

Faculté de santé publique

La qualité du travail infirmier influencée par les pauses de jour et de nuit ?

L'impact d'un fonctionnement jour/nuit sur la
qualité des soins prodigués, au travers des
compétences développées au sein d'une même
équipe de soins

Mémoire réalisé par
Manon Daeseleire
Mathilde Gigot

Promoteur·rice(s)
Frédéric Thys
Guilène Mormin

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique

La qualité du travail infirmier influencée par les pauses de jour et de nuit ?

L'impact d'un fonctionnement jour/nuit sur la
qualité des soins prodigués, au travers des
compétences développées au sein d'une même
équipe de soins

Mémoire réalisé par
Manon Daeseleire
Mathilde Gigot

Promoteur·rice(s)
Frédéric Thys
Guilène Mormin

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique

Nous voudrions dans un premier temps remercier notre promoteur Professeur Frédéric Thys
et notre co-promotrice Madame Guilène Mormin pour leurs conseils,
leur bienveillance, leur disponibilité et leur aide.

Nous tenons également à remercier nos époux Nicolas et Steve
pour leur soutien tout au long de ce mémoire.

Nous souhaitons remercier deux personnes en particulier :
Rita et Maxime, pour leurs corrections, relectures et soutien.

Enfin, nous souhaitons remercier toutes les personnes
qui ont contribué à la réussite de ce mémoire.

Le plagiat

Nous déclarons sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de notre plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Nous déclarons avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CADRE CONCEPTUEL	4
1. L’infirmier-ère et ses compétences	4
1.1.L’infirmier-ère	4
1.2.Les compétences infirmières	4
1.3.La formation continue, plan de formation	6
1.4.Cartographie des compétences.....	7
2. Le fonctionnement d’un service	7
3. Que signifie la qualité, l’excellence des soins ?	9
3.1.En phase en 2023 avec la qualité des soins ?.....	11
3.2.L’impact du travail de nuit sur la qualité des soins	11
4. Les différences dans la fonction infirmière	16
4.1.Les différences du travail de jour et de nuit	16
4.2.Les différences d’accès aux formations, réunions	18
4.3.Les représentations du travail de jour et de nuit	20
5. Le management	22
5.1.Le manager et ses différentes facettes	22
5.2.La résistance au changement	24
5.3.La gestion du changement	25
METHODOLOGIE	27
1. Type d’étude	27
2. Méthode de collecte de données	27
2.1.La revue de la littérature	27
2.2.La recherche qualitative.....	27
2.3.Présentation des investigateurs et de l’établissement	28
2.4.Constitution de l’échantillon	29

2.5.Objectif de la recherche	30
2.6.Procédure de recueil des données	30
3. Méthode d'analyse	31
4. Aspect éthique	31
RESULTATS	32
1. Description de l'échantillon	32
2. Présentation des résultats	33
2.1. Différences entre le travail de jour et de nuit	34
2.1.1. L'atmosphère différente	34
2.1.2. L'effectif réduit la nuit	34
2.1.3. La variation du travail de jour et de nuit	34
2.1.4. Le temps de prestation plus long	35
2.1.5. L'évaluation difficile la nuit	35
2.2. Choix de la prestation	35
2.2.1. Organisation familiale	36
2.2.2. Absence de la hiérarchie	36
2.2.3. Imposé	36
2.2.4. Raison financière	36
2.2.5. Activité complémentaire	36
2.3. L'équivalence de la qualité des soins	36
2.3.1. Les réponses affirmatives	37
2.3.2. Les réponses négatives	37
2.4. Les raisons de la modification de la qualité des soins	37
2.4.1. Effectif réduit	38
2.4.2. Personne dépendant	38
2.4.3. La fatigue	38
2.4.4. Non-respect des procédures la nuit	38
2.4.5. La charge de travail	38
2.5. L'inconfort des soins	39
2.5.1. Rareté des soins	39
2.5.2. Urgence, la réanimation cardio-pulmonaire.....	39
2.5.3. Effectif réduit	39

