOO Jean, « Et bailler et dormiir ! », CEEIEC, RIP infirmière enseignante, mars 1990, pp. 28-30.

FRIARD D « L'isolement la nuit », colloque ERAP : Le service de nuit dans tous ses états – Serpsy @ Serpsy.org – Mai 1998

GADBOIS Charles , « Aides-soignantes et infirmières de nuit, condition sociale des femmes et horaires de travail », CEEIEC, RIP, infirmière enseignante, année 1990, pp.21-23.

GALLY Monique, NIZOU Véronique, « Travail de nuit », revue informations sociales, n°29, 1993, pp. 64-68.

GANGLOFF Bernard (sous la direction de) – Satisfactions et souffrances au travail – Editions l'Harmattan – Paris – 2000.

GARAIG Maryse, « Observation sur la fonction de l'infirmier(e) la nuit en secteur hospitalier public », CEEIEC RIP infirmière enseignante, mars 1990, pp.4-6.

GENELOT D. – Manager dans la complexité – Editions INSEP – Paris - 1998.

GHANNAD Hervé – Le manager et la PNL – PARIS - Editions d'Organisation –2000

GILSON Martine, « Je tiendrai jusqu'à ce que ça casse », dossier Travailleuses de nuit, Le nouvel observateur, Spécial « La France de la nuit », M2228-1911, 21-27 juin 2001, pp. 76-77.

GOGUELIN Pierre – « Le management psychologique des organisations » – Collection Les hommes et l'entreprise . Tome 2 - Paris - ESF Editeur – 1989

GUILLEVIC Christian - Psychologie au travail – Editions NATHAN Universités – 1992 – pp 174-184.

HAMILTON Anna - REGNAULT F – « Les gardes-malades. Congréganistes. Mercenaires. Amateurs. Professionnelles », revue soins, tome 22, n° 23, 5 décembre 1977, pp. 43- 51.

HAMILTON Anna - REGNAULT F– « Les gardes-malades. Congréganistes. Mercenaires. Amateurs. Professionnelles », revue soins, tome 24 , 20 décembre 1977 – pp. 45- 50.

HAMILTON Anna - REGNAULT F – « Les gardes-malades. Congréganistes. Mercenaires. Amateurs. Professionnelles », revue soins, tome 23, n° 8, 20 avril 1978, pp. 21- 28.

IMBERT Jean. (sous la direction de) – Histoire des hôpitaux en France – « Le service de jour et de nuit » pp.448-465 – POITIERS - Editions PRIVAT – 1982

JAMIN Paul, « La nuit, chemin de liberté », CEEIEC, RIP infirmière enseignante, février 1990, pp.4-5.

JEANMOUGIN Chantal, « Réflexion sur le travail de nuit en neurochirurgie », Journal de l'infirmière de neurochirurgie, Association Française des Infirmières et Infirmiers de Neurochirurgie, Amiens, n°31, année 1981.

LECORNET Elise, « Absentéisme à l'hôpital ; quelle prévention possible ? », revue entreprise Santé, n° 25, Janvier- Février 2000.

LE GOFF Jean, « Ma fonction de surveillant de nuit sur l'année 1989 », CEEIEC, RIP, Infirmière enseignante, n°3, mars 1990, pp.15-16.

LENG Marie-Claude, DUQUESNE Françoise, « Nuit et diagnostic infirmier », CEEIEC, RIP, infirmière enseignante, mars 1990, pp.25-27.

LE SAGET Méryem – Le manager intuitif – Une nouvelle force – Editions DUNOD – Paris – 1992.

LEVEL Corinne, « Quand la nuit vient .. », CEEIEC RIP infirmière enseignante, n°3, mars 1990, pp.21-24.

MACH Jacqueline, RAE Anne-Marie, « Etude sur les conditions de travail du personnel soignant », revue Recherche en soins infirmiers, n°41, juin 1995, pp. 4-16.

MALAUQUIN Evelyne, « Dormir et se reposer », CEEIEC, RIP, infirmière enseignante, mars 1990, pp.31-33.

