



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur des soins
Promotion 2005**

**UNE GESTION DES EQUIPES DE NUIT
POUR AMELIORER
LA QUALITE DES SOINS EN PSYCHIATRIE**

**Application pratique
pour une Direction des soins**

Cécile GIRARD

Remerciements

Je remercie :

Anne BONNEFOND, qui a accepté de me guider tout au long de ce travail par la richesse de ses informations et le regard constructif qu'elle a porté sur mes recherches.

Emmanuel GUERIN pour son attention et son écoute au profit d'un projet partagé.

Léa, Anne, et mon mari pour leur disponibilité qui m'a permis de poursuivre la formation à l'ENSP dans les meilleures conditions.

Toutes les personnes, qui de près ou de loin, ont enrichi ce travail par l'intérêt qu'ils y portaient.

Sommaire

<i>Introduction</i>	<i>1</i>
1 <i>Constats, problématique, hypothèse et méthodologie</i>	5
1.1 Constats de départ	5
1.2 Problématique	6
1.3 Hypothèses	6
1.4 Méthodologie	7
1.4.1 Une « recherche-action »	7
1.4.2 Une enquête de terrain	8
1.4.3 Une analyse prospective de toutes les données	8
1.4.4 Les limites	9
2 <i>Cadre théorique des hypothèses de recherche</i>	9
2.1 La qualité des soins en psychiatrie	9
2.1.1 L'évolution des pratiques	9
2.1.2 Soigner	11
2.1.3 Réflexions sur la qualité des soins en psychiatrie	13
2.2 Les soins la nuit	15
2.3 La continuité des soins	18
2.3.1 Une politique	18
2.3.2 Une organisation : approche sociologique	19
2.3.3 Un management	22
A) Le temps de travail	22
B) Le poste de travail	23
C) Le travail de nuit : aspects réglementaires et techniques	24
D) La notion d'équipe	26
2.4 Des qualifications et des compétences au service des soins	27
2.4.1 La qualification	27
A) Notions générales	27
B) Les infirmiers	29
C) Les aides soignants	30
2.4.2 La compétence	31
3 <i>Analyse des données de l'enquête de terrain</i>	33
3.1 Les différentes formes d'organisation des équipes de nuit	33

3.1.1	Gestion intégrée ou non intégrée ? _____	33
3.1.2	Modalités pratiques et continuité des soins _____	33
3.1.3	L'encadrement de nuit _____	34
3.2	Management des agents de nuit _____	35
3.2.1	GPEC : évolution des emplois de nuit _____	35
3.2.2	Formation continue des agents de nuit _____	37
3.2.3	Fiches de postes et profils de fonction _____	37
3.3	Les besoins des patients la nuit _____	38
3.4	Les objectifs de soins dépendants de l'organisation du travail _____	39
3.5	La planification des soins _____	40
3.6	Les conditions de travail, gage de qualité des soins _____	40
3.7	La qualité des soins de nuit reposant sur les motivations des agents de nuit _____	43
3.8	Synthèse générale des apports théoriques et de l'enquête _____	44
3.8.1	Les systèmes de gestion du travail de nuit _____	44
3.8.2	La structure des soins de nuit _____	45
3.8.3	Des dispositifs au service de la continuité des soins _____	45
3.8.4	Les caractéristiques des soignants de nuit _____	46
4	<i>Vérification des hypothèses et propositions d'actions pour une Direction des soins _____</i>	47
4.1	Hypothèse principale _____	49
4.2	Hypothèse n°2 _____	50
4.3	Hypothèse n°3 _____	51
4.4	Hypothèse n°4 _____	52
4.5	Préconisations pour une Direction de soins _____	53
	<i>Conclusion _____</i>	57
	<i>Bibliographie _____</i>	59
	<i>Annexe 1 : La grille d'entretien _____</i>	II
	<i>Annexe 2 : La grille de saisie des données de l'enquête _____</i>	III
	<i>Annexe 3 : Glossaire _____</i>	IV

Liste des sigles utilisés

ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARTT :	Aménagement de la Réduction du Temps de Travail
AS :	Aide-soignant
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
BEP :	Brevet d'Enseignement Professionnel
CA :	Conseil d'Administration
CAFAS :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Soignant
CATTP :	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CH :	Centre Hospitalier
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CMP :	Centre Médico Psychologique
CROS :	Comité Régional d'Organisation Sanitaire qui prépare le SROS
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
CSS :	Commission du Service de Soins
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
DE :	Diplôme d'Etat
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DS :	Direction des Soins
ENSP :	Ecole Nationale de la Santé Publique
ETP :	Equivalent Temps Plein
GRH :	Gestion des Ressources Humaines
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISP :	Infirmier de Secteur Psychiatrique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RTT :	Réduction du Temps de Travail
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

INTRODUCTION

Bien que l'actualité récente en fasse état¹, nous nous sommes interrogés depuis deux ans, et dans le contexte de notre fonction de cadre supérieur de santé, au travail de nuit en psychiatrie générale publique, plus globalement aux soins de la nuit dans ce domaine. Nos recherches nous ont permis de comprendre que d'une part, la nuit n'est pas le jour en termes de soins et que d'autre part, le contenu du travail de nuit a longtemps été sous estimé. Le terme de « *veilleuses* » utilisé en France pour ces personnels infirmiers ou aide soignants évoque l'idée d'une simple surveillance de patients endormis, voire de présence, sans réalisation de soins².

Dans un établissement psychiatrique en 2003, nous avons étudié en collaboration avec la DRH, un projet de mise en place d'équipes « temps plein nuit » en envisageant une gestion des effectifs de nuit, sur des périodes déterminées, qui permettrait de répondre aux difficultés contextuelles concernant les emplois infirmiers : pénurie, attractivité des établissements psychiatriques, etc. En un mot, s'élever de la dimension « *veille de nuit* » tout en :

- Rénovant l'organisation du service de soins pour tenir compte des contraintes des ressources budgétaires ;
- Développant l'esprit de solidarité entre les services grâce à la mise en œuvre d'un principe de flexibilité et d'une polyvalence organisée des infirmiers de psychiatrie ;
- Déployant des stratégies de recrutement dans un environnement concurrentiel et face à un nomadisme exponentiel des professionnels de santé ;
- Fidélisant les professionnels en donnant un nouveau sens à leur travail.

Aujourd'hui, nous souhaitons poursuivre sur ce sujet en l'abordant d'un autre aspect : les liens entre les différentes formes d'organisation des équipes postées de nuit et la qualité des soins. Quels sont les enjeux pour le Directeur des soins ? Que mettre en place pour garantir la continuité et la qualité des soins ?

Nous prenons le parti d'identifier le travail de nuit des infirmiers et aides-soignants de psychiatrie générale comme étant spécifique et nécessitant une organisation tout autant particulière pour ce faire. Autrement dit, démontrer qu'il est utile de créer des équipes soignantes de nuit qui elles mêmes vont générer des compétences ayant certaines caractéristiques conduisant à l'amélioration de la qualité des soins.

¹ Accidents de PAU du mois de décembre 2004

² ESTRYN BEHAR M., *Aspects ergonomiques et chrono biologiques*. ERAP, 1998.

Bien entendu, nous maintenons qu'une telle organisation ne doit pas rompre la notion de continuité des soins. Nous prendrons donc en référence la définition de l'équipe pluriprofessionnelle en psychiatrie au service du patient, mais en y distinguant la professionnalisation de l'exercice de nuit sur des périodes données. La confusion n'est possible que dans les termes d'équipe que nous clarifierons.

Nous définissons notre thème comme étant **la qualité des soins la nuit en psychiatrie.**

Le soin infirmier la nuit est un soin véritablement exigeant qui mobilise tous les savoirs du soignant, tout son expérience. C'est sur cette idée que s'opposent les défenseurs de l'alternance, arguant que le développement des compétences ne se fait que par la polyvalence sur des postes de jour et de nuit.

A contrario, le processus de professionnalisation des soignants affectés uniquement sur des postes de nuit est une manière d'améliorer tant les compétences que les qualifications.

Notre plan se déclinera en quatre parties :

- ❑ Une **première partie**, présente nos constats de départ, la problématique, les hypothèses de notre recherche, ainsi que la méthodologie que nous avons suivie.
- ❑ Une **deuxième partie**, d'une écriture plus littéraire, dresse un état des connaissances de tous les thèmes de notre problématique. Nous y développons également les approches conceptuelles de nos variables d'hypothèses. Cette partie a pour objectif de nous conduire à mieux comprendre l'organisation hospitalière et du temps de travail. Nous y développons également une conception de la qualité des soins de nuit et approche théorique des qualifications de la population que nous ciblons : les aides soignants et les infirmiers.
- ❑ Une **troisième partie**, volontairement plus technique et dynamique, expose les données de notre enquête de terrain et analyse les informations recueillies en regard de notre problématique. Nous y situons à chaque étape le rôle du Directeur des soins.
- ❑ Une **quatrième partie**, définit la vérification des hypothèses et propose des préconisations pour une Direction des soins.

Enfin, parce que c'est aussi dans l'incertitude que l'on construit des projets, nous estimons que les acteurs du système hospitalier, doivent plus que jamais s'inscrire dans la dynamique des conduites de changement.

Nous arriverons ainsi à conclure, que c'est en progressant par l'acquisition de nouvelles connaissances théoriques expliquant nos pratiques que le service infirmier pourra

davantage remplir sa mission principale : répondre aux besoins des patients et dispenser des soins de qualité.

Nous retiendrons que la finalité de ce mémoire n'est pas forcément la concrétisation d'un projet d'équipe de nuit pour un établissement dans lequel nous serions en fonction. Nous avons davantage la volonté d'anticiper les évolutions conceptuelles du temps de travail et des soins de nuit. Tout autant, la recherche d'analyses pratiques dans d'autres établissements ouvre les portes de nouvelles coopérations et permet de concevoir des schémas organisationnels à la fois innovants et adaptés aux contextes.

Notre préoccupation principale est de repérer sans cesse les habitudes fonctionnelles, normalisées, qui freinent parfois l'amélioration des organisations. Nous ambitionnons d'utiliser ces raisonnements pour enrichir notre fonction de Directeur des soins tout en respectant les valeurs des institutions qui nous emploient.

1 CONSTATS, PROBLEMATIQUE, HYPOTHESE ET METHODOLOGIE

1.1 Constats de départ

- Actuellement, en psychiatrie générale, il existe deux formes d'organisation des équipes postées de nuit :

	Définition	Mise en œuvre
«3X8» ³ .	Un agent travaille d'équipe de matin, AM et nuit suivant un planning dit « par roulement »	Mode d'organisation courant en psychiatrie Inconvénients relevés sur la répartition des tâches
Temps plein nuit	Un agent travaille uniquement de nuit	Modèle peu utilisé en psychiatrie Avantages relevés en soins généraux sur le développement de compétences spécifiques

Tableau 1 : Synthèse des constats de départ.

- L'exercice de nuit est parfois vécu comme une « *coupure* »⁴ dans le temps de travail. Une mise entre parenthèses de la démarche globale de soins, une frontière mal définie quelquefois entre le « *gardiennage* » et la « *surveillance* ».
- L'existence d'activités différenciées de jour ou de nuit peut créer des rivalités et des déséquilibres entre les soignants. Les uns s'estimant plus performants que les autres jugés plus « casaniers ».
- La notion de « ratio », d'adéquation des moyens par rapport à l'activité de nuit peu ou insuffisamment évaluée, crée un malaise et pose la question fondamentale de l'efficacité, de l'utilité du travail accompli.
- Le morcellement de l'exercice de nuit peut-être aussi vécu par les soignants comme une dévalorisation de qualifications, comme la suppression d'une compétence nécessaire à la qualité de soins.
- L'absence de perspective de carrière qui peut être freinée par un exercice « temps plein nuit » à long terme, hormis une hiérarchie de proximité, est un frein aux développements des compétences et à l'engagement des agents à leur poste.
- Un des objectifs majeurs des Directions de soins est de répondre aux besoins légitimes tant des agents que des patients, et d'élever ainsi le niveau des compétences des personnels et de la qualité des soins.

³ Le « 3 fois 8 » désigne communément le travail posté en trois équipes quotidiennes de 8 h. Mais actuellement, dans l'établissement exploré pour l'enquête préalable, le temps de travail des équipes de jour est de 7 h 30 et celui des équipes de nuit de 9 h 30. Nous utilisons donc cette expression pour signifier la forme d'organisation des plannings.

⁴ Expression relevée dans une enquête réalisée en 2003 auprès de 448 soignants d'un établissement psychiatrique.

- Près de 12% du personnel soignant travaille exclusivement de nuit. Cette proportion est en légère décroissance depuis 1996 : 13% en 1996, 12,6% en 2000 et 11,6% en 2002⁵. Entre 2001 et 2002, le travail de nuit du personnel soignant diminue dans les établissements de plus de 1000 agents, alors qu'il a tendance à gagner du terrain dans les établissements de taille plus réduite. L'alternance est un mode d'organisation en développement.

1.2 Problématique

Comment garantir une dynamique des soins dans tous les temps de l'hospitalisation ? Comment toujours améliorer la qualité des soins ? Quels spécificités des soins la nuit et quelles compétences nécessaires ? Quels besoins des patients la nuit ? Autant de questions qui en appellent d'autres et qui doivent mobiliser l'ensemble des cadres décideurs dans la recherche de solutions.

A partir de nos études préalables et de nos constats de départ, nous retenons qu'en psychiatrie, la veille de nuit est une interruption d'activités tant pour les soignants que pour les patients. Cependant, les 9 ou 10 heures que cela représente sur une journée doivent indiscutablement rester un temps de soins pour les professionnels et une prise en charge de qualité pour les patients. Par ailleurs, notre projet s'inscrit à contre courant de la tendance actuelle en soins généraux qui rompt avec des habitudes anciennes d'équipes temps plein de nuit. Ceci étant, l'analyse des dysfonctionnements faite en soins généraux ne peut qu'étoffer notre étude.

La problématique que nous relevons s'ouvre à la question suivante :

Dans quelle mesure les différentes formes d'organisation du travail de nuit en psychiatrie ont une incidence sur la qualité des soins ?

1.3 Hypothèses

Notre hypothèse principale est la suivante :

La mise en place d'équipes « temps plein » nuit en psychiatrie générale permet d'améliorer la qualité des soins.

- Pour cela il faut certainement prendre en compte les compétences spécifiques au travail de nuit. C'est alors une manière de professionnaliser ce temps de soins pour répondre aux besoins des patients.
- Nous supposons également que le « temps plein de nuit » est une manière d'améliorer les conditions de travail, celles-là même qui ont une influence sur l'engagement des agents à leurs tâches, donc sur la qualité de ce qu'ils

⁵ Bilan social 2002, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

produisent. Nous gardons à l'esprit que l'objectif principal en termes de conditions de travail est de contrer des alternances mal équilibrées. De plus, l'exercice de nuit au long cours est la cause de troubles importants de la santé.

- Ainsi, nous posons comme troisième hypothèse que la mise en place d'équipe temps plein de nuit doit se faire sur une période prédéterminée. Il convient de ce fait de définir une politique d'affectation contractualisée des agents sur des postes de nuit. Cela relève d'un projet commun entre la Direction des soins et la Direction des Ressources Humaines.

1.4 Méthodologie

1.4.1 Une « recherche-action »

L'ensemble de ce travail n'a de raison d'être que parce que ses aboutissements peuvent être utilisables dans une organisation hospitalière. La méthode globale choisie s'est voulue un équilibre entre rigueur et logique, inspirée des contraintes universitaires et transposable aux raisonnements professionnels.

Nous gardons à l'esprit que ce mémoire professionnel est une « recherche – action ». Comme le développait Kurt LEWIN, cela concerne des études ayant des résultats directement sensibles sur des groupes concernés. Le groupe que nous visons est celui des soignants, et plus précisément des infirmiers et aides soignants.

Nos recherches théoriques se sont orientées vers les auteurs ayant traité les modes de fonctionnement et d'organisation des postes de nuit à l'hôpital en général et en psychiatrie plus particulièrement.

La recherche – action est une démarche heuristique⁶ traduisant la volonté de changement dans un contexte défini. Aussi, nous avons tenté de définir au mieux les dispositions de notre organisation pour rendre compréhensible par tout lecteur, tant les raisons d'être de notre projet, que les enjeux et les buts poursuivis.

Souhaitant nous éloigner d'un écrit qui peut prendre l'apparence d'un discours rapporté, nous n'avons eu de cesse d'établir des liens entre « pratique » et « théorie ». Pour ce faire, nous avons à chaque étape, tenté d'éclairer l'un par l'autre. Nous avons choisi d'actualiser sans cesse nos connaissances pour mettre en œuvre des projections sur notre future fonction.

L'objet final de notre travail étant d'appréhender une fonction du Directeur des soins, les actions que nous préconiserons seront en réalité un ensemble d'opérations planifiables pour répondre aux problématiques de départ.

⁶ Collectif. « Pour la recherche action », PRIVAT, Juin – Juillet 1990.

Pour nous, cet exercice d'école doit constituer un véritable outil d'une réflexion en poste réel. De ce fait nous avons choisi le raisonnement de type « entonnoir » en répondant aux questions suivantes : Que constatons-nous ? Quelle intuition avons-nous ? Que recherchons-nous ?

1.4.2 Une enquête de terrain

Après une exploration conceptuelle de nos variables d'hypothèses, nous avons élaboré une grille⁷ pour la réalisation de treize entretiens individuels semi directifs. Ces entretiens ont tous été enregistrés. Ils n'ont pas fait l'objet d'une saisie informatique intégrale mais les données importantes ont été retranscrites par thèmes dans une grille d'analyse.

Les entretiens ont été organisés en fonction de possibilités matérielles dans un premier temps et sur la base d'un choix de structures : nous avons souhaiter recueillir des données dans des établissements non psychiatriques ayant une expérience plus ancienne des équipes temps plein de nuit, ou revenant à l'alternance après des évaluations adaptées au contexte ou aux dysfonctionnements repérés.

	Fonction	CH	Organisation/nuit	Evaluation/soins	Bilan/organisation
1	DS	MCO	Mixte : Alternance et temps plein	Aux urgences	Non
2	IDE, FF CS	MCO	Temps plein	Aux urgences	Oui
3	DS	CHU	Mixte	Oui	Oui (1998)
4	DS	Psychiatrie	Temps plein	Oui	Oui (2003)
5	CSS	Psychiatrie	Temps plein	Oui	Oui
6	CS	Psychiatrie	Temps plein	Oui	Oui
7	DS	CHU	Mixte	Oui	Oui, projet mise en place temps plein
8	DS	CHU	Temps plein	Oui	Oui (1999)
9	DS	Psychiatrie	Alternance	Oui	Oui (2003)
10	DS	MCO	Mixte	Oui	Oui (2000)
11	DS	Psychiatrie	Temps plein	Non	Non
12	DS	Psychiatrie	Temps plein	Oui	Non
13	DS	Psychiatrie	Alternance	Oui	Oui

Tableau 2 : Echantillonnage de l'enquête.

1.4.3 Une analyse prospective de toutes les données

Nous avons dans un premier temps regroupé tous les mots et groupes de mots des entretiens par items conçus à partir des hypothèses. La synthèse de ces données a été confrontée au cadre théorique. Celui-ci nous a donc servi tant pour la conception de l'enquête de terrain que pour l'analyse prospective, c'est à dire visant une réponse à notre problématique de départ.