2.5.4. Soins en opposition aux valeurs des professionnels	39
2.5.5. Pas d'inconfort	40
2.6. Les leviers et barrières à la qualité de soins	40
2.6.1. Remise à jour du personnel infirmier	40
2.6.2. L'effectif	41
2.6.3. L'organisation du service	41
2.6.4. L'atmosphère	41
2.6.5. La communication	41
2.6.6. La conscience professionnelle	41
2.7. Les pistes à envisager	42
2.7.1. Augmenter l'effectif	42
2.7.2. Remise à jour du personnel infirmier	43
2.7.3. Améliorer la communication	43
2.7.4. Evaluer le personnel	43
2.8. L'intégration dans l'équipe	44
2.8.1. Bons contacts	44
2.8.2. Accessibles	44
2.8.3. Contacts directs	44
2.8.4. Insuffisants avec la nuit	44
2.9. Le sentiment de décalage et d'isolement	47
2.9.1. Pour les réponses affirmatives	47
2.9.2. Pour les réponses négatives	47
2.10. Le niveau de conscience professionnelle	48
2.9.3. Engagement, conscience professionnelle différent(e)s	48
2.9.4. Les cadres de proximité	48
2.11. L'accès à l'information	49
2.12. Accès à la formation	51
2.13. Formation spécifique	52
2.11.1. Les réponses affirmatives	52
2.11.2. Les réponses négatives	52
DISCUSSION	54
1. Limites et forces du travail	59
2. Perspectives d'avenir	59

CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	69
- Annexe 1 : listes d'actes techniques de soins infirmiers en Belgique	69
- Annexe 2 : illustration de l'organisation par pôles au Grand Hôpital de Charleroi	75
- Annexe 3 : Guide d'entretien pour le personnel infirmier	76
- Annexe 4 : Guide d'entretien pour les cadres de proximité	79

INTRODUCTION

Les soins de santé, l'hôpital, les services hospitaliers sont autant de domaines spécifiques et méconnus auxquels tout un chacun se retrouve confronté un jour.

En Belgique, en 2019, avec la création des réseaux hospitaliers et la révision du système de financement, le paysage hospitalier a connu une grande réforme. Celle-ci avait pour objectif de suivre les besoins de la population et d'améliorer la qualité des soins.

Dans cette idée, les hôpitaux peuvent obtenir un label de qualité délivré à la suite d'un processus d'accréditation. Pour ce faire, les établissements de soins de santé doivent répondre à des critères et cela dans le but de garantir une qualité toujours plus optimale, voire excellente.

L'excellence des soins de santé résulte d'un ensemble d'éléments comprenant la qualité, l'accessibilité, l'équité et la durabilité de ces derniers. Régulièrement évaluée et importante pour la qualité des soins dispensés, l'excellence a toujours suscité l'intérêt des gestionnaires des services de soins de santé. Dans ce contexte, les gestionnaires des établissements de soins sont conscients de la place primordiale qu'occupe le personnel infirmier.

Dans un service, l'excellence des soins est mesurée par des indicateurs de qualité. Ceux-ci sont multiples, variés et dépendants de différents points de vue comme la satisfaction des patients, le taux d'infections, l'efficacité des soins réalisés, le taux d'occupation des lits d'un service, ... Mais qu'en est-il des facteurs structurels questionnant l'impact du travail (de jour comme de nuit) au chevet du patient tels que le moment du soin ?

Actuellement dans les hôpitaux belges, deux équipes de soins se relayent au chevet des patients au sein d'un même service : celle qui preste la journée et l'autre la nuit.

Selon Niu et al. (cités dans Alsharari et al., 2021), « une étude randomisée menée auprès de 62 infirmier-ère-s a montré que le taux d'erreurs à un test standard pour les travailleurs de nuit était 44% plus élevé que celui des travailleurs de jour fixe » (Alsharari et al., 2021). De plus, Johnson et al. (cités dans Alsharari et al., 2021) « ont montré que 56 % des 289 infirmier-ère-s participant à des quarts de nuit étaient privé-e-s de sommeil et que ces dernières présentaient un nombre moyen d'erreurs de soins aux patients plus élevé que les infirmier-ère-s non privé(e)s de sommeil » (Alsharari et al., 2021).