MALEY Eric, « L'absentéisme, un baromètre social très sensible », revue stratégie Santé, mensuel, n° 67, janvier 1995, pp. 23-26.

MASSE-DESSEN Hélène, MOREAU Marie – Ange, « A propos du travail de nuit des femmes : nouvelle contribution sur l'application des directives européennes », revue Droit social, n°4, avril 1999, pp. 391-394.

MATTOUT Georges, LE GUELLEC Thierry, HIRSCH Marion, « Les 35 heures de nuit, serpent de mer ou réalité virtuelle ? », gestions hospitalières, janvier 1996, pp.30-35.

MAURANGES Aline – Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. Manuel à l'usage des soignants. – Montargis - Editions MNH –2001

PAILLET Paule, « Ces femmes qui travaillent la nuit », revue informations sociales, n°29, 1993, pp.73-74.

PINEAU Gaston, « Nuits agonistiques », CEEIEC, RIP infirmière enseignante, février 1990, pp. 6-9.

PETROGNANI Annie – Sous le signe d'Hypnos – Infirmière clinicienne la nuit – Collection sciences cliniques infirmières – Editions La méridienne – Paris – 1994.

QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc- Manuel de recherche en sciences sociales – Paris – Ed Dunod - 1988

RABIET Anne-Marie - La nuit des infirmières. Etude sur les soins et le service infirmier – LYON – AMIEC – 1980.

ROUSSILLON Brigitte, « Pourquoi, la mort la nuit ? », revue informations sociales, n°29, 1993, pp. 46-49.

TANGUY Lucie, « Les usages sociaux de la notion de compétence », revue sciences humaines, hors série n°12, février-mars 1992, pp. 62-65.

VEZIER Elisabeth, CHALIN Colette, « Actes infirmiers de nuit, actes infirmiers de jour », revue de l'infirmière, n°11, juin 1981, pp.17-20

VILLATTE Robert, GADBOIS Charles, BOURNE Jean-Paul, VISIER Laurent – Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital – Faire siens les outils du changement – Paris –InterEditions – 1993.

VILLERMAY D. de, « C'est la nuit qui vous choisit », revue de l'infirmière, n°11, juin 1981, pp. 21-25.

DOCUMENTS NON PUBLIES

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS – « Analyse de l'absence au travail en 1992 », septembre 1994 .

CH ETABLISSEMENT B – DRH / DSSI, « Règles applicables au travail de nuit », Novembre 1997.

DUMON Marc, « L'absentéisme : quel diagnostic pour quel traitement ? » mémoire de formation EDH 3° classe, ENSP, 1996.

ESTRYN BEHAR Madeleine, « Risques d'erreurs et conditions de travail », exposé non publié.

GUILLEMIN Elisabeth, « Remplacer les absents : un problème ou une chance pour des soins de qualité », mémoire de fin d'études, formation des infirmiers généraux, ENSP, 1995.

JACQUERYE Agnès – Docteur en Sciences infirmières – Hôpital ERASMES – BRUXELLES - Cours de maîtrise en sciences infirmières – UFR de BOBIGNY – 1995.

LAVENAN - « Retentissement du travail de nuit sur l'exécution des soins », mémoire d'école de cadres, APHP, 1980.

MADON Renée , « Soins sans rupture de l'hôpital au service de soins infirmiers à domicile», mémoire de fin d'études, formation des infirmiers généraux , ENSP, 1995

PERRAULT-SOLIVERES Anne, « Infirmières, le savoir de la nuit », thèse de Doctorat en Sciences de l'Education , PARIS VIII, parution prévue en novembre 2001 , Editions PUF.

PLAISANT Josyane, « L'Infirmière générale à l'écoute ... une face cachée du management », mémoire de fin d'études, formation des infirmiers généraux, ENSP, 1995.

SCHWEYER François-Xavier , Sociologue, Professeur à l'ENSP , « Méthodes de recherches en Sciences sociales », cours aux Infirmiers Généraux – 2001