⁷ Grille présentée en [annexe n°1](#).

Le plan d'action que nous proposons en fin de travail, prend en compte l'ensemble de ces données et se veut applicable à toute Direction des soins d'un établissement psychiatrique.

1.4.4 Les limites

Nous avons la volonté de réaliser une étude comparative bien plus large des différentes formes d'organisation du travail de nuit en psychiatrie et des incidences sur la qualité des soins. En effet, notre échantillonnage exploratoire nous semble un peu réduit mais les contraintes de temps ont eu raison de nos ambitions !

2 CADRE THEORIQUE DES HYPOYHESES DE RECHERCHE

2.1 La qualité des soins en psychiatrie

2.1.1 L'évolution des pratiques

La psychiatrie constitue une spécialité médicale ayant pour vocation de traiter des pathologies mentales. Elle appartient au champ du soin, elle repose sur une analyse psychopathologique qui prend en compte l'histoire familiale et individuelle du sujet et permet de définir une stratégie thérapeutique évolutive. Les références théoriques et les pratiques cliniques de la psychiatrie sont très diversifiées, associant la biologie, la médecine, la psychologie et les psychothérapies dont la psychanalyse, pour ne citer que les principales. Le concept de « *discipline carrefour* »⁸ est souvent utilisé pour rendre compte de cette relation à différents courants de pensées et de connaissances issues d'autres disciplines comme par exemple la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie et la philosophie.

L'histoire de la psychiatrie témoigne d'une volonté persévérante d'assistance aux malades mentaux et reste intrinsèquement liée aux grands événements de l'Histoire, temps forts qui ont marqué le début d'une nouvelle manière de comprendre, d'assumer et de traiter les maladies mentales.

En 1838, la création des asiles permet le recrutement de personnels non qualifiés, essentiellement masculins, les gardiens qui sont au service du médecin, et chargés de la surveillance du patient interné. L'exclusion sociale est alors la seule manière de traiter la maladie mentale. « *L'encadrement du "fou" était vu sous l'angle de la discipline, de*

⁸ Rapport du groupe de travail DHOS 2002 : « *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale* ».

*l'éducation et de la charité. L'image du gardien était concomitante avec ces normes »*⁹. La pratique professionnelle est centrée sur la surveillance et la contention.

En 1937, la création de l'Hôpital Psychiatrique, permet au gardien de devenir infirmier.

L'infirmier psychiatrique représente l'époque de l'évolution sociale de la profession, l'époque des changements des modes de prise en charge du malade grâce aux progrès de la médecine et de l'humanisation progressive des hôpitaux psychiatriques. L'infirmier devient peu à peu l'assistant technique du médecin sans perdre pour autant les principes du « *bon gardien* ». Il doit en plus être « *observateur et bienveillant et savoir faire respecter l'ordre tout en sachant rester discret* »¹⁰. Il est au service du malade mais devient un auxiliaire compétent du médecin. Pour le malade il doit être un modèle. Un « *savoir faire* » professionnel se dessine alors et se transmet parmi les infirmiers.

La pratique soignante change avec la circulaire ministérielle du 15 mars 1960¹¹, qui élabore une politique de soins aux malades mentaux, institue la psychiatrie de secteur dont le principe fondamental est le refus de la ségrégation du malade mental et la volonté de sa réintégration dans un milieu familial et social. « *Le second principe est la continuité des soins, la responsabilité en continu de la même équipe soignante pour toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique* »¹².

Le rapport PIEL-ROELANDT¹³ rappelle cette évolution et jette les bases d'un programme qui rendrait possible « *le dernier acte de la fin de cet exil des fous et de l'enfermement, de permettre l'aboutissement de la politique de sectorisation et son ouverture à la population, à la société* ».

L'arrêté du 12 mai 1969, fait de l'infirmier un infirmier de secteur psychiatrique. En 1993, une enquête de l'ARP¹⁴ révèle que 88% des ISP travaillent en intrahospitalier dans les Centres Hospitaliers Spécialisés. Relevons qu'au 1^{er} janvier 02 il restait 1382 ISP en France. La population à laquelle nous nous intéressons dans ce propos est de 1200 personnes environ, aux quelles il fait ajouter tous les IDE travaillant en psychiatrie.

Les infirmiers y sont en contact permanent avec les patients. L'une des caractéristiques de leur pratique est leur présence, leur disponibilité physique, « *l'être là* ». Ils ne sont pas principalement dans le « *faire* » mais aussi et surtout dans « *l'être* ».

⁹ HENNY J.P., *La Métamorphose de l'infirmier psychiatrique*. Mémoire individuel de Maîtrise en Sciences Sociales appliquées au travail : Strasbourg, 1987, 57 pages.

¹⁰ BERNARD P., *Code du bon infirmier*. 1949. Cité par HENNY JP. *Op.Cit.*

¹¹ Relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

¹² *Guide du service infirmier*, n°11, Paris, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration

¹³ ROELANDT J., PIEL E., *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission. 2001.

¹⁴ Association pour la Recherche en Psychiatrie.

La spécificité professionnelle s'articule autour d'une mise en oeuvre de pratiques relationnelles dont l'approche conceptuelle était abordée au cours d'une formation spécialisée jusqu'en 1992.

Les conceptions en matière de soins aux personnes souffrant de troubles mentaux restent encore marquée par les habitudes asilaires.

Ainsi, si les infirmiers défendent souvent un exercice en «3X8», c'est pour justifier une qualité des soins rendue possible que par une relation thérapeutique entérinée de jour comme de nuit et revendiquée comme une spécificité.

L'identité de l'ISP c'est de pouvoir intégrer des représentations dominantes dans la culture des soins psychiatriques : « *l'être là* » constant, la perception du patient à différents moments de la journée ou de la nuit, la prise en compte indispensable de ses comportements diurnes ou nocturnes.

D'une manière plus globale, l'infirmier en psychiatrie s'identifie par la spécificité du lieu d'exercice et le caractère également aliéniste de certaines de ses fonctions. Sorti à peine du « *cadre unique* », l'infirmier est encore au service du patient, par tous les actes de soins et l'entretien de son environnement. De ce fait, les infirmiers ont pris l'habitude de « *tout faire* » et d'être présents « *tout le temps* ». Cette dimension de continuité et de polyvalence est aujourd'hui fortement inscrite dans l'énoncé de la profession soignante en psychiatrie.

2.1.2 Soigner

Soigner aurait-il une signification particulière pour les infirmiers en psychiatrie, différente de celle des soins généraux ? La folie est-elle tant une maladie à part pour qu'il faille distinguer le soin du *soma* et celui de la *psyché* ? La réforme des études conduisant au diplôme d'Etat de 1992 ¹⁵ a réuni les deux filières historiquement séparées. Elle a amené la confrontation des deux «cultures » qui auraient façonné, en leur temps, selon Jean-Louis GERARD deux modèles de soins : « technique rationnel » pour les soins généraux et « psychologique irrationnel » pour les soins de secteur psychiatrique. ¹⁶

Pourtant le verbe soigner n'appartient, exclusivement ni à la psychiatrie ni aux soins généraux. Marie-Françoise COLLIERE aborde ainsi la notion de soin « *De la naissance à la mort, être soigné... ; se soigner... ; soigner se succèdent non pas en se juxtaposant mais en se chevauchant* »¹⁷. Elle définit le soin « *comme un acte de vie* » auquel l'Homme est confronté tout au long de son existence : de la période de l'enfance où il reçoit des

¹⁵ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992. - Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmières.

¹⁶ GERARD J.L. *Infirmiers en psychiatrie:nouvelle génération*. Paris : Lamarre, 1993, 346 pages.

¹⁷ COLLIERE, M.F., *Soigner...le premier art de la vie*, Paris : InterEditions, 1996, 238 pages.

soins de ses parents à celle où, confronté à la perte partielle ou complète de son autonomie à l'occasion de la maladie ou de sa vieillesse, il nécessite l'appui des professionnels de santé. Ainsi pour l'infirmière, soigner c'est « *une variété infinie d'activités qui visent à maintenir, entretenir la vie et lui permettre de se continuer et de se reproduire* »¹⁸.

Toute aussi universelle est l'approche de Walter HESBEEN, qui défend la notion de « *prendre soin* » comme « *une attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide...* »¹⁹. La différenciation des soins selon la discipline s'opère alors entre l'essence et l'accessoire de la pratique soignante.

Ce qui fait l'essence de la pratique soignante, c'est la démarche interpersonnelle entre une personne soignée, et une personne soignante qui a pour mission d'être aidante, et ce, dans une situation de vie dans laquelle le soignant est appelé à intervenir.

Ce qui fait l'accessoire de la pratique soignante, ce sont les différents moyens plus ou moins spécifiques à un groupe de professionnels et qui servent de support à l'action soignante. Ces supports sont de natures diverses et variées et relèvent tant des aspects techniques que scientifiques, éducatifs, organisationnel. Ainsi, si l'essence est commune à tous les soignants, leur accessoire peut être très différent²⁰.

L'infirmier en psychiatrie travaille sur la perturbation de la relation que le patient lui tend sous forme de symptômes tels que les troubles du comportement, l'auto ou hétéro agressivité, les troubles de l'humeur, le repli sur soi, le délire... Dans la relation qu'il établit, que ce soit sous forme d'entretien, par la médiation des actes de la vie courante ou d'activités thérapeutiques, l'infirmier s'efforce de rétablir le lien entre la personne qu'il soigne et la réalité.

Si nous nous référons au psychiatre Jacques HOCHMANN, la pratique des soins dans le champ psychiatrique ne peut se confondre avec aucune autre, dans la mesure où elle ne devrait pas se réduire à la production d'activités, mais « *procéder d'une dynamique relationnelle pour que la personne soignée accède ou retrouve la dimension d'une parole singulière* »²¹ Le soin en psychiatrie est une activité symbolique. « *Ce que l'on ne fait pas compte plus que ce que l'on fait* »²².

¹⁸ COLLIÈRE, M.F., *Promouvoir la vie . De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris : InterEditions, 1982, 125 pages.

¹⁹ HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital*, Paris : InterEditions, 1997, 242 pages.

²⁰ HESBEEN W. *Op.cit.*

²¹ HOCHMANN J., cité par CASAUX J.Y., « Il n'y a pas de soins psychiatriques sans situation de soins », *Soins Psychiatrie*, n° 136, février 1992, pp.45-47.

²² CASAUX J.Y. *Op.Cit.*

Le soin est un acte pensé qui se substitue à l'acte technique, précis et parfaitement visible. Le flou, souvent peu décelable de l'acte de soin en psychiatrie est souvent la règle. Qu'est-ce qui fait en psychiatrie qu'un acte banal ou un simple repas pris en commun deviendra un outil thérapeutique ? Comment un accompagnement deviendra-il, selon ce que nous en ferons, une prise en charge soignante ?

Ainsi les « *mille et un petits détails* » chers à Walter HESBEEN prennent-ils en psychiatrie une signification toute singulière. Le bon sens, la douceur, la chaleur ne suffisent pas pour établir une véritable situation de soins.

Par ailleurs, la législation oblige les soignants de la psychiatrie à gérer un paradoxe incontournable qui fait sans doute l'originalité cette activité : être à la fois soignant et « garde fou » de la société, contenir la folie, sans la contraindre, et la soigner.

Pivots de la prise en charge du mal-être dans sa totalité, les infirmiers doivent être le trait d'union entre la personne souffrante et les différents intervenants d'une équipe pluridisciplinaire, tout en acceptant d'être ceux qui sont confrontés à la commande sociale « du garder » et à la demande individuelle « du soigner » sinon « du guérir »²³.

Cependant, la médicalisation croissante, simultanée d'ailleurs, à la disparition du diplôme d'ISP et au rapprochement avec l'hôpital en soins généraux a amené selon leur lieu d'exercice les ISP à dispenser de plus en plus de soins dits de « base » et techniques. Si le fondement du travail infirmier repose sur le potentiel relationnel, ces soins sont néanmoins à prendre en compte.

Le champ de compétence de l'infirmier exerçant en service de psychiatrie est vaste, complexe et multiple. C'est à la fois une richesse et une difficulté lorsqu'il faut rendre compte dans le dossier de soins infirmiers et écrire ce soin dont, parfois, nous ne savons nous-même pas exprimer la portée thérapeutique.

2.1.3 Réflexions sur la qualité des soins en psychiatrie

Les soins en santé mentale sont dépendants des pratiques diverses tout autant que les outils mis en place. Evaluer la qualité des soins c'est donc prendre en compte les orientations thérapeutiques des équipes pluriprofessionnelles et situer leurs pratiques dans leur histoire institutionnelle.

La réalisation de soins de qualité et l'utilisation appropriée de ses outils est de la responsabilité des cadres de santé. « *Tout programme d'amélioration tend à perdre de la vitesse si le management ne déploie pas d'actions réfléchies pour renouveler les efforts de son personnel, et trouver des motivations, sources de progrès* ». ²⁴

²³ HOCHER S. « Assises des infirmiers en Psychiatrie », *Soins Psychiatrie*, n° 177, 1995, pp.IX-X.

²⁴ MUCHIELLI R., *Psychologie de la relation d'autorité*, Paris : ESF, 1975, 249 pages.

Aujourd'hui, les patients, ou leurs référents choisissent le prestataire de soins sur une évaluation de la satisfaction. Celle-ci devient un objectif de la qualité des soins. Ainsi, la performance dépend dans une grande mesure de la capacité du prestataire à maximiser la satisfaction de son client.

Bien que la « gestion » de la maladie demande une grande diversité de moyens et d'activités différentes, il est possible de segmenter ces interventions en trois domaines, sur lesquels il convient d'agir dans une démarche « qualité » :

- ❑ Le domaine technique qui concerne l'utilisation de la science médicale et de sa technologie à la solution d'un problème de santé individuel.
- ❑ Le domaine interpersonnel qui fait référence aux aspects psychosociologiques de l'interaction médecin-malade, personnel soignant-malade.
- ❑ Le domaine environnemental qui concerne le séjour du patient dans l'institution de soins.

Enfin, une façon d'attester la qualité des soins consiste à étudier la structure et l'organisation du service de soins, le processus de production des soins et le résultat exprimé en termes d'amélioration de l'état de santé du patient ou de réduction de la dépendance.

En psychiatrie, si les composantes du service forment un ensemble de prestations, c'est avant tout une expérience. La présence des infirmières, l'attention du corps médical, la disponibilité du personnel sont partie intégrante du service rendu. Même si l'acte de soins est techniquement réussi, la qualité pourra être perçue comme mauvaise si l'expérience que représente le séjour hospitalier n'a pas été réussie, et par conséquent, la satisfaction du patient-consommateur de service hospitalier sera insuffisante.

Il est évident qu'à l'hôpital comme dans toute organisation du domaine des services, une partie de la perception de la qualité vient de la qualité de la relation entre le patient et les diverses catégories de personnel de l'institution avec lesquelles il est en contact. Cependant, il est difficile de savoir si la qualité de ces relations est bonne ou mauvaise. En effet, évaluer un service, c'est avant tout juger un individu, or s'il est aisé d'estimer un produit ou une prestation, il est moins facile de critiquer une personne car il peut y avoir l'impression de mettre en difficulté son avenir professionnel. Aussi, les patients n'expriment pas toujours leurs observations négatives.

Enfin, la sécurité est la base de la qualité des soins. Ces deux notions sont la base même des démarches de qualité des établissements de santé. Bien plus encore dans la V2 des évaluations des établissements, la sécurité des patients est un objectif incontournable.

La qualité des soins, en psychiatrie et à l'hôpital en général s'évalue tant sur la structure, que sur les résultats, les processus ou la satisfaction des usagers. En ce sens, elle nécessite une implication forte de tous les acteurs du système hospitalier.

2.2 Les soins la nuit

Chantal JEANMOUGIN, étudiante de l'ENSP²⁵ avait réalisé un historique des soins la nuit. Synthétique, il est intéressant de le reprendre en partie.

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 alors un rôle de surveillance. Les soins étaient prodigués par des mercenaires ignorants. Cette organisation changea lorsque les médecins saisirent l'administration devant l'augmentation des rechutes et décès survenant la nuit²⁶.

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* »²⁷.

En 1877, à PARIS, on congédie les religieuses pour les remplacer par du personnel laïque. La première école professionnelle est 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* »²⁸. *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. Quand 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 un opéré grave. Nous sommes donc habilités à faire valoir de très légitimes demandes, si nous voulons que cesse la pitié de nos hôpitaux* »²⁹.

²⁵ JEANMOUGIN C., *Influence de la gestion des équipes de nuit sur la continuité des soins infirmiers*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2001, 90 pages.

²⁶ HAMILTON A., REGNAULT F., «Les gardes-malades II – Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnels », *Revue Soins*, tome 22, n°23, 1977, pp. 43-51.

²⁷ HAMILTON A. REGNAULT F., «Les gardes-malades III – Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnels », *Revue Soins*, tome 24, n°23, 1977, pp. 45-50.

²⁸ HAMILTON A., REGNAULT F., «Les gardes-malades V – Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnels », *Revue Soins*, tome 23, n°8, 1978, pp. 21-28.

²⁹ IMBERT J., *Histoire des hôpitaux en France*, Poitiers : PRIVAT, 1982, 538 pages.

Dans un établissement de France, en 1960³⁰, une seule infirmière circulait dans les services pour réaliser des soins techniques ou sur appel des aides-soignantes ou des agents des services hospitaliers, à qui étaient confiés les soins et la surveillance des hospitalisés. Cette infirmière était postée dans le service de chirurgie qui accueillait les urgences. A l'époque, la congrégation des religieuses hospitalisées 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. 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 sortants des écoles d'infirmier (e)s, étaient affectés sur des postes de nuit, en priorité : les mieux placés 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'examen complémentaires, sauf urgence
- ❑ de la limitation des soins techniques
- ❑ de l'absence de rencontre avec les autres professionnels de santé: assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute...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 fréquents. Les soignants ont un rôle majeur dans l'écoute du patient et la réponse à ses besoins.

Ainsi, les soins de nuit peuvent permettre l'épanouissement professionnel. De plus, le seul fait que le soignant de nuit soit un responsable isolé d'unités de soins, confronté aux angoisses des malades, positionne celui-ci comme un « *sujet central* ». Cette idée développée par Anne PERRAUT SOLIVERES³¹ montre combien pour l'infirmière, la nécessité de réaliser des actes isolés, de répondre à des problèmes imprévisibles,

³⁰ Cité par JEANMOUGIN C., *Op.Cit.*

³¹ PERRAULT SOLIVERES A., *Infirmières, le savoir de la nuit*. Vendôme : PUF, 2001, 289 pages.

d'attendre la mort parfois, rend caduques toutes les distinctions et hiérarchisations des rôles propre et prescrit. Bien plus, le face à face du soignant avec lui-même l'oblige « à puiser dans ses propres ressources, le plus souvent inconnues », à faire preuve de « libre- arbitre » et d'une liberté de jugement dont sont souvent privées les infirmières de jour.

Autonomie, liberté ; toutes les conditions sont réunies pour permettre l'émergence d'une conscience de soi, partagée avec ses collègues de travail. Car la nuit est aussi synonyme de solidarité obligée « pour peu que l'on n'empêche pas les soignants de se rencontrer ». Les soins de nuit réclament une perception de plus grande responsabilité du soignant du fait de l'autonomie. C'est aussi ce que développe Jean-Marie MANUS³² dans un article sur le travail de nuit des soignants. La relation avec le patient est différente la nuit, les soins relationnels priment sur les soins techniques. Il semblerait que certaines IDE de nuit abandonnent moins souvent le métier car le travail de nuit est plus motivant.