Avec la pénurie actuelle de soignants, les services sont amenés à revoir leur façon de fonctionner. En effet, les infirmier-ère-s de jour doivent combler les nuits manquantes alors que le personnel de nuit doit venir renforcer les équipes de jour.

Infirmières pratiquant en milieu hospitalier depuis plusieurs années, nous prestons des heures de jour comme de nuit.

Au cours de ces prestations, nous avons constaté des affrontements et des reproches entre les équipes de jour et de nuit en lien avec la qualité des soins. Les points de discordances concernent les actes techniques, l'utilisation des appareillages, la gestion de l'entourage, les procédures à suivre et les compétences infirmières.

Faisant son chemin dans nos esprits, nous avons réalisé une revue rapide de la littérature et avons constaté que cette différence de compétences et de contexte de travail jour/nuit n'avait pas encore été traité dans la région de Charleroi.

Dans le cadre de nos stages en vue de l'obtention d'un Master en Santé Publique, nous avons pu discuter avec différents cadres de secteurs et avons constaté qu'il existait une différence de "performance / connaissance" entre le jour et la nuit. Ces cadres ont ajouté qu'il serait intéressant de traiter le sujet.

Tenant compte de ces considérations, nous avons souhaité investiguer les manières d'uniformiser les compétences au sein d'une même équipe de nursing.

Notre hypothèse est que des compétences égales au sein d'une même équipe améliorent la qualité des soins aux patients. Ainsi, notre question de recherche est : « Comment obtenir des compétences égales pour une continuité des soins au sein d'une équipe d'une même unité en vue de parvenir à une augmentation de la qualité de soins pour un service rendu et attendu au patient ? ».

L'objectif principal de notre recherche est d'explorer l'impact d'un fonctionnement jour/nuit sur la qualité des soins prodigués, et ce au travers des compétences développées au sein d'une même équipe de soins (tant de jour que de nuit).

En seconde intention, nous souhaitons identifier les leviers et les freins à l'uniformisation des compétences au sein d'un service en vue de diminuer les affrontements entre les équipes. Dans ce cadre, seront également abordés l'intégration des équipes de nuit par la communication et le management. L'amélioration de la formation continue est un objectif secondaire en vue du développement professionnel.

Dès lors, dans ce travail, nous nous interrogerons sur les différences de compétences et de qualité des soins des équipes suivant leur quart de travail. Nous aborderons la question du management des équipes à travers le leadership pour obtenir l'adhésion et réduire la résistance aux changements. Nous poursuivrons par la réalisation d'entrevues avec le personnel infirmier travaillant de nuit exclusivement, celui prestant de jour et de nuit ainsi que les cadres de

proximité. Nous analyserons et discuterons les résultats. Finalement, nous conclurons en répondant à notre question de recherche.

CADRE CONCEPTUEL

1. L'infirmier-ère et ses compétences

Pour une lecture plus facile et une meilleure compréhension, quelques concepts clés de ce travail vont être définis.

1.1. L'infirmier-ère

Commençons par définir ce qu'est un(e) infirmier-ère : c'est une personne qui possède les qualifications requises dans son pays afin d'exercer la fonction. Il/elle est capable d'assurer la surveillance et de soigner des patients selon une prescription médicale. En Belgique, l'article 45 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 précise que « Nul ne peut exercer l'art infirmier tel qu'il est défini à l'article 46 s'il n'est porteur d'un diplôme ou d'un titre d'infirmier ou d'infirmière responsable de soins généraux obtenu suite à une formation d'au moins quatre années d'études, qui peuvent être exprimées en crédits ECTS équivalents » (Loi belge coordonnée du 10 mai 2015).

1.2. Les compétences infirmières

Dans la profession infirmière en Belgique, une liste d'actes techniques de soins infirmiers balise les pratiques de soins, grâce à l'Arrêté Royal du 18 juin 1990. Cette liste, en Annexe 1, reprend l'ensemble des prestations techniques de soins infirmiers ne nécessitant pas de prescription médicale (= B1), ceux nécessitant une prescription médicale (B2) et enfin ceux confiés par un médecin (= C).