Une enquête sur le travail de nuit réalisée dans 15 établissements de santé³³ montre que les gestes techniques de soins s'effectuent surtout le jour et qu'il est indéniable que les agents de nuit perdent peu à peu de leur qualification au fur et à mesure de leur ancienneté en équipe de nuit, sauf dans des services très actifs faisant appel à des équipes polyvalentes de jour ou de nuit. Par son caractère plus tourné vers la veille que vers les soins actifs, les soins de nuit sont plus adaptés à des personnalités qui, tout en rejetant le rythme de jour, savent lorsque c'est nécessaire faire preuve d'initiative pour faire face à des situations d'urgence au cours desquelles elles se retrouvent, compte tenu du faible nombre de personnel qualifié travaillant de nuit, bien souvent seuls.

Les soins de nuit font donc appel à des caractères particuliers qui ne redoutent pas la solitude, voire qui, assez souvent, préfèrent celle-ci à une hiérarchisation trop marquée. Pour ceux qui ont l'habitude du travail de nuit, l'absence de hiérarchie entre les catégories médicales, infirmières et non infirmières est une marque de solidarité entre les personnels que l'on ne rencontre pas avec la même intensité le jour. Tout cela explique que les soignants de nuit ont tendance à rejeter toute modification de leurs horaires et, surtout, refusent souvent de « passer » de jour.

La spécificité des soins de nuit est un obstacle important pour se remettre en question ce qui explique les rigidités rencontrées tout en renforçant un certain isolement des soignants de nuit.

³² MANUS J.M., « L'infirmière et le travail de nuit : la vie à l'envers », *Revue de l'Infirmière*, n°81, 2002, pp.12-14.

³³ *Op.cit.* Soins Formation n°9.

2.3 La continuité des soins

2.3.1 Une politique

Malgré des débuts difficiles et lents, la sectorisation est aujourd'hui le mode d'organisation de la psychiatrie publique. Il aura fallu cependant plusieurs années avant que le secteur n'obtienne une véritable base juridique. En effet, c'est seulement 25 ans après la circulaire princeps que la Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 lui donnera une existence légale, le définissant dans sa double dimension intra et extra-hospitalière.

Avec le secteur naîtra également la notion d'équipe pluridisciplinaire. La circulaire du 14 mars 1972 précise qu'il est impossible de donner la composition de l'équipe de secteur, mais « *qu'elle doit être pluridisciplinaire et comporter des médecins, infirmiers, assistantes sociales et psychologues* ».

Cependant cette « dés institutionnalisation » ne s'est pas faite sans heurts, écrit Edouard ZARIFIAN : la notion d'équipe soignante remettait en question la hiérarchie et les rapports soignants-soignés s'en trouvèrent modifiés. Mais au delà c'est une nouvelle « *définition de la finalité des soins, la redécouverte de l'identité du malade, la reconnaissance des particularités, le respect de la liberté d'expression, la redistribution des responsabilités* »³⁴ qui prendront corps.

Aujourd'hui, il ne paraît plus ni possible ni même très utile que le patient retrouve le même soignant lors des diverses phases de son projet individuel. Par contre, il reste indispensable que les soins qui lui sont prodigués par divers professionnels et dans différentes structures fassent l'objet d'une coordination par les soignants, en accord avec le patient dans un projet thérapeutique construit³⁵

Ainsi la notion de continuité des soins ou de la prise en charge prend-elle toute sa dimension au travers de l'organisation des moyens déployés, qu'ils soient dédiés à la prévention, au soin ou à la post-cure.

Le développement du secteur démontre toute la complexité que peut revêtir tant le soin auprès de patients souffrant de troubles mentaux, que l'harmonisation des pratiques ou l'organisation des ressources humaines. Car bien évidemment, les différentes structures du dispositif psychiatrique, imposent des modes d'organisations du temps de travail variés.

Enfin, 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*

³⁴ *Op.cit.* ZARIFIAN E.

³⁵ Ministère des affaires sociales et de l'emploi, *Guide méthodologique de planification en santé mentale*, fascicule spécial n°88/6.

qui participent au projet de soins »³⁶. Une action est dite concertée lorsqu'il existe « un mode de concertation par lequel différents professionnels de la santé et acteurs socio-économiques planifient et réalisent un projet de soins »³⁷.

En psychiatrie, nous retiendrons que la continuité des soins se détermine par :

- Une même équipe soignante pluridisciplinaire issue de la sectorisation ;
- Un projet de soin individualisé par patient qui fédère les différentes pratiques et modes d'organisation ;
- Des modes de régulations inter équipes au sein des unités intra et extra hospitalières, mais aussi entre les services lors de prises en charge intersectorielles.

« Les unités d'hospitalisation à temps complet sont des lieux de soins sous surveillance médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour des malades adultes et enfants, atteints de troubles mentaux. »³⁸. La continuité des soins dans les unités d'hospitalisation temps plein repose ainsi sur la coordination des équipes postées de jour et de nuit.

2.3.2 Une organisation : approche sociologique

Toutes les organisations ont besoin d'une structure, celle-ci devant être aussi efficiente que possible pour éviter des applications complexes. La sociologie des organisations rend compte des transformations qui se sont opérées dans différents domaines dont le monde hospitalier. Nous retenons que tout système regroupe un certain nombre d'acteurs, managés par des cadres, acteurs essentiels des organisations.

Michel CROZIER³⁹, considère que l'organisation est une réponse à l'action collective. Elle n'est pas une donnée naturelle mais une construction modulable, plus ou moins précaire, à la fois dépendante et indépendante des individus qui la composent. Comme tout système vivant, elle évolue au gré des influences externes et internes. Il y a « *phénomène organisationnel* » dès lors qu'un individu unit ses efforts d'une manière formelle à ceux d'un certain nombre d'autres personnes pour atteindre un objectif.

Nous retenons que la coopération est un moyen pour les hommes d'une organisation de poursuivre des buts communs. Chacun évolue dans son contexte organisationnel. Le « *construit organisationnel* » est fondé sur l'instauration de relations de pouvoirs, les pouvoirs étant eux-mêmes des relations asymétriques entre acteurs et groupes d'acteurs.

³⁶ Ensemble d'infirmiers sous la direction de MAGNON R., DECHANOZ G., *Dictionnaire des soins infirmiers*, Lyon : AMIEC, 1995.

³⁷ ESTRYN-BEHAR M., *Ergonomie hospitalière – Théorie et pratique*, ESTEM, 1996.

³⁸ Ministère des affaires sociales et de l'emploi, *Guide méthodologique de planification en santé mentale*, fascicule spécial n°88/6.

³⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le système*. Paris : SEUIL, 1977, 472 pages.

Dans ces relations d'échanges, chaque acteur a des atouts, plus ou moins pertinents. Ces relations sont des enjeux qui s'inscrivent dans des « *contraintes structurelles* ». L'organisation rend possible le développement de relations de pouvoir et en fonde la permanence. Enfin, il y a différents types de pouvoirs générés par l'organisation. Les sources de ces pouvoirs sont : la spécialisation dans une compétence, le contrôle de l'environnement, la communication et l'utilisation de règles organisationnelles.

Le véritable organigramme de l'organisation est la description d'un ensemble de processus réels qui caractérisent son fonctionnement. Ce n'est pas la « *façade officielle* ». L'organisation est une structure de pouvoirs qui détermine la stratégie des acteurs. Elle est posée comme problème parce qu'elle est un lieu d'affrontement et de conflits où chacun poursuit des stratégies personnelles. L'organisation est vue comme un jeu, « *construit politique et culturel* », dans lequel les acteurs placent leurs actions en fonction de leurs propres stratégies.

Dans un deuxième temps, Michel CROZIER et Erhard FRIEBERG situent l'organisation dans son environnement, ce dernier vu comme « *une matrice organisationnelle* ». L'objet d'étude est déplacé vers les mécanismes de régulation qui gouvernent l'ensemble du système : organisation - environnement. Trois postulats en découlent :

- ❑ une organisation n'existe pas dans l'abstrait,
- ❑ une organisation dépend de son environnement,
- ❑ une organisation est un phénomène multidimensionnel.

Il n'existe pas de modèle d'organisation idéal. Il existe des systèmes d'action concrets par lesquels les acteurs gèrent leur coopération tout en s'évertuant à préserver leur marge de liberté, et ce en fonction d'une règle du jeu tacite.

Les analyses sociologiques des organisations utilisent entre autres le raisonnement systémique. L'analyse sociologique est principalement une analyse stratégique dans laquelle l'acteur et le système sont en permanente interaction. Deux pôles séparés avec prééminence de l'un ou de l'autre, font place à deux pôles en constante interaction.

Il faut distinguer : les stratégies de l'acteur, le système d'action concret et le pouvoir.

- ❑ « *Les participants d'une organisation peuvent être considérés comme des acteurs ayant chacun leur propre stratégie* »⁴⁰
- ❑ Le système d'action concret désigne l'ensemble des relations qui se constituent entre les membres d'une organisation et qui servent à résoudre les problèmes concrets quotidiens. Le système d'action concret est un construit social qui correspond à un jeu de relations de pouvoirs.

⁴⁰ CROZIER M., FRIEDBERG E., *Op.Cit.*, p. 198.

- Le pouvoir est la capacité d'un individu à faire agir un autre suivant une orientation souhaitée.

Selon Henry MINTZBERG⁴¹, la bureaucratie professionnelle est un mode d'organisation dont le prototype est l'hôpital. Une organisation caractérisée par la rupture de la ligne hiérarchique entre le centre de décision et le centre opérationnel, une organisation où ceux qui dirigent n'ont pas toujours la connaissance nécessaire à l'exécution des objectifs qui fondent cette organisation. Autrement dit, ceux qui dirigent un hôpital ne savent pas soigner et n'ont pas de connaissances particulières sur le soin ou la maladie, et en tout cas pas plus que ceux qui soignent n'en ont sur la manière de diriger une organisation. Mais depuis, les cadres hospitaliers occupent l'espace de cette rupture et s'établissent au carrefour des pouvoirs. L'évolution de l'organisation de l'hôpital peut alors envisager l'élaboration de projets de service, des démarches de qualité et des évaluations des pratiques professionnelles.

La structure de base de l'hôpital s'appuie sur :

- Une standardisation des qualifications, produite par les professionnels eux-mêmes (d'où le terme de bureaucratie professionnelle), mais aussi par des structures extérieures à l'organisation et maîtrisées par les professionnels.
- Un processus de classement (de traitement de la clientèle) en deux temps : le diagnostic et les soins, qui garantit l'autonomie du professionnel.
- Un support logistique, défini comme la mission principale, qui est de servir des activités du centre opérationnel. Au sein de la bureaucratie professionnelle, on peut observer que les unités du support logistique, aux mains des analystes, sont souvent organisées de façon mécanique.
- Une organisation des professionnels pour contrôler toute la structure. Cette tâche de contrôle administratif de la structure nécessite l'ajustement mutuel comme forme de coordination, et se met en œuvre par des groupes d'études, des comités divers.
- Un temps important est consacré par le manager au traitement des perturbations de la structure car le processus de classement est imparfait et conduit à toutes sortes de conflits de compétences entre les professionnels.

Le processus de classement utilise des procédures complexes, qui sont difficiles à intégrer, mais néanmoins définies. L'existence de procédures, même complexes, différencie l'organisation professionnelle de l'organisation novatrice. De plus, le processus de classement d'ensemble est stable.

⁴¹ MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'Organisation, 1982, 554 pages.

La technique employée par le professionnel est relativement simple et, dans l'ensemble préserve son autonomie. Il faut cependant remarquer que certaines technologies requièrent un travail en équipes pluridisciplinaires.

La plupart des problèmes stratégiques se retrouve sous le contrôle des professionnels. Il s'agit ainsi de procéder à des jugements professionnels ou privilégier des choix collectifs. Cela relève également d'une oscillation entre la politique et la collégialité. Cette dernière permettant de réintroduire une certaine cohérence d'ensemble. Différentes stratégies peuvent alors se succéder. Néanmoins, la stratégie d'ensemble est stable car les évolutions institutionnelles sont découragées par la fragmentation des activités et l'influence de chaque professionnel.

Enfin, la stratégie au niveau de chaque professionnel est au contraire en perpétuel changement.

Cette forme d'organisation présente des avantages pour les professionnels, centrés sur l'autonomie et de ce fait génère des problèmes pour la structure d'ensemble :

- ❑ Problèmes de coordination entre les professionnels et les supports logistiques.
- ❑ Problèmes de coordination entre les professionnels eux-mêmes. La coordination par la standardisation des qualifications se révèle à cet égard, souvent peu puissante.
- ❑ Le pouvoir discrétionnaire du professionnel. Son autonomie peut lui permettre d'ignorer à la fois le besoin du client ainsi que les besoins de l'institution.
- ❑ La difficulté à innover. L'innovation demandant de l'action collective (difficile pour des professionnels) et une démarche inductive (difficile dans le cadre habituel de processus de classement déductifs).
- ❑ Les réponses publiques à ces problèmes, lorsqu'elles sont du type organisation instinctive sont inadaptées.

2.3.3 Un management

A) Le temps de travail

Depuis 1841, de nombreuses lois ont été votées, jalonnant ainsi l'histoire du temps de travail en France.

En 1982, la semaine de travail passe à 39 heures et les congés payés passent à cinq semaines. Les salariés dans les entreprises peuvent choisir leurs horaires de travail (c'est-à-dire qu'ils peuvent travailler la nuit ou le jour selon leur préférence). De 1986 à 1993 de nouveaux types de modulation des horaires apparaissent. Enfin, la loi des 35 heures a été promulguée le 13 juin 1998. Elle consiste à faire diminuer le temps de travail individuel dans les entreprises.

A l'hôpital, l'évolution du temps de travail a suivi celle de la loi, mais le travail en lui-même, s'est toujours organisé autour de la notion de continuité des soins. Indissociable et

inévitables de toute réflexion sur le temps de travail, cette continuité a inlassablement orchestré l'organisation des postes de l'intrahospitalier.

Par ailleurs, la réduction progressive du temps de travail, de 40 heures à 39, puis à 35 heures et 32 h 30 en janvier 2004 n'a pas réellement eu d'impact sur l'organisation du travail posté. En effet, les réductions se sont mises en œuvre sur les temps de « chevauchement » ou au travers de journées de récupération.

B) Le poste de travail

Le travail posté (ou poste) est un travail aux horaires successifs ou alternants. Souvent identifié comme les « »3X8» », il recouvre en réalité de multiples formes d'organisation.

Mais bien en amont, il est utile de reprendre la définition taylorienne du poste de travail.

L'organisation scientifique du travail a marqué la volonté de maîtriser le contenu et les rythmes de travail. Elle s'est traduite par la mise en œuvre de cinq principes :

- Pour optimiser un processus de production, il faut examiner dans les moindres détails (manière de procéder, ergonomie des postes de travail, temps d'exécution) toutes les tâches qui se répètent ;
- Une fois définie à partir de cette étude, la meilleure façon de réaliser une tâche (*the one best way*), celle-ci doit être enregistrée précisément, puis scrupuleusement prescrite à tous ceux qui réalisent cette tâche par la suite ;
- Les activités doivent être subdivisées en éléments de courte durée permettant d'obtenir des rythmes de travail élevés ;
- Le rythme de travail doit être imposé au salarié et contrôlé ;
- Les tâches organisées de cette façon doivent pouvoir être confiées à des salariés ne disposant pas de qualifications techniques particulières.

Appliqué à notre propos, ce modèle renvoie aux fondements de l'organisation des services de soins : les procédures et protocoles de soins, la démarche de soins, la planification des soins, la répartition des actes de soins entre le jour et la nuit.

Le poste de travail est donc un temps de travail standardisé, au cours duquel un soignant réalise des actes de soins normalisés et planifiés.

Le poste de travail de nuit ne se singularise pas en ceci du poste de travail de jour.

Les conditions particulières du travail de nuit, imposent aux soignants des compétences à l'autonomie dans des organisations plus flexibles.

Enfin, le poste de nuit influence beaucoup le vécu du personnel, la durée et la qualité du sommeil, les plaintes digestives et neuropsychiques. Les causes sont multiples, mais deux facteurs peuvent être dégagés :

- L'adaptation au travail de nuit dépend essentiellement du respect de la qualité et de la durée du sommeil⁴² ;
- Cette adaptation dépend également du degré de satisfaction du sujet dans son poste de travail ainsi que de sa motivation⁴³.

C) Le travail de nuit : aspects réglementaires et techniques

Le dispositif encadrant le travail de nuit introduit par la loi n°2001-397 du 9 mai 2001 (*v.Légis.soc.-A1-n°8180 du 17 mai 2001*) fait l'objet de précisions réglementaires (Code du Travail, article R.2313-1 à R.231-8 nouveaux). Sont ainsi précisées la définition du travailleur de nuit et les conditions de dérogation à la durée maximale quotidienne du travail de nuit, celle de l'affectation des travailleurs à des postes de nuit, et les modalités de la surveillance médicale renforcée des travailleurs de nuit.

Les dispositions concernant le travail de nuit sont susceptibles de s'appliquer à tous les travailleurs, hommes et femmes, de plus de 18 ans, occupés dans les établissements ou professions mentionnés à l'article L.200-1 du Code du Travail.

Antérieurement à la publication du nouveau texte, le travail de nuit était en principe interdit aux femmes. Cependant, des dérogations existaient. Elles concernaient notamment les soignantes, auxquelles le travail de nuit pouvait être imposé, après consultation du Comité Technique d'Etablissement pour les établissements de santé publics.

Depuis la loi n°2001-397 du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre hommes et femmes a radicalement modifié les dispositions du Code du Travail quant au travail de nuit, entre autre, par la levée de l'interdiction du travail de nuit dans l'industrie pour les femmes.

La législation française s'est ainsi mise en conformité avec les dispositions communautaires (jurisprudence communautaire « STOECKEL » et directive n°93/104) en modifiant les articles L.2123-1 à L.213-6 du Code du travail. Ces modifications autorisent le recours au travail de nuit de manière exceptionnelle, pour les femmes comme pour les hommes, au nom de l'égalité professionnelle entre les deux sexes, tout en renforçant davantage le cadre d'utilisation de cette organisation et, notamment, en terme de protection pour les femmes enceintes ou ayant accouché.

Les salariées enceintes ou nouvellement accouchées travaillant la nuit peuvent demander leur affectation sur un poste diurne; cette demande peut également émaner du médecin du travail. Ce changement de poste ne doit entraîner aucune diminution de salaire et

⁴² COSTA G., GHIRLANDA G., TARONDI G., et al: Evaluation of a rapidity rotating shift system for tolerance of nurses to night work. In *Arch Occup Envir Health*, n°65/1994, pp. 305-311.

⁴³ DIRKX J. Adaptation to permanent night work : the number of consecutive work nights and motivated choice. *Ergonomics*, n°36, 1993, pp. 29-36.

l'affectation dans un autre local de l'entreprise est soumise à l'acceptation de la salariée (circulaire DRT n°2002-09 du Code du travail de nuit).

Retenons, que des mesures dérogatoires ont toujours existé pour les hôpitaux, permettant le travail de nuit des femmes.