En outre, la loi belge précise que l'infirmier-ère doit disposer d'un minimum de huit compétences à savoir :

- 1) « Diagnostiquer de façon indépendante les soins infirmiers requis et de planifier, d'organiser et d'administrer les soins infirmiers aux patients.
- 2) Collaborer de manière efficace avec d'autres acteurs du secteur de la santé, ce qui inclut la participation à la formation pratique du personnel de santé.
- 3) Responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu'ils adoptent un mode de vie sain et qu'ils se prennent en charge.
- 4) Engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et d'appliquer des mesures dans les situations de crise ou catastrophe.
- 5) Apporter de façon indépendante des conseils, des indications et un soutien aux personnes nécessitant des soins et à leurs proches.

- 6) Assurer et évaluer, de façon indépendante, la qualité des soins infirmiers.
- 7) Assurer une communication professionnelle claire et complète et coopérer avec les membres d'autres professions du secteur de la santé.
- 8) Analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier-ère » (Loi belge coordonnée du 10 mai 2015).

Ce travail se centrant sur la capacité à assurer les soins et la qualité de ceux-ci, seules les compétences une, six et huit seront développées.

La première compétence reprend la pose « d'un diagnostic infirmier de manière autonome, sur base des connaissances cliniques et théoriques actuelles nécessaires. Planifier, organiser, appliquer et réaliser les soins infirmiers » (CFAI, 2016).

Cette compétence est ventilée en quatre parties :

- la *pose d'un diagnostic infirmier*, sur base de données récentes et adéquates, en impliquant tous les acteurs et en utilisant les outils appropriés,
- la *planification des soins infirmiers*, en priorisant ceux en pluridisciplinarité, en impliquant le patient dans sa prise en charge et en les adaptant aux objectifs du patient. La planification se base sur les connaissances, recommandations et les évidences. Elle tient également compte de la continuité du plan de soin et du temps disponible,
- la *réalisation des soins infirmiers* en effectuant les actes techniques infirmiers et/ou confiés, en réagissant de manière adéquate dans l'urgence, en utilisant les technologies disponibles et dénouant les problèmes du contexte des soins,
- l'*évaluation des soins infirmiers* continue et méthodique, dans le but d'adapter ces derniers ainsi que le plan, de manière à identifier les progrès attendus par rapport à ceux réalisés.

Les deux autres compétences qui importent pour ce travail sont la sixième et huitième, à savoir : « Analyser, assurer et évaluer la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle » et « analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier-ère » (CFAI, 2016).

Ces compétences sont réparties en trois phases :

- baser son exercice infirmier sur des données probantes en ayant recours à un raisonnement critique, argumenter son jugement professionnel sur des savoirs originaires de différentes sources fiables.

Il s'agit de réaliser les soins sur base de procédures institutionnelles, initier des changements fondés sur des preuves, participer à la recherche de bonnes pratiques et diffuser les résultats aux collègues.

- évaluer et assurer la qualité des soins.

L'évaluation doit se dérouler de façon éthique et responsable, en identifiant les dimensions importantes des soins à évaluer. Cette évaluation est faite en se fondant sur des recommandations et des indicateurs et comprend le recueil de données, l'analyse de celles-ci dans le but d'améliorer la pratique et l'analyse des obstacles pour pouvoir les lever (tant au niveau du processus que de l'organisation du travail).

Enfin, la dernière étape est la formulation de recommandations pour l'amélioration de la pratique des soins.

- participer à la formation des étudiants et des professionnels de la santé en s'engageant dans leur accompagnement, en partageant leurs expériences, en proposant des retours sur leurs pratiques et en favorisant un développement professionnel.

1.3. La formation continue, plan de formation

La formation continue est définie comme : « un processus permanent, actif et soutenu dans lequel l'infirmier-ière s'engage tout au long de sa vie professionnelle à acquérir, au moyen d'activités d'apprentissage, de nouvelles connaissances qui lui permettront de développer ses compétences et d'offrir à la population des soins et services de qualité. » (Durand, Maillé, & Ouellet, 2011).

Cette formation permet aux infirmier-ère-s une mise à jour des connaissances et des compétences en lien avec les différentes évolutions (des pratiques, technologiques), avec la complexification du métier et le développement de la profession. Maintenir ces compétences et/ou les améliorer apporte une garantie de qualité et montre un investissement qu'il soit individuel ou collectif.