La tranche horaire considérée comme travail de nuit dans la fonction publique hospitalière comprend au moins la période comprise entre 21 heures et 6 heures ou toute autre période de 9 heures consécutives entre 21 heures et 7 heures⁴⁴.

Par ailleurs, « *la durée quotidienne du travail peut-être continue ou discontinue, elle ne peut excéder neuf heures pour les équipes de jour et dix heures pour les équipes de nuit* »⁴⁵.

Travailler en partie la nuit ne fait pas forcément du salarié un travailleur de nuit. Le travailleur de nuit est celui qui selon le Code du Travail (article L.213-2) :

- soit, accomplit, au moins deux fois par semaine, selon son horaire habituel, au moins trois heures de son temps de travail quotidien durant la plage horaire applicable ;
- soit accomplit, au cours d'une période de référence, un nombre minimal d'heures de travail de nuit durant cette même plage horaire. Le nombre minimal de ces heures de nuit ainsi que la période de référence mentionnée sont fixés par convention ou accord collectif étendu ou, à défaut, par décret en Conseil d'Etat pris après consultation des organisations syndicales les plus représentatives au plan national des employeurs et des salariés.

Le travail de nuit peut avoir des répercussions défavorables sur la santé⁴⁶. Le rythme de vie qu'il impose est en effet opposé au cycle circadien (éveil diurne et sommeil nocturne). Conséquence des nombreux inconvénients qu'il entraîne, il est généralement mieux rémunéré que l'activité de jour, bien qu'il ne s'agisse pas d'une obligation légale. Cependant, c'est une obligation réglementaire dans la Fonction Publique Hospitalière. La compensation salariale s'ajoute alors au repos compensateur et ne peut être une contrepartie qui s'y substitue. A l'hôpital public, la rémunération de nuit revêt la forme d'une majoration de salaire sur une base horaire.

Par ailleurs, le législateur a rendu obligatoire le repos compensateur. Le Code du travail, article L.231-a, précise ainsi que le travail de nuit doit obligatoirement être compensé par du repos. Notons, qu'à la différence du repos compensateur pour heures supplémentaires, le repos compensateur pour travail de nuit ne peut être affecté sur un compte épargne temps (Code du Travail, article L.227-1).

⁴⁴ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002, article 7, alinéa 2.

⁴⁵ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1973. - Décret n°79-119 du 7 février 1973.

Le travail de nuit est généralement vécu par le personnel de jour comme un travail différent et moins qualifié. Très souvent, et de manière symptomatique, le personnel de jour utilise les termes de « veilleur » ou « veilleuse » pour désigner le personnel de nuit. Les actes de nuit sont moins qualifiants que ceux de jour, sauf dans le service de réanimation où les malades ont besoin d'une assistance continue.

Pour remédier à ces particularités du travail de nuit, les cadres hospitaliers s'efforcent de susciter une rotation des équipes entre le jour et la nuit. Cependant, ils se heurtent à des oppositions qui tiennent aux difficultés de changer de rythme trop fréquemment ou au refus de se remettre en question.

Le caractère pénible du travail nocturne revient souvent, mais si globalement les travailleurs de nuit ont une charge de travail diminuée par rapport aux agents de jour, leur faible effectif les ramène à une pénibilité équivalente à celle qu'ils subiraient de jour.

La pénibilité du travail de nuit a été reconnue par l'ordonnance du 16 janvier 1982, qui précisait déjà : « *la durée du travail des salariés en équipes successives ne doit pas être supérieure en moyenne sur une année à trente cinq heures par semaine travaillée* ». Des améliorations des conditions de travail étaient prévues depuis le protocole d'accord signé par le ministre Claude EVIN, le 15 novembre 1991 à la suite d'un mouvement d'ampleur des infirmières hospitalières et reconduites après les « accords RTT » de 2001.

Dans les établissements de santé français, l'amplitude de l'horaire de travail la nuit peut-être très variable. Mais la majorité des établissements a opté pour une amplitude de 10 heures par nuit avec un « chevauchement » minimal entre les équipes de 15 minutes le matin et 15 minutes le soir.

D) La notion d'équipe

Une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir un objectif commun, laquelle implique une répartition de tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe. Cette définition fait ressortir trois caractéristiques essentielles que présente une équipe de travail:

- ❑ une cible commune : un but ultime à atteindre, un produit final à réaliser;
- ❑ une tâche à opérationnaliser : une opération qui s'appuie sur les moyens, ressources et outils de chacun ainsi que sur une procédure spécifique à suivre;
- ❑ la convergence des efforts de chacun des membres : une collaboration, lors de la réalisation des tâches, qui s'exerce dans un climat de travail sain et de solidarité.

Une des particularités du travail en équipe concerne les liens que cette formule exige entre les membres qui composent une équipe; une collaboration, une convergence des efforts de chacun des membres et un partage des responsabilités.

⁴⁶ « La place de l'infirmière de nuit dans l'équipe soignante », *Objectif Soins*, n° 21, mars 1994.

Dans une équipe, les membres doivent s'écouter et se comprendre et, pour ce faire, chacun doit s'exprimer librement. L'expression des idées et des points de vue de chacun permet une bonne circulation des informations intrinsèques. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la communication concerne aussi les informations extrinsèques à la tâche à réaliser. Sans cette circulation d'informations, intrinsèques et extrinsèques, des malentendus et des insatisfactions peuvent naître et provoquer chez certains des membres le sentiment d'être isolé et de ne pas participer aux projets communs. De ce fait, dans une équipe de travail, la communication entre les membres est essentielle. Elle doit englober autant les informations liées au sujet dont traite le travail que celles liées aux perceptions, connaissances, ressentis qui animent les membres de l'équipe.

Enfin, la formule du « *travail en équipe* » se caractérise essentiellement par l'utilisation d'un certain mode de fonctionnement. Peut-être que nous ne devrions pas utiliser le terme « équipe » mais, « travail en équipe » : l'équipe n'étant que le regroupement d'individus qui, de façon ponctuelle, travaillent en équipe.

Dans cette approche, rien ne différencie les équipes de jour, de celle de nuit : ce sont des équipes de soins au sein d'un même service, pour un même projet : prendre soin du même patient.

Cependant, dans notre hypothèse principale, nous souhaitons signifier par le terme d'équipe de nuit, les agents travaillant exclusivement de nuit et noter un fonctionnement plus particulier du partage des responsabilités et des réseaux de communication intrinsèques. Nous retiendrons que sa réalité polymorphe a de plus une fonction élaborative, par sa capacité à professionnaliser le vécu et à soutenir le désir des soignants.

2.4 Des qualifications et des compétences au service des soins

2.4.1 La qualification

A) Notions générales

L'augmentation de la qualification est un phénomène majeur des dernières années. Mais cela ne correspond pas forcément à une demande du système productif. Enfin, il ne faut pas confondre la qualification, sanctionnée par un diplôme, et la compétence, qui fait appel aux qualités propres de l'individu.

La diversification des qualifications au sein des équipes soignantes répond normalement à des projets de soins et à des stratégies de service. Or, on assiste aujourd'hui à un autre mode de recrutement. C'est par défaut que les aides soignantes sont embauchées dans les unités de psychiatrie dite « active ». Ceci pour répondre à une pénurie d'infirmiers diplômés.

Ces évolutions ont entraîné une modification des modes d'organisation. Elles n'ont pas été sans effet sur les constructions identitaires individuelles et de groupe. Elles nécessitent une reconstruction des champs de compétence pour offrir à chacun une meilleure assise professionnelle et une évolution favorisant l'inévitable deuil des anciens schémas.

Pour Claude DUBAR⁴⁷, longtemps la qualification n'a été réduite qu'à la qualification du travail et du poste de travail, distincte de la formation, réduite au système scolaire, en tant que reproduction sociale au travers des *habitus* à faire correspondre aux exigences des postes et fonctions qu'ils auront à occuper. JD Reynaud s'est efforcé de rompre avec cette distinction et inscrire la qualification au cœur du fonctionnement du marché du travail. Pour cela, il faut aller au delà de l'analyse des tâches remplies pour rendre compte des différences de qualifications. Mais il faut faire de la qualification le produit d'une socialisation professionnelle intégrée à un marché du travail interne, liée à un type d'organisation de la production et impactée par un système de relations professionnelles.

Les relations professionnelles sont fondées :

- ❑ sur un savoir pratique à partir d'une connaissance théorique,
- ❑ sur une compétence spécialisée,
- ❑ sur une attitude détachée de la part du professionnel.

Enfin, de l'approche fonctionnaliste de la socialisation professionnelle selon Claude DUBAR, nous retenons les principes essentiels suivants :

- ❑ le statut professionnel émane d'un savoir scientifique et non seulement pratique.
- ❑ les professionnels forment des communautés unies autour de mêmes valeurs.

Les valeurs, entre ISP, IDE et AS, de jour et de nuit, ne sont pas toujours partagées. Les uns se situant par rapport aux autres dans des rapports de pouvoir, centrées sur la reconnaissance de leurs qualifications.

Pour Evelyne COEURJOLY⁴⁸, le travail de nuit est souvent ingrat par manque de reconnaissance (de la part des autres membres de l'équipe, car peu technique) et « *est constitué de tâches de surveillance, de soins relationnels et de confort, et de gestes d'urgence lorsque l'état d'un patient le nécessite. Le travail de nuit, avec ses spécificités, participe à la continuité des soins et contribue à la prise en charge globale du patient. Il ne faut donc plus le considérer comme le « parent pauvre » du travail de jour* ».

⁴⁷ DUBAR C., *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : Colin, 1998. 512 pages.

⁴⁸ COEURJOLY E., « Travail de nuit : mode d'emploi », *Objectifs soins*, novembre 2002, n°110, pp. 16-18.

Si il est commun de reconnaître aux agents de nuit des qualités d'autonomie, il est indéniable qu'ils sont amenés à prendre des décisions en fonction de leurs valeurs morales, éthiques et professionnelles, pour assurer le bien-être des patients et la continuité des soins.

Enfin, ISP et IDE doivent-ils être considérés comme des qualifications différentes alors qu'ils sont infirmiers ? Certainement si nous retenons la définition de la qualification en lien avec le diplôme.

La qualification ou les qualifications nécessaires au travail de nuit doivent en tous les cas répondre aux besoins des patients et aux critères de la qualité des soins.

B) Les infirmiers

*« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »*⁴⁹

Cette profession est protégée puisque l'article L. 474 précise : *« Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1 »*.

Parmi les effectifs des personnels soignants, l'évolution du personnel infirmier est plus rapide que celle des autres catégories de personnels hospitaliers sur la période 1995 – 1999⁵⁰ : Le nombre d'infirmiers a augmenté de 6%, tandis que le nombre d'aides-soignants restait globalement stable (+ 0.5%) et que le nombre d'ASH diminuait (- 4%).

Les évaluations en besoins infirmiers n'ont jamais été pratiquées en France. Les projections dans l'avenir ne se sont pas mises en place et plus généralement ce qui relève d'une GPEC n'existe pas ou peu dans la Fonction Publique Hospitalière. Il y eut des grandes phases de recrutement, comme dans les années 60, et des phases plus vaines. Ce marché de l'emploi non régulé n'a de fait pas eu de conséquence dans le dispositif de formation des infirmières. Vraisemblablement, l'augmentation des quotas pour les IFSI ne permet pas aujourd'hui de répondre à l'augmentation des besoins en soins. Elle ne fera que compenser les départs en retraite de la génération des « baby-boomers » et répondra en partie à la nécessaire augmentation des effectifs qui compense la réduction du temps de travail.

Par ailleurs, l'exercice à temps partiel s'est fortement développé chez tous les personnels soignants. En 1999, tous secteurs confondus, 23% des personnels des services de soins

⁴⁹ REPUBLIQUE FRANCAISE, Code de la Santé Publique, article L.4311-1.

⁵⁰ Source : CNFPT, septembre 2001.

exercent ainsi une activité à temps partiel. Les études montrent que la proportion des infirmières à temps partiel a doublé depuis 1983. Toutefois la durée moyenne de travail de l'ensemble du corps infirmier a augmenté passant de 24 heures en 1983 à 27 heures par semaine aujourd'hui. Au total, les deux phénomènes opposés conduisent à une réduction globale du temps travaillé : 100 emplois recensés correspondent à environ 93 équivalent temps plein contre 95,6 en 1993.

Enfin, la profession accuse un vieillissement sensible puisque l'âge moyen est passé de 34 ans en 1981 à 41 ans début 2000. L'exercice en établissement hospitalier public est moins prisé par les tranches les plus jeunes de la population.

Le taux de féminisation est de 87 % des effectifs de la profession. Il est un peu moins élevé dans les départements d'Outre mer. En psychiatrie, la situation des effectifs se situe dans ces proportions et on compte environ 80% de femmes bien qu'historiquement, les asiles, puis les hôpitaux psychiatriques employaient davantage d'hommes.

C) Les aides soignants

Si la première définition de l'infirmière date de 1902, celle de l'aide-soignante est en revanche plus récente. Le grade d'aide-soignant au sein de l'hôpital public n'a été créé qu'en 1949.

La profession aide-soignante est née de l'impératif d'hygiène réclamé par l'institution hospitalière et de l'incapacité pour les patients à assumer leurs besoins élémentaires comme se laver, s'habiller et manger seuls⁵¹.

Attribuées autrefois à un personnel sans formation, aux «infirmières», lorsque ce terme désignait toute personne travaillant à l'hôpital, ces tâches ont été déléguées à ce personnel spécialisé, dans le cadre d'une division du travail qui s'est complexifiée au sein du système hospitalier.

La création de la catégorie d'aide-soignante est une conséquence du processus de professionnalisation des infirmières. Elle est, en effet, une invention de l'administration hospitalière. La création de cette nouvelle catégorie permet de protéger la profession d'infirmière et son diplôme d'état créé en 1946.

Mais la loi soumettant alors l'autorisation d'exercer comme infirmière à la possession exclusive du Diplôme d'Etat, présentait le risque pour les hôpitaux, dans un contexte de pénurie, de se trouver privés du nombreux personnel infirmier formé sur le tas. Pour pallier ces effets, des mesures transitoires ont été envisagées, comme la création d'une catégorie intermédiaire « la catégorie d'aide-soignante ». Elle est d'abord conçue comme provisoire, visant au reclassement statutaire et indiciaire d'une partie du personnel. Mais,

⁵¹ ARBORIO AM., « Savoir profane et expertise sociale : les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses. Sciences sociales et histoires*, n°22, 1996, pp. 87-106.

se révélant peu à peu un moyen commode d'assurer la promotion du « petit » personnel hospitalier que réclament les syndicats, la catégorie d'aide-soignante est alors retenue⁵². L'aide-soignant assure des soins par délégation de l'infirmière, sous sa responsabilité et sous son contrôle, l'humanisation des conditions de vie de la personne soignée ou de la personne âgée. L'aide-soignant se positionne au sein d'une équipe, il contribue à la prise en charge des personnes et il participe aux soins dans le cadre du rôle propre de l'infirmière, en collaboration avec elle.

En 1978, dans le contexte d'une pénurie d'infirmières, de difficultés de recrutement faute de candidat, les pouvoirs publics marquent une volonté de réduire les moyens alloués à la psychiatrie et proclament un arrêté autorisant l'aide-soignant à exercer dans ce domaine.

En psychiatrie, les aides-soignantes ont été introduites progressivement et représentent environ 20% de la population soignante totale. Parallèlement, on observe la diminution progressive des « anciens » infirmiers psychiatriques, due aux départs naturels. Ceci pose la question de la qualité des soins, dispensés dès lors par des professionnels moins formés à la spécificité des soins en santé mentale. On assiste de fait à une forme de déqualification des postes de soins qui va à l'encontre d'un mouvement de spécialisation des différentes tâches. Du « *cadre unique* », et par l'introduction des aides soignants puis des ASH, les infirmiers ont été recentrés sur des actes de soins plus spécifiques.

Toutes ces évolutions ont entraîné une modification des modes d'organisation. Elles n'ont pas été sans effet sur les constructions identitaires individuelles et de groupe. Elles nécessitent une reconstruction des champs de compétence pour offrir à chacun une meilleure assise professionnelle et une évolution favorisant l'inévitable deuil des anciens schémas.

2.4.2 La compétence

L'émergence du concept de compétence tend à favoriser les initiatives des salariés et à mettre en valeur leur intelligence. Il s'enlise parfois dans les tentatives de refonte des systèmes de qualification et de mise en œuvre des nouveaux outils de gestion des ressources humaines.

Pour le MEDEF⁵³, « *la compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, de savoir-faire, expériences et comportement, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle, à partir de laquelle elle est validable. C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer,*

⁵² Pour formaliser cette décision, en 1956 est créé le CAFAS (Certificat d'Aptitude à la Fonction Aide Soignante), rendu obligatoire en 1960. Parallèlement, l'Education Nationale instaure un BEP Sanitaire et Social afin de préparer au recrutement des élèves aides-soignants.

⁵³ Mouvement des Entreprises DE France

de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer », Philippe ZARIFIAN en indique l'importance et les limites. Son importance est liée au basculement du modèle du « poste de travail » à celui de la « compétence de l'individu ».

Ses limites viennent, selon l'auteur, d'une part, de la non-prise en compte des mutations du travail et, d'autre part, de la validation des compétences par l'entreprise seule. L'auteur propose une formulation : « *La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté* ». C'est donc la capacité de prendre des initiatives face à une situation de travail et d'en assumer les responsabilités, ce qui est un concept nouveau en rupture avec les organisations tayloriennes et bureaucratiques qui prescrivent sans laisser de place à l'initiative.

Le deuxième axe de la compétence développé par Philippe ZARIFIAN concerne les connaissances mobilisées dans le travail. « *La compétence c'est l'intelligence pratique que les gens mobilisent en situation de travail* ». Ce sont les connaissances conceptuelles et la compréhension de la situation orientée vers l'action. C'est toute une expérience mobilisée, transformée face à une situation de travail donnée.

Enfin, le troisième axe concerne la double dimension de la compétence : « *un individu n'est jamais compétent tout seul et il a des compétences qui sont toujours limitées* ». C'est le réseau de compétences collectives constitué de divers professionnels dont les compétences sont mobilisées dans la plupart des situations de travail.

Plus classiquement, le terme de compétence est issu du latin *competens* : ce qui vient avec, ce qui est adapté à.

Le dictionnaire Larousse propose : « *La compétence est l'aptitude à déceler, la capacité reconnue en telle ou telle matière* ».

Anne ERNOULT-DUBOIS⁵⁴ donne une définition tirée du Larousse commercial illustré de 1930 : « *La compétence est l'ensemble des connaissances, qualités, capacités, aptitudes qui mettent en mesure de discuter, de consulter, de décider sur tout ce qui concerne son métier (...). Généralement, on considère qu'il n'y a pas de compétence complète si les connaissances théoriques ne sont pas accompagnées des qualités et de la capacité permettant d'exécuter les décisions qu'elles ont suggérées* ».

Enfin, pour Guy LE BOTERF⁵⁵, la compétence suppose le jugement d'autrui : c'est la validation par les autres ; la hiérarchie et les pairs détermine la compétence. Il considère que le professionnel compétent est capable d'utiliser ses multiples ressources pour adopter un comportement pertinent et mettre en place des actions efficaces devant une

⁵⁴ ERNOULT-DUBOIS A., *Offre de compétence et mobilité professionnelle*. Paris : Lamarre, 1999, 126 pages.