Afin d'assurer la formation continue du personnel soignant, les hôpitaux développent des plans de formation et mettent à disposition des outils en ligne pour assurer le partage des informations, des nouvelles techniques de soins, procédures, ...

1.4. Cartographie des compétences

Dans la profession infirmière, les actes infirmiers sont spécifiques, multiples et variés. Chaque spécialité médicale est organisée en unités de soins au sein des hôpitaux et exige des compétences spécifiques. Pour illustrer cette organisation, en Annexe 2, se trouve la répartition par pôles du Grand Hôpital de Charleroi.

Actuellement, il n'existe pas de liste officielle de compétences à maîtriser par secteur d'activité ni par unité de soins.

Cependant, il existe des plans de formation par profession et unité de soins dans certains établissements de soins de santé.

Ces plans sont transmis par les cadres de proximité (infirmier-ère en chef) à chaque membre de l'équipe soignante.

2. Le fonctionnement d'un service

Afin de cerner les enjeux des différences de compétences et de contexte de travail, une description du fonctionnement d'un service hospitalier et de son organisation semble utile.

La fixation des normes d'organisation pour les hôpitaux et services est définie par l'Arrêté Royal du 23 octobre 1964. Ce dernier indique que la responsabilité de l'activité infirmier-ère est confiée à un infirmier-ère gradué ayant obtenu le diplôme de master en santé publique et qui sera le chef du département infirmer.

Afin de l'aider à organiser l'activité infirmière, un(e) infirmier-ière chef de service (cadre intermédiaire) peut être désignée. Cette personne sera également porteuse du titre de master en santé publique et assurera un relais entre le chef du département et les infirmier-ère-s en chef. Par unité de soins, un(e) infirmier-ère en chef (cadre de proximité) est désigné(e) pour intégrer l'activité infirmière dans celle de l'hôpital en collaboration avec les médecins et les responsables d'autres activités de l'unité. En permanence, un(e) infirmier(e) est présent(e) pour 30 patients maximum dans le but d'assurer la continuité ainsi que la qualité des soins dispensés.

Il est également demandé que chaque patient ait un(e) infirmier(e) désigné(e) afin de pouvoir connaître à chaque instant leur responsable.

L'activité infirmière doit également faire l'objet d'une évaluation systématique pour contrôler la qualité ainsi que l'efficacité des soins dispensés.

En ce qui concerne la structure de l'activité infirmière, elle est régie par l'Arrêté Royal du 10 juillet 2008. Ce dernier prévoit que le/la chef(fe) du département infirmier doit assurer la

direction quotidienne des infirmier-ère-s.

Quant aux infirmier-ère-s chef(fe) de service, ils/elles assurent une assistance au chef du département infirmier et sont responsables de l'activité infirmière dans les différents secteurs de l'institution.

Les missions de chacun des membres de l'équipe infirmière sont déterminées par le Roi via l'Arrêté Royal Belge du 10 juillet 2008 portant sur la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins.

L'activité infirmière est organisée en tenant compte de son intégration dans l'activité hospitalière et doit répondre à des critères d'égalité d'accès aux soins ainsi qu'être évaluée qualitativement de façon interne et externe. En 1996, E. Hughes (cité dans Acker F, 2005) définit l'activité infirmière comme « tout ce qui doit être fait dans un hôpital, mais qui n'est pas fait par d'autres catégories de personnes » (Acker, 2005).

Durant nos années de prestations en milieu hospitalier, nous avons constaté que l'activité infirmière au sein d'une unité de soins est organisée en deux équipes : une qui preste la journée et une qui assure la nuit. Généralement, les prestations de jour s'étendent sur sept heures trente-six, avec un relai à la mi-journée (vers 13h) et un autre le soir (vers 20h) tandis que celles de nuit s'étalent sur onze heures, avec un relais tôt le matin (vers 7h).

Généralement, l'équipe de jour est composée d'infirmier-ère-s prestant la journée et aussi régulièrement la nuit pour renforcer. Quant à l'équipe de nuit, elle est constituée d'infirmier-ère-s prestant seul-e-s et uniquement la nuit avec les renforts lors d'absences de ces dernières.