⁵⁵ LE BOTERF G., *Développer la compétence des professionnels : construire le parcours de la professionnalisation*, Paris : Seuil, 2002, 341 pages.

situation complexe. De même, pour cet auteur, « *le professionnel construit ses compétences avec l'aide de son environnement* » car « *la compétence n'est pas uniquement une affaire individuelle, elle est aussi collective* ».

3 ANALYSE DES DONNEES DE L'ENQUETE DE TERRAIN

3.1 Les différentes formes d'organisation des équipes de nuit

3.1.1 Gestion intégrée ou non intégrée ?

« *Les organisations ont le style que l'on mérite* »⁵⁶. Professionnelles, elles sont ancrées dans leur histoire. Aussi, il paraît tout aussi inconcevable pour un établissement psychiatrique de supprimer les équipes temps plein de nuit que pour un autre d'en mettre en place.

Cependant, sur les 13 établissements enquêtés, 2 sont organisés en horaires alternants, 7 en équipe temps plein de nuit et 4 en organisation mixte dont un en projet de mettre en place une équipe temps plein de nuit en parallèle d'une mise en pôle des services.

Le mode d'équipe dite non intégrée (donc des infirmiers en temps plein de nuit) semble prédominant. Il favorise tant l'amélioration des conditions de travail, la santé des agents que la qualité des soins. Par ailleurs, il permet une gestion sociale des effectifs et un positionnement stratégique du directeur des soins pour le décloisonnement des services. En la matière, la psychiatrie rompt avec sa pratique ancienne des «3X8» et se rapproche des soins généraux. L'argument étant que « *tourner de nuit crée une rupture dans la continuité des soins de jour, et cela pose un problème pour le système des infirmiers référents* »⁵⁷.

3.1.2 Modalités pratiques et continuité des soins

Dans tous les établissements enquêtés, l'organisation du travail est issue d'une négociation en équipe et basée sur des concepts éprouvés. Elle s'appuie sur différents éléments et répond fondamentalement au principe de continuité des soins 24h / 24h.

Item n°1 : les effectifs. La logique de qualité affichée pour 8 des établissements voudrait que le nombre global et la répartition journalière qualitative et quantitative des personnels correspondent à la charge de travail constatée dans une unité. Cependant, plusieurs facteurs concourent à complexifier ce raisonnement. Nous ne relevons aucun ratio

⁵⁶ ALGLAVE F., *Hôpitaux, cliniques : génération management*. Paris : Lamarre, 1993, 295 pages.

⁵⁷ Toutes les citations non référencées de l'analyse des entretiens de l'enquête sont des propos des personnes interrogées.

soignant / patient ou lit dans la constitution des effectifs de nuit. Cependant, une tendance de dégage : 2 soignants pour 20 lits, dont 1 AS quand il ne s'agit pas d'une unité isolée. Dans des pavillons de 30 à 40 lits répartis en 2 UF, la proportion d'AS peut augmenter à 3 pour 1, si 4 agents sont affectés au service de nuit. Pour des pavillons de 30 lits, les effectifs de nuit sont de 2 AS (une dans chaque UF) et 1 IDE «volant » sur les deux unités.

Item n°2 : la répartition des tâches. Elle est fondée à la fois sur les compétences professionnelles et sur la synergie des différentes fonctions. Cependant, les CSS et DS interrogés reconnaissent que certaines tâches sont fixes de nuit et donc réalisées quelque soit le personnel affecté. La notion de glissement de tâches n'est pas incongrue mais tous se défendent pour exprimer qu'une « *réflexion sur le sujet conduit à réduire ce problème* ».

Item n°3 : la sectorisation de certaines activités. Elle permet une optimisation des moyens et la reconnaissance de certaines compétences. Les établissements psychiatriques répartissent leurs admissions en fonction des pathologies et les soignants s'y spécialisent au long cours. Nous observons une tendance : dans les pavillons dits d'admissions, les effectifs tournent plutôt en «3X8» et dans les pavillons de prise en charge plus au long cours, les équipes temps plein nuit sont monnaie courante. Ces organisations mixtes sont liées plus à l'histoire des unités et des personnes affectées. En revanche, en soins généraux, nous ne pouvons établir de liens entre la sectorisation des activités et l'organisation des équipes. Les deux données semblent indépendantes et invariables l'une par rapport à l'autre.

Il n'y a pas de principe d'organisation unique et idéal mais des applications adaptées aux situations rencontrées.

Nous relevons que :

- ❑ La gestion des risques la nuit est toujours organisée par la Direction des soins ;
- ❑ La gestion des personnels de nuit (planning, formations, congés, etc) est assurée dans 11 établissements sur les 13 par un cadre de proximité, de jour ou de nuit ;
- ❑ La gestion des soins est dans un cas sur deux orchestrée par un infirmier ;
- ❑ Les soignants de nuit utilisent les mêmes supports pour l'organisation des soins que ceux de jour.

3.1.3 L'encadrement de nuit

Dans les modes d'organisation alternants, il n'y a pas de cadre de santé affecté à un poste de nuit dans deux cas sur trois. En revanche, s'il y a des équipes temps plein de nuit, un cadre de proximité, et parfois un cadre supérieur sont systématiquement affectés aux postes de nuit. Ces postes ont été mis en place par redéploiement des moyens pour favoriser la continuité de l'encadrement et le dialogue avec le personnel de nuit. Il s'agit

également d'optimiser une gestion des personnels et de répondre avec plus d'efficacité aux situations éventuelles d'absentéisme. Un bilan dans un des établissements enquêtés révèle que sur 584 interventions du cadre de nuit en 10 mois, 265 étaient issus d'un appel de soignant pour traiter une question de « ressources humaines » dans 32% des cas. Nous relevons également que 41% des interventions des cadres de nuit concernent directement la prise en charge des patients. En psychiatrie, il s'agit essentiellement de la gestion des admissions en placements ou par transferts non programmés. En soins généraux, plus de la moitié des tâches des cadres de nuit relèvent directement de la gestion des lits.

Le cadre de nuit allège la charge de travail administrative mais il est également « *une personne disponible qui apporte une aide relationnelle aux soignants* ». Il transmet également de l'information et réduit à sa façon l'isolement des infirmiers de nuit.

Selon une enquête réalisée auprès de tous les personnels soignants de jour, sur l'activité des cadres de nuit dans un des CHU enquêtés, il apparaît que pour 54% des agents, « *le cadre de nuit améliore la prise en charge des patients et leur sécurité* ».

Enfin, les cadres de nuit participent à certaines des activités de jour comme les conseils de services, de pôles ou les groupes d'expression directe. Nous notons également, que dans les 13 établissements explorés, aucun des Directeurs des soins n'a été en contact direct avec les cadres de nuit (cadres et cadres supérieurs) sur les 6 derniers mois. Cependant, les Directeurs de soins, chaque matin, soit consultent un « tableau de bord » ou une « main courante » de la nuit, soit reçoivent un cadre qui a fait la transmission orale avec au moins un agent de nuit chargé d'une coordination sur ce temps de travail.

3.2 Management des agents de nuit

Pour traiter les items de l'enquête relatifs au rôle de la Direction des soins, nous avons gardé à l'esprit que la recherche d'une taylorisation des soins et d'une organisation optimale des ressources humaines conduit à des démarches de rationalisation du temps de travail à l'hôpital. Nous pensons que la prospection d'efficacité et de nouveaux modes de gestion des équipes est un but qui doit permettre, entre autres, de rompre les traditions institutionnelles pour améliorer les prestations rendues aux patients.

3.2.1 GPEC : évolution des emplois de nuit

La gestion prévisionnelle des emplois s'inscrit dans une logique de progrès permanent collectif et individuel. C'est l'outil même de la dynamisation sociale qui interpelle tous les niveaux de la hiérarchie. Elle impose anticipation et vision prospective de la part des gestionnaires des ressources humaines. La GPEC est citée 10 fois dans notre enquête, soit par 100% des Directeur de soins.

Par ailleurs, les réponses de nos entretiens, nous ont permis de dresser le profil type de l'agent de nuit.

En 1981, une enquête du Comité d'Hygiène et de Sécurité de l'Assistance Publique de Paris révélait en 1981 que « *le personnel de nuit est essentiellement féminin, marié, avec des enfants et âgé de moins de quarante ans* ».

En 2003, le profil type⁵⁸ du soignant de nuit en psychiatrie est une ISP âgée de 31 à 40 ans, mariée, dont le conjoint travaille également en équipe mais n'effectue pas des nuits. Elle a des enfants, travaille à 100% et son ancienneté est de 1 à 5 ans. Elle souhaite travailler exclusivement de nuit car elle apprécie ce travail et le justifie pour des « raisons personnelles », mais aussi parce que l'ambiance de la nuit est plus calme et que le contact, la relation avec les patients est plus aisée et propice à des soins de qualité. Elle se sent disponible pour les patients et en plus cela lui offre la possibilité d'avoir plus de temps en journée pour s'occuper de sa famille, de sa maison, de sa vie sociale.

En 2005, soit plus de vingt ans après la première étude citée, nous retrouvons le même profil dans notre enquête.

Par ailleurs, les deux cadres et l'IDE interrogés relèvent de la part des agents de nuit : « *un manque d'empressement à s'impliquer dans le travail de jour* ». Cette attitude est associée également à un sentiment d'isolement, de « non-appartenance » à l'équipe soignante et de « *sous évaluation du travail effectué* ».

Nous notons également que 50% des enquêtés pensent que le travail de nuit à long terme peut avoir des incidences sur la carrière et donnent les raisons suivantes :

- ❑ « *il est difficile d'obtenir un nouveau poste car le travail de la nuit n'est pas reconnu* »,
- ❑ « *il y a peu de promotion possible dans le service de nuit* »,
- ❑ « *le travail de nuit est peu valorisé par la hiérarchie* »,
- ❑ « *il y a moins de gestes techniques et la pratique se perd* »,
- ❑ « *l'équipe de nuit a peu de contacts avec le personnel de jour et est oubliée de la plupart des projets* ».

En termes de qualifications, nous constatons une augmentation des AS affectées aux postes de nuit en psychiatrie, alors que cette tendance est plutôt stable en soins généraux. De fait, les soins de nuit sont différents.

En outre, l'affectation à des postes de nuit est de plus en plus courte. Même si certains soignants « *ont toujours travaillé de nuit* » (34 ans dans un établissement), il faut reconnaître une mobilité plus importante et des retours spontanés aux horaires alternants.

⁵⁸ Etabli en 2003 auprès de 448 soignants d'un établissement.

Probablement que les emplois de nuit ont évolué sur les vingt dernières années en fonction des qualifications. Dans le contexte des pénuries des années 70 et 80, une déqualification des postes infirmiers s'est opérée au profit des aides soignants sur les emplois de nuit. Puis la mise en œuvre des démarches d'accréditation dès les années 90 a conduit les établissements à s'interroger sur la sécurité des soins et entre autres sur les compétences et qualifications disponibles pour tous les temps de la prise en charge. Ces dynamiques ont engagées des rééquilibrage d'effectifs. Par exemple, un des établissements enquêtés a procédé en dix ans à la transformation de 117 postes AS en postes infirmiers, notamment au sein des équipes fixes de nuit.

3.2.2 Formation continue des agents de nuit

Toutes les personnes interrogées s'accordent pour confirmer que les soignants de nuit participent peu aux actions de formation continue autres que celles relatives à la sécurité (dont la formation « Incendie » obligatoire).

L'absence de participation des agents exerçant exclusivement de nuit aux formations continues est un problème en soit qui les contraint dans un isolement de la dynamique institutionnelle. De plus, la réactualisation des connaissances n'est alors pas possible.

3.2.3 Fiches de postes et profils de fonction

Dans aucun des établissements enquêtés des fiches de postes ou profil de fonction sont établis spécifiquement pour les agents de nuit si ce n'est pour le cadre de nuit.

Cependant, 8 sur les 13 mentionnent le terme de « polyvalence » comme élément incontournable d'un profil de fonction. Qu'ils soient infirmiers ou aides soignants, les agents de nuit ne doivent pas spécifiquement être qualifiés mais « *disposer d'une compétence à la polyvalence* ».

Une polyvalence de qualité exige d'une part des professionnels qu'ils soient compétents, et d'autre part un management qui leur permette d'atteindre un niveau de compétence qui soit compatible avec la polyvalence attendue.

La polyvalence infirmière est un choix managérial pour les établissements hospitaliers qui se sont engagés dans une démarche continue de la qualité et qui ont de fait le devoir de donner les moyens aux professionnels d'améliorer leurs pratiques et de développer davantage de compétences afin qu'ils acquièrent un niveau de professionnalisme qui soit en adéquation avec leurs attentes.

L'organisation de la polyvalence est un des moyens que le cadre a à sa disposition pour aider au développement des compétences des agents. C'est de son ressort et de sa responsabilité.

Nous estimons que la combinaison de dispositifs tels que les organisations de travail, le management, la gestion des ressources humaines et la formation continue a des effets formateurs qui participent à l'efficacité de la polyvalence.

Enfin, l'absence de profils de fonctions peut-il favoriser le décroisement, privilégier l'intelligence collective, développer des procédures et protocoles de soins infirmiers identiques à plusieurs services, organiser et instaurer un fonctionnement commun de manière à faciliter la polyvalence ?

Par conséquent, une polyvalence réfléchie, planifiée et managée en fonction des compétences effectives des agents, ne profite pas seulement à l'institution, mais aussi aux patients qui sont assurés d'une qualité et d'une sécurité des soins, et aux soignants eux-mêmes qui progressivement, construisent leurs parcours professionnels.

Il s'avère que les organisations de travail s'imposent comme un levier stratégique de l'efficacité et de la compétitivité des établissements de santé qui sont inscrits dans une démarche qualité. Celle-ci a pour objectif d'assurer au moindre coût, une continuité et une sécurité des soins prodigués aux patients. Mais pour atteindre cet objectif de qualité que demande la modernisation du service public, l'encadrement a l'obligation de donner les moyens aux agents de dépasser leurs qualifications en développant des compétences pour accéder à une polyvalence efficiente. Celle-là même qui pourrait être inscrite par la Direction des soins dans les fiches de postes et profils de fonctions des soignants de nuit.

3.3 Les besoins des patients la nuit

« Infirmiers, veilleurs, il s'agit toujours de prendre soin du sommeil des patients, de veiller sur la qualité de leurs nuits. »⁵⁹

Une enquête⁶⁰ réalisée en juillet 1992 au CHR de Bordeaux montrait que « sur 41 types de soins infirmiers répertoriés, 15 sont habituellement effectués, le jour, par les aides-soignants. La nuit, les soins sont globalement moins « techniques ». De ce fait, ils sont ressentis par les soignants comme moins valorisants. A contrario, les soins relationnels prennent toute leur dimension la nuit. »

Par ailleurs, précisons que les soins relationnels et éducatifs se répartissent préférentiellement au niveau du rôle propre de l'infirmière :

- ❑ 94.30% de soins éducatifs
- ❑ 96.07% de soins relationnels⁶¹.

Nous relevons deux éléments significatifs : les soins infirmiers dispensés la nuit sont aussi nombreux et variés que les soins effectués dans la journée, contrairement à des idées reçues et l'appellation « veilleuse de nuit », fréquente encore de nos jours, minimise le rôle et les compétences de l'infirmière de nuit.

⁵⁹ FRIARD D., colloque organisé par ERAP Formation : "Le service de nuit dans tous ses états" les 12,13,14 mai 1998 à Paris.

⁶⁰ Enquête publiée dans *Objectif Soins*, n°21, mars 1994.

Donc, il faut retenir que :

- ❑ Les besoins des patients la nuit sont centrés sur la qualité de leur sommeil ;
- ❑ « *Le monde de la nuit* » crée un besoin de sécurité que le patient attend de trouver chez le soignant ;
- ❑ Les besoins des patients la nuit engagent les soignants dans des soins essentiellement relationnels ;

Dans notre enquête, à la question : « Quels sont les soins la nuit ? », nous obtenons les réponses suivantes :

Items	Nombre de citations
Prise en charge des situations d'angoisse	12
Prise en charge des troubles du sommeil	11
Prise en charge des patients incontinents	8
Gestion des admissions	7
Distribution de médicaments	7
Surveillance	7
Confort des patients	6
Prendre soin du sommeil des patients	1
Répondre aux demandes d'information des patients	1

Tableau 3 : Les soins la nuit ?

3.4 Les objectifs de soins dépendants de l'organisation du travail

Cela nous rapproche des théories de l'analyse fonctionnelle. Dans un premier temps il convient de déterminer les objectifs poursuivis par une organisation et dans un deuxième temps établir dans quelle mesure l'organisation peut répondre à ces objectifs.

Dans notre sujet, nous sommes confrontés à une organisation relativement unitaire, poursuivant un objectif prioritaire : la prise en charge du patient la nuit. Cependant, l'analyse des entretiens fait apparaître d'autres objectifs : la protection des patients (que nous lions à la prise en charge globale), mais aussi la recherche et la formation professionnelle des agents.

Aussi, il semble évident que les objectifs de soins formulés par les équipes pluridisciplinaires soient dépendants à la fois des projets institutionnels que des moyens disponibles pour les atteindre. Si l'organisation du travail est considérée comme un moyen, il va de soit que les objectifs poursuivis pour les patients la nuit y sont complémentaires. Par exemple, la programmation d'entretiens infirmiers entre 21h et 23h, parce que cela s'inscrit dans un plan de soins, n'est possible que si d'une part les infirmiers référents travaillent régulièrement de nuit et d'autre part que si la planification des soins le prévoit. Pour les Directeurs des soins et cadres interrogés, la programmation

⁶¹ Revue : *l'Infirmière Enseignante*, n°2 et 3, 20^{ème} année, février et mars 1990.

d'entretiens infirmiers la nuit par exemple ne peut se faire dans une organisation en horaires alternants.

3.5 La planification des soins

Dans 5 établissements psychiatriques, nous avons pu consulter les tableaux de planification murale des soins. Pour aucun, les heures de 21h à 5h n'apparaissent.

Bien que l'échantillon soit très petit pour une analyse objective, il nous semble tout de même intéressant de relever ce point : si les horaires de la nuit n'existent pas dans une programmation de soins, dans quelle mesure le temps de la nuit est-il un temps de soin ?.

A contrario, dans ces mêmes établissements, des soins devant être réalisés à heures fixes sont mentionnés pour décrire l'activité de la nuit. De ce fait, cette absence visuelle sur la planification murale ne nie pas la dimension soin des services mais renvoie uniquement à un autre mode d'organisation.

Cependant, nous estimons qu'il ne peut y avoir de différences entre le jour et la nuit en la matière. Si les soins de nuit doivent être pleinement intégrés à la prise en charge globale du patient et à son évaluation, il semble opportun de les programmer sur les mêmes supports.

En soins généraux, et principalement dans des services de haute technicité, cette question ne se pose pas. En psychiatrie, la continuité des soins, sur ce point, repose sur les transmissions inter équipes, souvent orales. En effet, les transmissions ciblées n'étaient utilisées que dans un établissement et les « cahiers de rapport » prenaient encore la place sur le « dossier de soins » dans la fiabilité des informations opérationnelles nécessaires à une équipe.