Selon Dumas et al., travailler en équipe et s'organiser quotidiennement sont indispensables pour la qualité de soins ainsi que la sécurité des patients (Dumas et al., 2016). En effet, Cordier M. s'accorde à Dumas et al sur le fait qu'une collaboration constante est requise par les professionnels de la santé dans le but d'avoir une coordination optimale pour les patients.

Selon Claveranne J.P. et Vinot D. (cités dans Dumas et al., 2016), « le travail en équipe consiste à faire ensemble, entre membres d'une communauté soignante élargie, mais il s'agit aussi de collaborer, d'expliquer, de rendre compte, sans que les professionnels ne soient préparés » (Dumas, 2016). Cependant, la collaboration n'est pas sans difficulté : elle nécessite parfois des règles de fonctionnement et/ou d'organisation afin de favoriser les échanges d'informations. Toutefois, aussi selon Cordier M. (cité dans Dumas et al., 2016), le soutien et la solidarité permettent d'améliorer la qualité du travail en équipe et de réduire la charge mentale élevée du

personnel (Dumas et al., 2016).

Dumas et al soulignent que l'organisation du travail infirmier est influencée par la place occupée par le médecin au sein du service.

Estryn-Behar et le Nezet cités dans Dumas et al., 2016) ont également relevé différents obstacles au travail d'équipe : « une grande taille des équipes, le manque de familiarité, l'instabilité des soignants et les affectations, l'absence d'objectifs communs » (Dumas et al 2016).

La reconfiguration de l'activité infirmière à l'hôpital est d'actualité et a pour objectif d'augmenter l'efficacité. Ces réorganisations font suite aux décisions politiques de diminuer la durée des séjours d'hospitalisation, la modification de prise en charge des patients (par exemple, le regroupement par pathologies, certains actes sont réalisés avant l'hospitalisation), les modifications de financement, ...

Selon Acker F., l'activité infirmière est composée de différentes tâches à hiérarchiser :

- Les centrales : souvent composées par les soins techniques médicaux et chirurgicaux, la surveillance de l'état du patient,
- L'information et l'éducation des patients,
- L'écoute et l'accompagnement des patients (Acker, 2005).

Nous pourrions synthétiser les tâches selon Acker qui sont les formelles (= centrales, d'information et d'éducation) et les informelles (= l'écoute et l'accompagnement).

3. Que signifie la qualité, l'excellence des soins ?

La qualité et l'excellence des soins étant deux concepts incontournables de ce mémoire, il nous semble important de les définir.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Elle dépend de connaissances professionnelles fondées sur des bases factuelles et est essentielle pour instaurer la couverture sanitaire universelle. Les soins de santé de qualité devraient être : efficaces, sûrs, centrés sur la personne. Afin de tirer profit des bénéfices de soins de qualité, ceux-ci doivent être dispensés en temps utile, équitables, intégrés et efficaces » (OMS, 2021).

Pour le Conseil International des Infirmières (CII), la qualité des soins est « le degré de conformité des soins donnés par le personnel infirmier, à des normes fixées d'avance ». (CII, 1986).

En France, elle est règlementée par une loi sur la réforme hospitalière et définie comme « une approche organisationnelle permettant un progrès permanent dans la résolution des non-qualités. Elle se traduit par la certification des établissements de soins, procédure évaluant l'ensemble du fonctionnement et des pratiques des structures de soins, afin de mettre en place des mesures correctives » (Loi française du 24 avril 1996).

En Belgique, la loi sur la qualité des soins (appelée « Loi Qualité ») a été votée en 2019 et mise en application en juillet 2022. Elle règlemente différentes conditions afin de garantir la qualité des soins pratiqués par les professionnels de la santé.

Pour résumer, la qualité des soins est une démarche visant à garantir les meilleurs soins et résultats aux patients conformément aux connaissances actuelles des professionnels de la santé.

Différents niveaux de qualité ont été identifiés (Rotter et al., 1963 cités dans Morel, 2012) : les soins dangereux (pouvant porter préjudices aux patients), les soins sûrs (pratiqués correctement avec une prise en charge préventive des risques), les soins de qualité (centrés sur les patients) et les soins optimaux (considérant le patient comme partenaire et sont basés sur les données scientifiques et adaptés à chaque patient) (Morel, 2012).