Nous soutenons que les outils du travail infirmier doivent au sein d'un établissement être identiques à la fois entre les services mais aussi entre les équipes, qu'elles intègrent ou non celles de nuit. Pour nous, une Direction des soins doit être garante de la continuité des soins. Celle-ci se construit entre autres par des outils comme le dossier de soins infirmiers, la planification des soins, les transmissions ciblées ou les plans de soins informatisés. La cohésion des pratiques est une solution à la continuité des soins. Associée à la continuité des compétences, nous pensons qu'elle répond à la qualité des soins visée.

3.6 Les conditions de travail, gage de qualité des soins

Dans plusieurs établissements psychiatriques, les conditions de travail ont été nettement améliorées par la mise en place d'une équipe de sécurité. 67% des soignants de l'établissement n°9, le certifient et précisent que la mise en place simultanée de BIP y est fondamentale. Nous relevons aussi que le recours à l'équipe de sécurité se situe principalement au moment des incidents de violence et ceux-ci sont peu nombreux durant

les heures de nuit. Un rapport annuel concernant les incidents déclarés suite à des actes de violence en témoigne⁶².

	2000/2001	2001/2002	2002/2003
De 8 h à 10 h	17%	15%	16%
De 10 h à 12 h	15%	13%	20%
De 14 h à 18 h	30%	34%	23%
De 21 h à 6 h	6%	10%	10%

Tableau 4: répartition des actes de violence par tranches horaires.

Il n'y a donc que 10% des actes de violence qui surviennent durant les veilles de nuit et dans 90% des cas, l'acte d'agression ne se produit pas au moment de l'admission d'un patient. La crainte de la solitude la nuit au moment des admissions n'est donc pas en corrélation avec les actes de violence recensés. Par ailleurs, dans 26% des cas, ces actes ont eu lieu alors que le taux d'occupation des lits était de plus de 100%. Cette situation ne s'observe jamais la nuit, puisqu'il n'y a d'hospitalisé qu'un nombre de patients équivalent au nombre de lits. En revanche, en journée, il peut parfois y avoir plus de patients que de lits en raison d'un «chassé-croisé» des entrées et de sorties mal coordonnées.

Cependant, dans 60% des cas d'incidents, il n'y avait au maximum que deux soignants présents dans l'unité avec les patients et en 2002/2003 dans 58% des cas, un de ces agents était un homme. De même, la nuit, les effectifs de personnel dans les services sont dans les mêmes rapports. Si le ratio moyen observé dans la journée peut être de 1 infirmier pour 5 patients, dans ¼ des situations, la nuit il n'y a que 1 infirmier pour 15 patients en moyenne. Pour certains agents, ceci est source d'angoisse et les requêtes exprimées de renforcer l'effectif des postes nocturnes est justifiée par ces arguments : une trop grande responsabilité ainsi qu'une charge mentale et physique trop lourde. La capacité pour certains soignants à supporter le travail de la nuit dans ce contexte est limitée.

Quelle que soit l'activité soignante réalisée, déléguée ou relevant du rôle propre, l'infirmière garde l'initiative des soins dont elle demeure garante. Cette dimension de responsabilité n'est pas assumée de façon équivalente par tous les professionnels et certains y parviennent davantage dans des organisations où les prises de décisions peuvent être partagées. De plus, toute démarche infirmière s'inscrit dans une organisation

⁶² Rapport annuel de l'établissement n°9 concernant les incidents déclarés suite à des actes de violence envers le personnel de l'établissement pour les périodes du 1^{er} mars 2001 au 28 février 2002 et du 1^{er} mars 2002 au 28 février 2003, diffusé par le groupe de travail «prévention et lutte contre les actes de violence» en juin 2003.

de soins en équipe pluridisciplinaire. Bien plus encore en psychiatrie, et les soignants sont formés dans ces perspectives.

Par ailleurs, nous notons également que le vocabulaire a changé : le terme de « veille » tend à disparaître dans les expressions professionnelles. La réflexion sur les conditions du travail de nuit peut également évoluer. Tout comme l'aménagement des locaux ou l'équipement spécifique devraient pouvoir être abordés sans tabou.

Longtemps, les équipes soignantes n'ont pu solliciter un fauteuil relax, par exemple, sans subir les préjugés négatifs de leur hiérarchie. L'interprétation réductrice qu'un fauteuil confortable ne puisse être qu'un moyen de dormir la nuit est véritablement révolue. La « veille de nuit » est un temps de travail. La dissocier en termes d'organisation, du roulement des équipes postées, est sans doute une manière de reconnaître l'évolution de la notion de veille à celle de travail.

Mais ce qui prime est l'alimentation. Les soignants souhaitent des repas la nuit.

La relation entre travail de nuit et alimentation a été étudiée au sein d'un échantillon de 469 infirmières, qui ont été suivies et interrogées successivement en 1980, 1985 et 1990⁶³. L'alimentation est plus fréquemment perturbée lors des horaires de nuit que lors des horaires de jour, aussi bien au niveau de la prise alimentaire journalière, que de la composition des repas, de l'heure et de la fréquence des repas. Par contre, les consommations de café et de tabac ne sont pas systématiquement associées au travail de nuit. Comme les perturbations de l'alimentation induites par le travail de nuit pourraient augmenter le risque de diverses pathologies, en particulier digestives, les résultats de l'enquête citée confirment l'importance de la prévention et de l'information pour une bonne hygiène alimentaire parmi les personnes exerçant de nuit. Tout autant, la prise d'un repas équilibré durant un poste de nuit relève d'une action prophylactique si elle s'inscrit dans une répartition globale des repas sur une journée.

C'est un fait, les conditions de travail ont une incidence directe sur l'engagement d'un agent à son service. Si les conditions de sécurité, de réduction des actes de violence en psychiatrie, de confort d'exercice, de prise en compte par l'encadrement des nuisances physiques du travail de nuit, sont considérées de façon favorable pour les soignants de nuit, leur implication sera plus efficiente dans les soins, et la qualité de ces derniers en sera améliorée.

Bien évidemment, et comme le précise 5 des personnes interrogées dans notre enquête, ceci est d'autant plus vrai que cela ne concerne pas que les agents de nuit, mais l'ensemble du personnel d'un établissement. L'amélioration des conditions de travail, bien

⁶³ Enquête publiée dans la revue : *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, n°57, 1996.

au delà d'une démarche sociale et de santé, est une gageure pour la qualité du service rendu.

3.7 La qualité des soins de nuit reposant sur les motivations des agents de nuit

Pour 8 établissements, la qualité des soins est directement liée à la nature des tâches réalisées et elle repose sur la motivation. Notre analyse requiert une approche théorique.

Il est établi dans la plupart des travaux des psychologues du travail que les caractéristiques de la tâche (autonomie, variété, considération) ont une influence sur l'assiduité au travail plus déterminante que l'influence des facteurs externes à la tâche (conditions physiques, rémunération contrôle, mode de commandement).

Cette affirmation rejoint en partie la théorie de la motivation de F. HERTZBERG⁶⁴ qui met en évidence l'importance de la tâche elle-même, du contenu du travail comme source de motivation.

Le rôle moteur du travail relève de trois dimensions :

- La variété des aptitudes et des capacités mises en jeu dans la tâche ;
- L'identité de la tâche, c'est à dire la possibilité pour chaque travailleur d'identifier le travail qu'il fait lui même ;
- La valeur de la tâche, c'est à dire son importance et son utilité aux yeux de celui qui l'accomplit.

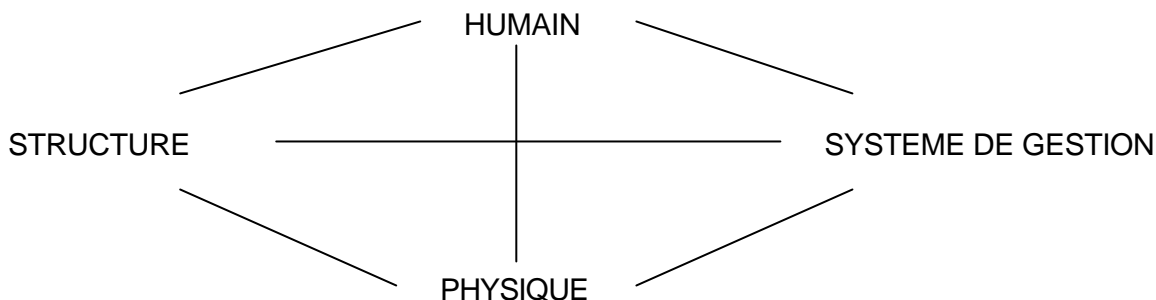
Nous pouvons retenir que « *la motivation dépend de l'individu* ». Donc, que l'activité professionnelle permet de satisfaire des besoins très variés et que la possibilité de satisfaire ces besoins est une source de motivation au travail. Ensuite, la motivation dépend de l'environnement. En effet, il apparaît indispensable de faire correspondre la culture organisationnelle, les conditions de travail, et la politique du personnel ; ces paramètres rassemblés permettent de tenir compte, à la fois, de ce que recherchent et valorisent les membres du personnel, et des moyens choisis par l'encadrement pour stimuler la motivation.

Nous observons que tout à chacun attribue de la valeur aux résultats de son travail. Plus la valeur sera élevée, plus la performance, l'efficacité le seront. Cette théorie classique et cognitiviste s'applique aux soignants et à la qualité des soins, et les propos tenus par les personnes enquêtées le confirment.

⁶⁴ HERTZBERG F., cité par SALANNI M., enseignement de DEA, ULP, Strasbourg, 2005.

3.8 Synthèse générale des apports théoriques et de l'enquête

Le concept d'organisation peut se définir par ses composantes :



Source : LIVIAN Y.F., *Organisation : théories et pratiques*, Dunod, 1998

Une organisation doit être relativement durable, présenter une division des tâches et des règles de fonctionnement. Une organisation ne peut exister sans le support d'une structure, d'un certain nombre d'actifs physiques (service, ordinateurs, dossiers, ...) et d'un système de gestion et de pilotage.

Le rôle du directeur des soins dans la gestion des équipes postées de nuit se situe autour de ses composantes.

Dans ce chapitre, nous établissons par thèmes un lien entre le cadre conceptuel et les propos analysés de notre enquête de terrain.

3.8.1 Les systèmes de gestion du travail de nuit

Les caractéristiques du travail de nuit et des soins de nuit sont indéniablement d'une grande diversité en raison des secteurs d'activités, des effectifs soignants, des organisations, des rythmes et du contenu même du travail. On observe une disparité de l'offre de soins, des moyens et des pratiques et celle-ci influe sur la qualité des soins.

De ce fait, les systèmes de gestion du travail de nuit sont tout aussi divers. Ils dépendent inévitablement des individus qui composent l'organisation dans laquelle ils sont imbriqués. L'histoire de chaque établissement porte les arguments d'un système de gestion immobilisé par les habitudes.

Pour un même système, qu'il soit intégré, non intégré ou mixte, l'analyse des fonctionnements révèle des enjeux et contraintes équivalentes pour chaque acteur. Les relations de pouvoirs générés dans chaque situation sont tout autant liées à la spécialisation dans des compétences pour les soignants travaillant exclusivement de nuit que par le contrôle de l'environnement pour les agents exerçant en horaires alternants et pouvant alors s'engager dans la vie institutionnelle. L'utilisation de règles organisationnelles telle que l'autogestion de l'absentéisme ou la semi autonomie des soignants en équipes non intégrée, est observée dans tous les établissements.

Les systèmes de gestion du travail de nuit ne relèvent pas directement de la Direction des soins. C'est à dire que la délégation est très formalisée et centrée sur les cadres de

proximité, qu'ils soient de jour ou de nuit. Exceptée la gestion des risques, qui reste une activité des Directeurs des soins.

Enfin, le travail de nuit est encore le « parent pauvre » de l'organisation des soins. Le manque de communication, de lien, d'articulation avec le jour est une source de difficulté. L'isolement du service de nuit, en dépit des supports techniques modernes de communication enlisse les soignants dans une autonomisation qui en dehors d'une réflexion institutionnelle nuit à la continuité soignante, médicale, administrative et technique.

3.8.2 La structure des soins de nuit

Même si pour certains, le soin est le même de jour comme de nuit, les gestes du jour sont les mêmes que ceux de nuit, la spécificité des soins de nuit semble une idée incontournable et indubitablement liée au contexte. De ce fait, le mode d'organisation conduit les soignants à s'engager différemment dans leurs fonctions et à dispenser par conséquent des actes de soins de qualité variable.

Quand à la qualité des soins la nuit, elle est supposée mais peu évaluée objectivement. Les indicateurs sont souvent « personnalités dépendantes » bien que le relevé des observations de nuit dans le dossier de soins, la planification des soins ou la quantification du temps passé avec le patient soient des critères communs et tacitement partagés entre tous les professionnels.

En fait, la qualité des prestations rendues aux patients est régulièrement estimée par défaut en regard des dysfonctionnements relevés par les cadres de nuit.

Les soins de nuit sont principalement relationnels. En psychiatrie, la relation thérapeutique est une relation d'aide qui permet l'accompagnement du sommeil du patient. La prise en charge des situations d'angoisse ou d'agressivité se fait avec d'autant plus de facilité par les soignants que ceux-ci ne se sentent pas en insécurité ou que leurs conditions de travail permettent une disponibilité sans faille auprès des patients.

Nous retiendrons enfin que la structure des soins de nuit se définit à partir de quatre actions :

- Les rondes systématiques ;
- La surveillance ;
- Les urgences ;
- La relation.

3.8.3 Des dispositifs au service de la continuité des soins

La continuité des soins repose sur un projet de soins. Elle est portée par une équipe pluridisciplinaire.

Bien que les professionnels reconnaissent que « *la nuit prépare le jour et le jour prépare la nuit* », la complémentarité entre les équipes de jour et de nuit est un enjeu à la charge

de la Direction des soins. A ce titre, nous observons qu'aucun projet de soins ne mentionne la spécificité des soins de nuit. Dans le même ordre d'idée, l'organisation de temps de chevauchement ou la prise en compte des horaires auxquels sont fixés les réunions ne semblent pas une préoccupation de l'encadrement. Le travail de nuit apparaît au mieux dans le projet social des établissements en termes d'amélioration des conditions de travail.

Cependant, les sociologues nous enseignent que le seul moyen pour les hommes de poursuivre un but commun est de coopérer. Pour cela des temps de communication doivent être formalisés.

L'évolution des soins infirmiers à l'hôpital oblige les professionnels à écrire et à concevoir des outils pour le faire. Il s'agit de faire face à la technicisation des soins, à la complexification des traitements, à la diversification des intervenants et des services, concernés par le traitement d'un même malade pendant un séjour court. A ce nouveau contexte, la brièveté du séjour de la personne soignée hospitalisée est un phénomène récent issu des changements auxquels l'hôpital a dû faire face sous les pressions socio-économiques. De plus, l'évolution des mentalités et des besoins de la population qui veut être mieux soignée, le développement du consumérisme ont une influence sur la pratique des soins infirmiers et leur écriture. Le chemin clinique du patient est soumis à ces contraintes et le mode d'organisation des équipes postées, intégrant ou non des temps de transmissions, influe considérablement sur la qualité et la continuité des soins.

Le dossier de soins est l'outil de synthèse capital qui participe à la continuité des soins entre le jour et la nuit.

3.8.4 Les caractéristiques des soignants de nuit

Pour travailler la nuit, la compétence, le discernement et l'aptitude à l'écoute de l'autre sont indispensables, car confrontée à ces exigences, l'infirmière de nuit doit faire face à d'autres situations liées à la nuit.

- ❑ La solitude ;
- ❑ Le clivage jour/nuit au sein des équipes ;
- ❑ Le manque de considération des travailleurs de nuit ;
- ❑ Les troubles biologiques (sommeil, alimentation, vie familiale et sociale).

En psychiatrie, nous l'avons vu, les habitudes asilaires facilitent en un sens la continuité des soins. Les ISP, et plus globalement les infirmiers et les aides-soignants travaillent auprès du patient dans « *l'être là* ». Ancrés encore dans la notion de cadre unique, ils engagent les démarches de relation d'aide en regard d'un projet de soin porté en équipe pluridisciplinaire et à tous les temps de l'hospitalisation.

Comme l'écrit Anne PERRAUT-SOLIVERES, « *la nuit est ce moment où les normes, les structures, les rites, le temps même semblent disparaître, et laisser place à la sensation*

que tout peut arriver: la mort qui rôde et qui ne se décide pas, ou qui se trompe parfois de malade. C'est le moment du vide, de l'aventure, de l'inattendu, mais aussi celui de la liberté et d'une plus grande disponibilité envers les patients. » Les caractéristiques du soignant du nuit s'inscrivent dans ce savoir de la nuit.

Les résultats de notre analyse montrent que la qualification de l'agent de nuit n'a pas tant d'importance que sa compétence à la polyvalence. S'il est indéniable qu'un niveau de qualification infirmier doit être défendu au détriment d'une démultiplication des postes d'aides soignants, ce n'est qu'en regard d'une optimisation des fonctionnements. En effet, un infirmier peut réaliser des tâches relevant des aides soignants mais inversement, le glissement de tâches est condamnable dans les démarches de qualité imposées par les évaluations des établissements. Pour autant, cette logique ne conduit pas à une déqualification proprement dite du travail de nuit. Ceci étant, nous observons que des agents affectés au long cours sur des postes de nuit se désengagent de la vie institutionnelle, des formations continues et d'une idée d'évolution de carrière.

Enfin, le soignant de nuit doit être capable de s'inscrire dans un travail moins standardisé et plus pénible. Mais les conditions de travail, véritable enjeu social des DRH associées aux Directions des soins en ce qui concerne les unités d'hospitalisation, représente un double enjeu : elles favorisent d'une part la motivation des agents, garante d'une qualité des prestations rendues au patient et, d'autre part, elles permettent la valorisation des agents par la reconnaissance de leurs contraintes.

Enfin, nous l'avons vu, la compétence est mise en œuvre dans les situations professionnelles. Plus un soignant travaille de nuit et plus il a la possibilité de développer des compétences spécifiques. Mais la compétence doit être évaluée, validée et doit évoluer. Ceci est de la responsabilité de l'encadrement de proximité.

4 VERIFICATION DES HYPOTHESES ET PROPOSITIONS D'ACTIONS POUR UNE DIRECTION DES SOINS

Lors d'une réflexion sur la réorganisation des postes dans un hôpital, il ne s'agit pas uniquement de prendre en compte la santé des soignants au travail mais également les problèmes de responsabilité envers le malade. Bien souvent, nous regrettons de constater *a posteriori* que le patient est peu considéré dans les projets managériaux. Comme une préoccupation reléguée au statut secondaire, le malade, bien qu'il justifie l'existence de toute l'activité soignante, n'est pas d'emblée pris en compte parce que la gestion des ressources humaines a tendance à s'accommoder de son propre objectif. Elle s'invente des logiques de fonctionnement et tend, dans la mesure du possible, à s'adapter aux changements environnementaux. Elle se sédimente parfois dans des systèmes autocratiques et ne reconsidère ses changements que sous l'impulsion de cadres

innovants ou même sous la pression revendicative des personnels ou des associations d'usagers. Au final, ces derniers peuvent être de moins en moins satisfaits et défendent leurs intérêts en déployant l'injonction que les prestations doivent les contenter et qu'en ce sens, les gestionnaires de l'institution doivent se donner les moyens d'y parvenir. La GRH hospitalière s'inscrit dans cette spirale et est l'un des éléments pouvant permettre le changement de l'hôpital.