Dans le but d'évaluer la qualité des soins, deux approches sont distinguées :

- l'évaluation de la qualité réelle des soins techniques, des protocoles, itinéraires cliniques, basée sur l'Evidence Based Nursing
- l'évaluation de la qualité perçue par le patient, ainsi que son entourage, basée sur le vécu et le ressenti du patient (Morel, 2012).

Selon Garnerin et al. (cités dans le bulletin des médecins suisses, 2020), la qualité des soins suscite l'intérêt des professionnels de la santé mais aussi des différents acteurs du système de soins de santé (patients, organismes assureurs, pouvoirs publics) depuis quelques années. Cet intérêt est lié à diverses raisons : l'augmentation des coûts des soins, la pratique de la médecine devenue plus dangereuse avec une variabilité augmentée et la perte de prestige de la médecine entraînant une remise en question de la part des patients.

Pour rappel, l'excellence est quant à elle définie comme étant un processus continu dont les effets cumulatifs conduisent à des soins de haute qualité. L'excellence a pour objectif

l'optimisation des processus de soins par leur analyse, l'amélioration et le contrôle en permanence et la création de plus de valeurs pour le patient (Pr Thys F.).

Le Canada, pionnier en la matière, a mis en vigueur une loi en 2010 sur l'excellence des soins. Cette dernière règlemente différentes conditions :

- la mise en place d'un comité de la qualité qui rédigera des rapports sur les problèmes liés à la qualité,
- la création de plan d'amélioration de la qualité,
- les établissements de soins de santé doivent relier la rémunération des cadres à l'atteinte des objectifs du plan d'amélioration créé,
- l'élaboration de questionnaire pour l'évaluation du niveau de satisfaction des patients et des professionnels,
- l'élaboration d'une déclaration des valeurs,
- la création d'un processus de patients partenaires afin de discuter voire d'améliorer l'expérience des patients.

3.1. En phase en 2023 avec la qualité des soins ?

En Belgique, l'évaluation de la qualité des établissements de soins de santé s'effectue par un procédé appelé « l'Accréditation ». Ce processus, approuvé par le Gouvernement wallon en 2013, est l'évaluation de l'établissement par un organisme externe. Il a pour objectif de soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins avec la participation des professionnels. Préalablement à la visite de l'organisme externe, des audits internes sont réalisés dans le but d'établir des recommandations pour améliorer la qualité des soins, des prises en charge. Différents organismes d'accréditation existent : Haute Autorité Santé, Joint Commission International, Accréditation Canada, Australian Council On, Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, ...

Le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC) a choisi de travailler avec l'Accréditation Canada International en vue d'obtenir l'accréditation en 2025.

3.2. L'impact du travail de nuit sur la qualité des soins

Les compétences, la qualité des soins et la performance étant liées, une définition de la performance paraît utile pour une meilleure compréhension. Selon le Larousse, la performance est « un exploit ou une réussite remarquable en un domaine quelconque ».

Dans le but de faciliter la lecture de la revue de littérature, nous l'avons présenté sous forme de tableau.

<u>Thèmes</u>	<u>Contenus lus dans les articles scientifiques</u>	<u>Auteurs</u>
Evaluer la performance	<ul style="list-style-type: none"> - Essentiel pour assurer l'amélioration de la qualité des soins. Comprend l'efficacité et le nombre de services prestés. Nécessité de développer des outils pour l'évaluation de la performance afin d'optimiser les ressources et améliorer la qualité des soins. - En début et fin de pause, montre une diminution de la vigilance et de l'attention, surtout après la nuit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vafae Najar et al. - Ferris et al.
Baisse de la performance	<ul style="list-style-type: none"> - Causée par la fatigue (surtout lors d'une durée de sommeil <5-6h) et associée à une diminution de l'attention, du jugement, de la vigilance et de la concentration. - Démontrée en lien avec le travail en rotation, le type d'horaire (de jour ou de nuit) et le stress au travail. - Non observée, plutôt performance stable chez les infirmier-ère-s de jour. Tandis que la performance diminue chez les infirmier-ère-s de nuit de plus en plus durant les heures prestées. - Non observée entre les infirmières de jour et de nuit malgré la fatigue. Une différence : infirmier-ère de nuit moins communicatives. - Mesurée de jour à des moments précis connus de diminution de celle-ci. Pas de baisse de niveau observée entre le jour et la nuit. - Bien établi qu'elle est liée au travail de nuit. Observée durant l'adaptation du rythme circadien mais 	<ul style="list-style-type: none"> - Di Muzio et al., Ferreira et al. Et Ferris et al. - Alsharari et al., Di Muzio et al. Ferris et al. - Wilson et al. Et Leso et al. - James et al. - Short et al.