Cependant, celle-ci ne peut se départir des incidences de ses modifications sur les services qu'elle rend. La dimension humaine de toute gestion d'équipe s'intéresse assurément à la santé et au bien-être des agents au travail et des répercussions sur leur disponibilité pour leurs tâches. Oserions-nous ainsi établir l'équation selon laquelle plus un agent est satisfait de son poste, plus il dispense des soins de qualité au patient ?

Par ailleurs, il est reconnu que l'imbrication des désordres occasionnés par le travail de nuit nous indique que les rythmes circadiens sont synchronisés pour les horaires de travail d'une part et par les horaires de la vie familiale et sociale d'autre part. Le travail d'un étudiant cadre-infirmier en fait état⁶⁵

En ce sens, c'est l'ensemble du problème posé par le travail de nuit qui demande une approche compréhensive pluridisciplinaire, un plan d'analyse et une démarche intégrée dans la conception des systèmes de travail et d'horaires.

L'enjeu poursuivi est sans conteste la formulation et l'application d'une politique d'ensemble pour réduire l'ampleur des pratiques diverses du travail posté. La réflexion sur les modes organisationnels peut prendre en compte les mises en œuvre d'aménagements propres aux diverses situations individuelles.

Nous avons envisagé diverses actions pouvant répondre aux problématiques énoncées.

- ❑ La mise en œuvre d'une mobilité interne peut permettre de générer une dynamique au sein du service de soins favorisant le développement des aptitudes individuelles et collectives.
- ❑ La flexibilité des postes est possible par des reclassements internes centrés sur les compétences des agents.
- ❑ La professionnalisation des postes peut s'opérer quelles que soient les positions hiérarchiques si les individus s'engagent dans une réflexion collective.
- ❑ Professionnaliser une pratique nécessite l'identification des besoins en formation et l'élaboration de parcours qualifiants.
- ❑ La mutualisation des connaissances et des moyens au sein du service infirmier génère une dynamique collective propice à l'amélioration de la qualité des soins.

- ❑ La mise en place de coopérations stratégiques visant l'amélioration des prestations rendues aux patients par une mutualisation des ressources est possible en intégrant une évaluation des actions dans un cadre pluriannuel.
- ❑ Concevoir des modes de régulation interne pour ne pas installer dans la durée des dysfonctionnements est un moyen d'optimiser les ressources humaines.
- ❑ L'assujettissement des cadres de proximité à des démarches de résolution de problèmes et d'évaluation continue des objectifs est une manière de donner du sens au travail dans les services de soins.
- ❑ La mise en place de formes de valorisation des compétences est un moyen de développer les motivations individuelles et d'améliorer la qualité des soins.

Nous retiendrons que les pistes à explorer pour optimiser les ressources humaines et tendre vers une véritable qualité des soins sont nombreuses et que toutes sont interdépendantes. Notre volonté de professionnaliser le temps de travail de nuit n'est qu'une étape parmi d'autres pour atteindre cet objectif.

4.1 Hypothèse principale

Le lien entre « organisation » et « qualité » est démontré.

La qualité est dépendante de la coordination des activités qui sont de plus en plus spécifiées, requérant des compétences individuelles ou collectives. Le décloisonnement des secteurs d'activité par des transversalités qui assurent la cohérence générale de la production des soins, en préservant l'efficacité et la sécurité constitue un axe qualité.

Les prestations rendues aux patients la nuit sont pensées dans un processus qui associe les spécificités du travail de nuit et la prise en charge globale au regard du projet de soins. Cette démarche intègre les compétences individuelles dans un système collectif efficient. L'organisation est en cohérence avec la stratégie et engage les cadres hospitaliers dans un management qui responsabilise et valorise les soignants à tous les niveaux.

Par notre recherche, nous avons discerné deux axes de qualité des soins :

- ❑ La qualité des soins portée par la continuité d'un travail réalisé par une seule et même équipe au sein de laquelle les ISP, IDE et AS exercent en «3X8» dans une habitude institutionnelle. Cette organisation est essentiellement observée en psychiatrie et s'inscrit dans la culture soignante des ISP.
- ❑ La qualité des soins issue d'une spécialisation des soignants de nuit, motivés par le temps de la nuit et engagés à court terme dans les projets institutionnels et de

⁶⁵ METZINGER C., *Réflexion sur le travail alternant et le travail de nuit dans un centre hospitalier spécialisé*, Mémoire de l'École des Cadres Infirmiers de Secteur Psychiatrique du Centre Hospitalier Spécialisé de Brumath, Promotion 1990-1991.

soins au bénéfice de prise en charge efficaces. Cette organisation est ancienne en soins généraux et tend à disparaître.

La mise en place d'équipe temps plein de nuit peut de ce fait améliorer la qualité des soins si celle-ci s'associe d'une politique managériale valorisant la polyvalence, l'autonomie et la responsabilité des soignants.

Notre hypothèse principale est donc partiellement confirmée.

Nous retiendrons que le schéma organisationnel le plus pertinent en psychiatrie est un système mixte. Des équipes alternantes dans les services d'admissions et des équipes « temps plein » de nuit dans les autres services de soins. Ces équipes doivent alors être affectées exclusivement de nuit sur des périodes prédéterminées et avoir la responsabilité de missions particulières pour valoriser leur exercice. Dans les deux cas, les spécificités de la nuit doivent être intégrées aux projets de soins et à leurs misent en œuvre.

4.2 Hypothèse n°2

Sans conteste, il faut dans toute organisation, des salariés toujours mieux formés, possédant non seulement des savoir-faire mais aussi des savoir-être, pour être autonomes et prendre des initiatives. Dans ce cadre là, la gestion par les compétences est un objectif visé par l'encadrement. Mais faut-il sans cesse élever les compétences ou ne vaut-il pas mieux changer les organisations ? Et la gestion des compétences n'est-elle pas une manière de justifier une individualisation des carrières en écartant toute réflexion collective sur les organisations du travail et les qualifications ?

Les formes d'organisations du travail de nuit à l'hôpital sont encore inscrites dans le taylorisme. La polyvalence des soignants a pu malgré tout s'y développer, car elle n'interdit pas la parcellisation des tâches.

Pour Marcelle STOOBANTS⁶⁶, le processus de reconnaissance des qualifications consiste à accorder plus de valeur à la réalisation de telle tâche plutôt qu'à telle autre et à laisser dans l'ombre des compétences pourtant mises en œuvre. Aussi, qualifier le travail des soignants de nuit serait en ce sens, évaluer les tâches réalisées sans tenir compte des compétences validées par les diplômes ISP, IDE ou AS.

Notre idée de valoriser le travail de nuit des soignants en définissant les compétences nécessaires pour ce faire oscille notamment entre une nécessité de lister les qualifications construites par la réalisation de tâches pratiquées régulièrement et l'évaluation en situation de travail des agents affectées à ces tâches. Mais, en regard d'une qualité des soins prônée par l'évaluation des pratiques et des compétences comment définir le mode

⁶⁶ STOOBANTS M., *Savoir-faire et compétences au travail, une sociologie de la fabrication des aptitudes*, Université de Bruxelles, 1993, citée dans *Alternatives économiques*, « La formation continue », n°21, mars 2002.

d'organisation des équipes postées (« temps plein nuit » ou « alternant ») qui répondra au mieux à toutes ces contraintes ?

L'hypothèse selon laquelle la prise en compte des compétences spécifiques au travail de nuit est une manière de qualifier et professionnaliser ce temps de soins pour répondre aux besoins des patients est pour nous validée. Cependant, nous gardons bien à l'esprit que de fait, la polyvalence des agents exerçant exclusivement et à long terme de nuit devient de moins en moins possible. Car même professionnalisés, les soignants de nuit auront comme nous l'avons démontré, plus fortement développé l'axe relationnel des soins au détriment des gestes techniques. Nous pensons que les compétences particulières développées lors d'un exercice de nuit doivent ainsi être assimilées à un projet professionnel, celui-ci appuyant une mobilité interne souvent réclamée.

4.3 Hypothèse n°3

Selon l'enquête de la DREES publiée en février 2005, « *les exigences de travail apparaissent plus lourdes pour les personnels cumulant des horaires de jour et de nuit* ». Parallèlement, nous avons intégré qu'il n'est pas naturel de travailler la nuit et que le travail y est plus pénible. Toutes les études montrent que les répercussions sont à la fois psychiques, physiques, familiales et sociales.

Les personnels de nuit et ont toujours souffert semble-t-il d'un sentiment d'isolement et d'un manque de reconnaissance.

De plus, les soins de nuit sont qualifiés de peu techniques, souvent réduits aux actes liés à l'incontinence. Les professionnels de nuit n'arrivent pas à faire reconnaître et valoir la spécificité du soin de nuit. Les représentations que peuvent avoir les professionnels de jour et les administrateurs se définissent par l'opposition entre travail de jour et travail de nuit. Le travail de jour serait très actif, les tâches se succédant sans répit.

Face à cette grande agitation, les équipes de nuit, seraient celles qui ont du temps et de la liberté, celles qui échapperaient au contrôle. « *Enfinement, on pourrait presque penser que c'est suspect de travailler de nuit* »⁶⁷.

Les évolutions actuelles accentuent la péjoration du travail de nuit. Nous assistons devant les difficultés financières des établissements, à une diminution et à une déqualification des personnels de nuit.

Les équipes de nuit se voient attribuer de plus en plus de tâches nouvelles qui sont principalement liées à l'augmentation de la charge de travail des équipes de jour. Elles

⁶⁷ GALLET MA., « Pour un projet de nuit en institution, comment concilier le soin de nuit avec un sommeil de qualité ? » *Revue Gérontologie*, n°120, 2001-4, pp.44-47

assurent une mission d'une grande pénibilité mais leur tâche reste invisible pour celles de jour.

Ceci étant, réduire les ruptures des rythmes circadiens en affectant des soignants dans un roulement de nuit équilibré, tout en portant des projets d'amélioration des conditions de travail de nuit (transmissions, planification des tâches, équipe de sécurité, cadres de nuit, etc) ne peut qu'engager les Directions de soins dans une gestion sociale qui *in fine* conduira les soignants à plus de disponibilité pour les patients.

L'hypothèse selon laquelle, le temps plein de nuit est une manière d'améliorer les conditions de travail est vérifiée. Toutefois, l'organisation d'équipes de nuit doit alors s'accompagner inévitablement d'actions correctives des conditions de travail pour en réduire tant la pénibilité que pour valoriser ce temps de soins dans la dynamique de reconnaissance interdisciplinaire du travail réalisé.

4.4 Hypothèse n°4

Tous les Directeurs de soins le confirment, une politique d'affectation contractualisée des agents sur des postes de nuit relève d'un projet commun entre la Direction des soins et la DRH.

Selon Sandra BELLIER- MICHEL⁶⁸, il n'existe pas d'organisation sans soumission individuelle, pas de travail sans lien de subordination : c'est ce qui définit l'essence même d'un contrat de travail. A l'hôpital, des formes de contrats internes au sein d'une même hiérarchie apparaissent. Ce sont des formes de soumission qui se construisent dans les discours et les pratiques et qui mettent en jeu la sociabilité, l'adaptabilité, l'autonomie des agents, en un mot, leur « *savoir-être* ». En assimilant celui-ci à une compétence, on invite les individus à engager ce qu'ils ont de plus personnel dans la performance professionnelle. Nous soutenons, que la contractualisation interne entre un soignant, une Direction des soins et la DRH peut permettre aux agents de nuit dans le cadre des équipes temps plein de nuit de développer des compétences et d'éviter l'embolie de leurs pratiques autonomes.

Nous n'avons par observés de contrats dans notre enquête. Deux établissements seulement, mentionnent des habitudes anciennes qui conduisaient les « jeunes » infirmiers à être affectés sur des postes de nuit dès leur prise de fonction et ceci pour une période prédéterminée (6 mois), ou qui avaient « *mis en place à un moment donné un système de réintégration des postes de jour pendant un mois* ». La contractualisation interne sur des objectifs relevant des projets de soins n'existe pas.

⁶⁸ *Les organisations, Etat des savoirs*, Sciences Humaines, 1999.

Notre hypothèse préconise une affectation contractualisée des soignants sur des postes fixes de nuit, inscrite à la fois dans le temps et au regard d'objectifs de soins.

Cette idée est cautionnée par les Directeurs des soins interrogés, motivés par la volonté de rompre avec des pratiques anciennes où les agents de nuit depuis de longues années deviennent des « *électrons libres* ».

Une telle forme de contrat n'est pas statutaire mais morale. Cependant, elle relève d'une forme d'engagement réciproque entre le Directeur des soins, la DRH et l'agent.

La contractualisation telle que nous la concevons fonctionne si elle est basée sur :

- ❑ Des objectifs convergents : l'un et l'autre vise la performance dans l'exercice.
- ❑ Des règles du jeu connues et appliquées : validées en CTE.
- ❑ Une volonté commune : améliorer la qualité des soins la nuit.
- ❑ Une connaissance réciproque : la procédure est transparente, et les évaluations annuelles des agents y font référence.
- ❑ Un dialogue permanent : délégué aux cadres de proximité et interrogé en conseil de service.

4.5 Préconisations pour une Direction de soins

ACTIVITES	OPERATIONNALITE SUR LES EQUIPES DE NUIT
Formalisation et réalisation du projet de soins et de ses déclinaisons en liaison avec le projet d'établissement, et en partenariat avec le corps médical et les membres de l'équipe de Direction	Formalisation dans le projet de soins d'un objectif centré sur la continuité des soins entre le jour et la nuit.
Pilotage et contrôle des politiques concernant l'organisation des soins et des activités paramédicales, détermination d'objectifs et de projets	Détermination d'un mode d'organisation des équipes de nuit.
Organisation et gestion des structures, des activités en partenariat avec le corps médical, les membres de l'équipe de Direction et l'encadrement paramédical	Organisation d'un mode de gestion du temps de travail de nuit, en partenariat avec l'encadrement et la DRH, après avis consultatif du CTE et de la CME.
Présidence et animation de la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation.	Mise en œuvre des conditions nécessaires à la représentation des agents affectés à des postes exclusifs de nuit.
Management et supervision de responsables et/ou d'équipes projet	Management et supervision d'un projet de suivi spécifique du travail de nuit en termes de veille sanitaire sur les conditions de travail d'une part et de qualité des soins d'autre part.
Affectation du personnel paramédical et avis sur la gestion des carrières	Affectation sur la base de profil de poste des agents de nuit et contractualisation de la durée de fonction sur un poste temps plein de nuit.
Répartition des moyens et dimensionnement des effectifs	Détermination de quotas IDE et AS par UF et affectation des effectifs en fonction d'un mode d'organisation..
Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans le champ des soins et des activités paramédicales	Détermination des qualifications nécessaires aux soins de nuit (IDE ou AS) en liens avec l'évolution des besoins des patients.
Elaboration d'un rapport d'activité	Évaluation quantitatives et qualitatives des activités des cadres et des soignants de nuit

La relégation est le fait de mettre à l'écart une activité. Probablement à tort, nous avons l'impression que les activités de la nuit sont trop reléguées par les Directions de soins aux services de proximité.

Or la mise en place d'une réelle délégation de gestion relèverait bien plus clairement d'une action de Directeur des soins.

Celle-ci s'intéresserait par exemple à la définition de fiches de postes spécifiques, à la détermination d'un objectif particulier dans le projet de soins, à l'évaluation des compétences des agents exerçant depuis plus de vingt ans de nuit, au taux de participations aux réunions institutionnelles des agents de nuit, aux caractéristiques de leur demandes de formations continues, au reclassement des agents exclusivement de nuit ou à l'affectation des jeunes diplômés sur des postes de nuit. Finalement, faire une « lettre de cadrage » pour les postes de nuit.

Sans conteste, le rôle du Directeur de soins se situe entre choix stratégique d'organisation et vision systémique des services de soins.

Dans le cadre d'un management participatif éprouvé dans nos organisations psychiatriques, et que nous prônons dans notre exercice, proposer une réflexion sur les équipes de nuit c'est demander aux équipes soignantes de s'investir dans une démarche qui va les valoriser individuellement.

Les retombées secondaires de l'expérience acquise sous forme d'une reconnaissance explicite de l'utilité sociale d'une amélioration de l'organisation du travail de nuit est en cela déterminante.

Il est également important d'inscrire le service de soins dans une valorisation de l'amélioration continue de la qualité des prestations rendues aux patients pour lesquels la prise en compte de leurs besoins la nuit est fondamentale.

La Directeur de soins doit envisager une coopération entre tous les acteurs du service de soins, dans une volonté de cohérence qui doit pouvoir s'affirmer à travers une valorisation de la dimension institutionnelle au niveau des services et de l'hôpital.

En reprenant une citation de Bernard HONORE⁶⁹, « *Les acteurs de santé travaillent dans des Directions différentes dont les extrêmes sont la réparation et la prévention, la santé individuelle et la santé collective, sans que leurs efforts puissent réellement se conjuguer, par manque de concertation sur une conception globale* », nous souhaitons accentuer l'importance que nous accordons pour une Direction des soins aux conséquences des dispersions de projets de service, de soins, d'organisation d'agents.

⁶⁹ HONORE B., L'hôpital et son projet d'entreprise – vers l'œuvre de la santé, Toulouse : Privat, 1991, pp. 74-75.

Il faut probablement réhabiliter la notion de « sens ». Les soignants de jour ou de nuit, doivent sous l'impulsion d'un projet du service de soins, donner du sens, singulariser les actions de soins. Toute forme d'organisation qu'elle soit, l'équipe de travail poursuit un but commun : prendre soin du patient. Le développement de compétences spécifiques aux modes d'exercice est une manière d'améliorer cette dimension et d'atteindre une qualité des soins satisfaisante. Autant faut-il pour cela que la reconnaissance des qualifications œuvre pour démarche de professionnalisation portée par la Direction des soins. Finalement, la réflexion sur l'organisation du travail, qu'il soit de jour ou de nuit, n'est qu'un moyen de parvenir aux ambitions énoncées en engageant les soignants dans une dynamique de projet collectif qui favorise la définition des identités collectives et des cultures soignantes et où la personne soignée est l'acteur centrale des mobilisations et motivations.

CONCLUSION

Nous retiendrons que les problèmes à prendre en compte dans toute réflexion sur l'organisation du travail sont l'homme, en tant qu'individu considéré dans une approche globale, mais aussi en tant qu'individu au travail et membre d'un groupe, et l'entreprise comme système finalisé.

Evidemment, nous n'inventons rien dans ce fait synthétique. Cependant, nous relevons que dans l'institution hospitalière, le fonctionnement interne des services de soins et leurs évolutions dans un environnement instable sont intimement liés à la transformation des relations de l'homme avec la société. Ceux-ci sont tenus par un lien évident : le client.

Aussi, concevoir des équipes temps plein de nuit en psychiatrie en allant à contre courant des orientations prises par d'autres établissements de santé, c'est sans doute s'interroger dans un premier temps sur l'organisation du travail, mais également sur la carrière des agents. Car, l'employabilité d'un agent exerçant exclusivement de nuit est empreinte d'*a priori* sur la perte de ses compétences.

Pourtant aujourd'hui, la gestion par les compétences telle qu'elle est décrite par les théoriciens des ressources humaines engage les Directions dont celle des soins à investir de nouveaux enjeux stratégiques.

Les hommes sont plus que jamais la nouvelle ressource de l'institution hospitalière et le sont depuis longtemps en psychiatrie. Autant faut-il pour cela que l'hôpital tout comme l'entreprise, mette en œuvre une démarche de valorisation de ses agents. C'est en ce sens, qu'au delà des logiques de qualifications où l'individu n'est considéré que par ce qu'il produit, c'est accroître la valeur globale d'une organisation. Dans un établissement de santé, c'est améliorer la qualité des soins.

Notre recherche mériterait certainement d'autres exploitations et ne sera peut-être pas utilisable dans nos nouvelles fonctions. Mais, nous sommes convaincus qu'elle a permis le déploiement de nos connaissances théoriques expliquant nos pratiques professionnelles et conduira par ce biais à une amélioration de nos services.

Par ailleurs, elle a tenté de montrer que finalement, l'enjeu majeur des évolutions dans le domaine de l'organisation du travail pour les cadres de demain, c'est enfin pouvoir prendre en compte toutes les dimensions des agents dans une démarche holistique. C'est faire de l'homme au travail un individu en devenir dans son contexte professionnel et enrichir par là même la qualité du service rendu en valorisant notamment ses compétences.

Plus globalement, la professionnalisation n'est-elle pas aussi une forme de développement durable pour le plus grand bénéfice des organisations telles que l'hôpital et *in fine* des patients ?

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE, Code de la Santé Publique

REPUBLIQUE FRANCAISE, Code du Travail

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1970. - Loi 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1978. - Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 relative à la profession d'infirmière, Code de la santé publique.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1990. - Loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. - Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2000. - Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1973. - Décret n°79-119 du 7 février 1973.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1986. - Décret 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992. - Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmières.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992. - Décret n° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le Code de la santé publique, deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1993. - Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1960. - Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1974. - Circulaire DGS 891 MS 1 du 9 mai 1974, qui précise les normes de personnels et leurs missions.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1989. - Circulaire DGS-DH n° 387 du 15 septembre 1989 relative au mode d'exercice de la profession d'infirmière dans les établissements hospitaliers.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1990. - Circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de Santé Mentale.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1995. - Circulaire DGS-DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative à la charte du patient hospitalisé.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1986. - Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'Hébergement.

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

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. - Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. - Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et ordonnance n°69-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

Ouvrages

ALGLAVE F., *Hôpitaux, cliniques : génération management*. Paris : Lamarre, 1993, 295 p.

ANZIEU D., MARTIN JY., *La Dynamique des groupes restreints*, Paris : PUF, 1986, 400 p.

ARBUZ G., DEBROSSE D., *Réussir le changement de l'hôpital*, Paris : InterEditions, 1996, 249 p.

BATESON; BIRDWHISTELL; GOFFMAN; *La nouvelle communication*, Paris : Seuil, 1981, 390 p.

BELLENGER L.; COUCHAERE MJ, *Animer et créer un projet*, Paris : ESF, 1994.

BRENOT J., TUVÉE L., *Le changement dans les organisations*, Paris : PUF, Que sais-je ?, 1996, 126 p.

COLLIERE M.F., *Soigner...le premier art de la vie*, Paris : InterEditions, 1996, 238 p.

COLLIERE, MF., *Promouvoir la vie . De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris : InterEditions, 1982, 125 p.

CREMADEZ M., *Le management stratégique hospitalier*, Paris : InterEditions, 1997, 160 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris Seuil, 1977, 472 p.

DE KERVASDOUE J., *La crise des professions de santé*, Paris : DUNOD,. 2003, 187 p.

DUBAR C., *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, Paris : COLIN, 2002, 512 p.

GERARD JL., *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération*, Paris : Lamarre,. 1993, 346 pages.

GODFRYD M., *Textes de droit de la psychiatrie*, Paris : PUF, 1999, 128 p.

GONNET F., *L'Hôpital en question(s)*, Paris : Lamarre, 1992, 360 p.

HALL ET., *La Dimension cachée*, Paris : Points, 1978, 231 p.

HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital*, Paris : InterEditions, 1997, 242 p.

HESBEEN W., *La qualité du soin infirmier*, Paris : Masson, 1998, 208 p.

IMBERT J., *Histoire des hôpitaux en France*, Poitiers : Privat, 1982, 645 p.

LE GOFF JP., *Les Illusions du management*, Paris : La Découverte, Collection Essais,. 2000, 159 p.

LEONARD JL., *Manager autrement*, Paris : TSA Editions, 1994, 256 p.

LETOURNEAU D., DUPIEU D., *Le Secteur psychiatrique*, Paris : Lamarre, 1991, 326 p.

LIU M., *Approche socio-technique de l'organisation*, Paris : Les Editions d'Organisation,.1983, 439 p.

MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Les Editions d'Organisation, 1982, 554 p.

MUCHIELLI R., *Psychologie de la relation d'autorité*, Paris : ESF, 1975.

PELICIER Y., *Histoire de la psychiatrie*, Paris : PUF, 1982, 127 p.

SIVADON P.; DURON J., *La santé mentale, la recherche de l'équilibre personnel et social dans la vie quotidienne*, Toulouse : Privat, 1979, 187 p.

SOLIVERES A.M., *Infirmières, le savoir de la nuit*, Vendôme : PUF, 2002, 289 p.

ZARIFIAN P., *Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris : PUF, 1998, 437 p.

ZARIFIAN P., *Objectif compétence - Pour une nouvelle logique*, Paris : Liaisons, 1999, 363 p.

Articles

ARBORIO AM, « Savoir profane et expertise sociale : les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses. Sciences sociales et histoires*, n°22, 1996, pp. 87-106.

CASAUX JY., « Il n'y a pas de soins psychiatriques sans situation de soins », *Soins Psychiatrie*, n° 136, février 1992, pp. 37-40.

COLLIERE MF., DIEBOLT E., « Pour une histoire des soins et des professions soignantes », *AMIEC*, Cahier n°10, 1998.

DEBBABI F., CHATTI S, MAGROUN O., MAALEL O, MAHJOUH H., MRIZAK N., « Le travail de nuit : ses répercussions sur la santé du personnel hospitalier », *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, n°6, 20004- 65, pp.489-492.

DURAND J., « De l'évaluation de la qualité à la qualité de l'évaluation », *Objectif Soins*, n°11, 1993, pp. 54-58.

GALLET M.A., « Pour un projet de nuit en institution, comment concilier le soin de nuit avec un sommeil de qualité », *Gérontologie*, n° 2001/4, pp.44-47.

HAMILTON A. REGNAULT F., « Les gardes-malades III – Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnels », *Revue Soins*, tome 24, n°23, 1977, p. 45-50.

HAMILTON A., REGNAULT F., « Les gardes-malades II – Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnels », *Revue Soins*, tome 22, n°23, 1977, pp. 43-51.

HAMILTON A., REGNAULT F., « Les gardes-malades V – Congréganistes – Mercenaires – Amateurs – Professionnels », *Revue Soins*, tome 23, n°8, 1978, pp. 21-28.

HOCHER S., « Assises des infirmiers en Psychiatrie », *Soins Psychiatrie*, n° 177, 1995, pp. XI-X.

LEGER D., RAFFRAY T., METLAINE A., « Travail posté: comment diminuer les conséquences sur l'organisme », *La revue du praticien, médecine générale*, Tome 17, n°608 du 31 mars 2003, pp.469-471.

MANUS JM., « L'infirmière et le travail de nuit : la vie à l'envers », *Revue de l'Infirmière*, n°81, 2002, pp.12-14.

MERKLING J., « L'équipe : mythe ou réalité ? », *Pratiques en santé mentale*, n°3/2003, pp.14-16.

MINZBERG H., « Henry MINTZBERG : nous vivons dans le culte du management », *Revue Sciences Humaines*, Hors Série n°20, avril 1998., pp.17-18.

PENOCHET J.C., *Perspectives psychiatriques*, 34e année, n°47/II, 1995.

RITZ B., « Pour que la nuit soit une vraie nuit », *Krankenflege, Cure infirmierstiche*, n°4/2000, pp.72-73.

RUART MF., « Du gardien des fous à l'infirmier en santé mentale », *Pratiques en santé mentale*, n°3/2003, pp.11-12.

Thèses et mémoires

BONNIFACE E., *L'absentéisme des ASD de nuit, une fatalité ?*, Mémoire de fin d'études, Formation des infirmiers généraux, Ecole Nationale de la Santé Publique, 1993.

BRETON P., *De l'empirisme au rationnel. Dossier de soins et évaluation de la qualité des soins*, Mémoire de l'Ecole des Cadres Infirmiers de Secteur Psychiatrique du Centre Hospitalier Spécialisé de Brumath, 1986.

HENNY J.P., *La Métamorphose de l'infirmier psychiatrique*, Mémoire individuel de Maîtrise en Sciences Sociales appliquées au travail, Strasbourg, 1987.

ISAAC B., *Contribution à l'étude des conditions de travail du personnel de nuit hospitalier*, Mémoire de fin d'études, Formation des infirmiers généraux, Ecole Nationale de la Santé Publique, 1980.

JEANMOUGIN C., *Influence de la gestion des équipes de nuit sur la continuité des soins infirmiers*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001.

METZINGER C., *Réflexion sur le travail alternant et le travail de nuit dans un centre hospitalier spécialisé*, Mémoire de l'Ecole des Cadres Infirmiers de Secteur Psychiatrique du Centre Hospitalier Spécialisé de Brumath, 1989.

POIRIER-COUTANSAIS G., *Des soignants : une qualité de soins la nuit*, Mémoire de fin d'études, Formation des infirmiers généraux, Ecole Nationale de la Santé Publique, 1983.

TSCHAN D., *La nuit : choix ou obligations ?*, Mémoire de fin d'études à l'Ecole des Cadres du Centre Hospitalier Spécialisé de Brumath, 1991.

Rapports

MASSE G., Rapport de Mission : « *Psychiatrie ouverte : une dynamique nouvelle en santé mentale* », 1992.

BERLAND , Rapport de mission : « *Démographie des professions de santé* », 2002.

Rapport du groupe de travail DHOS/02 : « *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale* », 2002.

ROELANDT JL., PIEL E., Rapport de mission : « *De la psychiatrie vers la santé mentale* », 2001.

CLERI-MELIN P., KOVESS V., PASCAL JC., Rapport de mission, « *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* », 2003.

COUANEAU R., Rapport d'information déposé à l'Assemblée Nationale par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur l'organisation interne de l'hôpital : « *Modernisation des statuts de l'hôpital* », 2003.

MATILLON Y., Rapport de mission, « *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé* », 2003.

Conférences

PIDOLLE A., *Nouvelles technologies et spécificité du travail intra et extrahospitalier des infirmières de secteur psychiatrique*, ARP, 1993.

Annexes

Annexe 1 : La grille d'entretien

Annexe 2 : La grille de saisies des données de l'enquête

Annexe 3 : Glossaire

Annexe 1 : La grille d'entretien

Quelles formes d'organisations avez-vous mis en place pour les équipes de nuit ?

- ✓ Pourquoi cette forme d'organisation ?
- ✓ Changements sur les dix dernières années ? Changement en projet ? Pourquoi ?
- ✓ Modalités pratiques (planning, horaires, roulements, effectifs affectés) ?
- ✓ Unités et personnels concernés ?

En quoi l'organisation du travail de nuit influence t'elle la qualité des soins ?

- ✓ Continuité des soins : DSI, planification, transmissions, chevauchements ?
- ✓ Projet de soins infirmiers ? Intégrant la spécificité de la nuit ?
- ✓ Quelles sont les missions spécifiques des agents de nuit ? (Définition des soins la nuit ?)
- ✓ Qu'est-ce qui est prioritaire la nuit ?
- ✓ En quoi le travail de nuit est profitable au travail de jour ? A la prise en charge globale du patient ?
- ✓ Spécificités des soins de nuit : enquêtes, évaluation, études ?
- ✓ Qualification des agents de nuit : IDE, ISP, AS ? Différente de la journée ?

Comment est organisée la gestion des équipes de nuit ?

- ✓ Gestion intégrée ou non intégrée ?
- ✓ Cadre de référence ? Autorité gérant les agents de nuit ?
- ✓ Contractualisation ? Sur combien de temps ? Exemples de contrats ?
- ✓ Evaluation des agents ?
- ✓ Communication, information avec les équipes de jour ?
- ✓ Formation continue ?
- ✓ Fiches de postes ?
- ✓ Profil de poste ?
- ✓ Gestion des absences ?

Quel est votre rôle (DS) dans cette organisation ?

- ✓ Définitions des besoins des patients la nuit ?
- ✓ Planification des soins et répartition de certaines tâches sur 24h ?
- ✓ Ratios, moyens nécessaires aux soins de nuit ?
- ✓ Spécificité des pratiques professionnelles ? La nuit ? En psychiatrie, la nuit ?
- ✓ Les conditions de travail, gage de qualité des soins ?
- ✓ Valorisation des agents de nuit ?
- ✓ Evaluation de la forme d'organisation des équipes postées de nuit ?

Annexe 2 : La grille de saisie des données de l'enquête

Thèmes	Items	Réponses / 13
Les formes d'organisation	Gestion intégrée (horaires alternants)	2
	Gestion non intégrée (temps plein de nuit)	7
	Système mixte	2
Modalités pratiques	Les effectifs	8 citations explicatives
		Pas de ratio
	La répartition des tâches	7 citations pour « fixes de nuit »
		4 citations pour « glissement de tâches »
	La sectorisation des activités	7 citations pour « les «3X8» en admissions »
		6 citations pour « le TP nuit dans les pavillons de long cours »
		Pour les 6 non psy, pas de lien entre activités et organisation
Gestion des risques par les DS	13	
Gestion des personnels par CS	11	
Gestion des soins par Ide/ISP	6	
L'encadrement de nuit	Alternants	Pas de cadre de nuit : 8 citations, soit 100% des alternants et un mixte
	Temps plein de nuit	Un cadre systématiquement
La qualité des soins	« En fonction des tâches »	8
	« Repose sur la motivation des agents »	11
Management des agents de nuit, et rôle du DS	GPEC	10 citations, soit 100% des DS : « Se fait toujours avec la DRH »
	Liens jour/nuit	3 citations des cadres et de l'IDE
	Incidences sur la carrière	7 citations
	Qualifications de nuit	6 citations par rapport aux AS sur des postes d'IDE
	Fiches de postes	0
	Profils de fonction	0
	La polyvalence	8
Besoins des patients	Voir tableau n°4, chapitre 3.3	
Objectifs de soins	En lien avec le projet du patient	12
	En lien avec le projet du service	7
Planification des soins	Murale	5
	Dossier du patient	6
	Transmissions ciblées	1
Conditions de travail	Equipe de sécurité	4
	Equipement du service	6
	Alimentation, sommeil des soignants	5
	Avis de CHSCT	5

Tableau 5 : synthèse des résultats bruts des entretiens.

Annexe 3 : Glossaire

Analyse stratégique :

Analyse de la conduite des acteurs confrontés à une situation organisationnelle déterminée. Désigne la sociologie des organisations d'inspiration crozérienne, qui met l'accent sur le pouvoir de l'individu dans l'organisation.

Apprentissage organisationnel :

Selon PROBST et BÜCHEL (1997), il y a apprentissage organisationnel dès lors que l'on assiste à un élargissement ou un changement du système de valeurs et de connaissances, ou encore à l'amélioration des capacités de résolution de problèmes et d'actions ainsi qu'au changement du cadre commun de référence des individus à l'intérieur d'une organisation.

Assurance qualité :

Ensemble des actions préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité pour donner la confiance appropriée en ce qu'une entité satisfera aux exigences pour la qualité. (norme ISO 8402)

Changement social :

Désigne toute transformation observable dans le temps, qui affecte, d'une manière qui ne soit pas provisoire ou éphémère, la structure ou le fonctionnement de l'organisation sociale d'une collectivité donnée.

Cohésion sociale :

Dans un groupe de travail, la cohésion sociale est proportionnelle au respect des règles imposées par une

organisation qui exerce sa pression sociale de façon plus ou moins forte. La cohésion est forte lorsque l'organisation fournit un modèle culturel clair qui associe à un comportement donné et à des efforts dans l'entreprise une rémunération, une considération et des perspectives de carrière.

Compétence :

PARMENTIER : « *C'est une connaissance mise en corps : en corps individuel, traduite par le geste en relation de travail, et en corps collectif, traduite par les conventions sociales, des démarches d'équipe et des outils de communication* ».

LE BOTERF : « *C'est un savoir agir en situation professionnelle* ».

MONTMOLLIN : « *Un ensemble stabilisé de savoirs, de conduites types, de procédures standard, de types de raisonnements que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissages nouveaux* ».

LEVY-LEBOYER : « *Mise en œuvre intégrée d'aptitudes, de traits de personnalité et aussi de connaissances acquises pour mener à bien une mission complexe dans le cadre de l'entreprise qui en a chargé l'individu, et dans l'esprit de ses stratégies et de sa culture* ».

Développement :

A la différence de la croissance, le développement est un phénomène qualitatif, un processus de changement.

Employabilité :

Valeur qu'a une personne sur le marché de l'emploi de son entreprise (employabilité interne) ou à l'extérieur de son entreprise (employabilité externe). Une des finalités de la formation est de développer l'employabilité.

Etablissement public :

Personne morale de droit public. Elle a pour objet la gestion d'un service public.

Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences :

C'est la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques et plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les relations humaines de l'entreprise : en terme d'affectifs et de compétences, en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle. Elle recouvre les effectifs et leur évolution, les qualifications ainsi que les compétences virtuelles ou latentes qu'il convient de développer.

Innovation :

Application d'une invention à des fins productives

Manager :

Cadre ayant un rôle hiérarchique.

Qualification :

La qualification du travail consiste à analyser et à évaluer les fonctions pour déterminer leur valeur relative, ces évaluations servant de base à une structure des salaires. Plus couramment, la qualification est le poids relatif donné par le corps social à un poste de travail et détermine ainsi le lien entre la

rémunération et le poste de travail. Généralement, la qualification repose sur la formation (essentiellement initiale) et l'expérience (essentiellement l'ancienneté dans le poste). Le lien avec la compétence est donc très faible, le niveau d'étude et l'ancienneté ne pouvant que marginalement exprimer une capacité à agir dans une situation professionnelle donnée.

Rationalisation :

Organisation qui se propose de rationaliser l'activité des individus pour la rendre plus efficace.

Référentiel :

MEIGNANT : *«un référentiel est l'énoncé écrit de ce qui est considéré comme souhaitable et par rapport auquel on va évaluer la réalité. Un bon référentiel est une machine à fabriquer du progrès. Il est généralement sous entendu par une philosophie ou un modèle de management, assez facilement repérable au travers des questions qu'il amène à se poser. Et, est composé d'une série de critères qu'il faut renseigner. Cette opération faite, on évalue les réponses données à l'aide d'une grille de notation ».*

Référentiel de compétences :

Outil permettant d'inventorier les compétences nécessaires pour chacun des emplois types dans une filière de métier. Le référentiel de compétences permet à chaque collaborateur de se positionner par rapport à des niveaux de compétences exigés pour un emploi donné ».

Représentation :

A la fois contenu et forme, c'est l'organisation mentale de la pensée, littéralement «*de ce qui vient spontanément à l'esprit de quelqu'un*» C'est l'idée que l'on se fait des choses ou des autres, ou des situations.

Service public :

Le service public exerce des fonctions de prestations de services au profit des citoyens, des entreprises, des collectivités, et permet une régulation publique au nom de l'intérêt général.