	<p>la performance s'améliore nettement au fil de la semaine de nuit et de l'adaptation du rythme circadien.</p> <p>Moindre lors d'une série de 4 à 7 nuits qu'après la 1^{ière} nuit et lorsque le sommeil est de bonne qualité et en quantité suffisante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectivée chez les travailleurs prestant de longues périodes (24-30h) et liée au travail de nuit avec diminution de performances neuropsychologiques toutefois réversibles. - Étudiée en lien avec l'hydratation et révèle l'importance de l'ingestion de liquide durant le temps de travail la nuit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lamond et al. - Leso et al. - Ferreira et al.
Variation de la performance	<ul style="list-style-type: none"> - La performance varie suivant différents facteurs : l'âge, le sexe, les années d'expériences, l'éducation, la nationalité, le fait d'être fixe ou pas. Le stress impacte la performance. - Le temps d'éveil précédant le travail de nuit influence la performance. - Le profil du personnel soignant prestant la nuit peut impacter sa performance. <p>Par nos expériences professionnelles, et aidées de nos cours de management, nous avons constaté que deux variables sont à mettre en évidence : les valeurs des professionnels et la personnalité de ces derniers. Une personnalité sensible à l'environnement de travail verra sa performance impactée lors d'un climat plus tendu dans l'unité de soins.</p> <p>Quant aux valeurs, le personnel soignant attaché à l'atteinte de ses objectifs subit moins de diminution de performance par rapport à celui attaché au climat du service, variant régulièrement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alsharari et al. - Lamond et al.

<p>Les erreurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les causes principales d'augmentation d'erreurs sont : la fatigue, le manque de sommeil, la charge de travail, le travail de nuit et la déstabilisation du rythme circadien. - Les erreurs d'administration de traitement sont plus fréquentes lors de travail en rotation et en travail de nuit occasionnel qu'en horaire fixe. Le nombre d'erreurs est supérieur lors du travail de nuit que de jour. - Lorsque le personnel est réduit, augmentation du risque d'erreurs. Si le personnel soignant travaille plus de 12h30, triplification du risque d'erreurs. - Il a été constaté que la survenue d'erreurs est supérieure dans des services à 3 équipes plutôt qu'à 2, notamment avec des infirmier-ère-s ayant moins de 6 ans d'ancienneté. - Le rapport de personne à personne limite le risque d'erreur médicamenteuse. - Des pauses de 8h durant la nuit pourraient diminuer le risque d'erreurs. Le travail à pauses induit l'augmentation du risque d'erreurs et à la diminution de la qualité des soins. Le risque d'erreurs augmente avec des prestations plus longues, dû à la diminution de la vigilance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alsharari et al., Di Muzio et al., Kaliyaperumal et al. Et Leso et al. - Alfonsi et al., Di Muzio et al., Hughes Et Niu et al. - Di Muzio et al. - Wilson et al. - James et al. - Ferreira et al.
<p>Le travail à pauses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saulle et al. définissent le travail à pauses comme étant « une méthode d'organisation du travail dans laquelle plusieurs travailleurs sont employés à des moments différents, y compris le rythme de rotation, qui peut être continu ou discontinu, et qui implique la nécessité pour les travailleurs de prester à des heures différentes sur une période spécifiée de jours ou de semaines ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Saulle et al.

	<p>- Ce type d'organisation joue un rôle primordial dans le style de vie adopté par les infirmier-ère-s.</p> <p>Le travail à pauses est un facteur qui augmente le risque d'erreurs de tout type.</p> <p>- Le travail de nuit engendre des discordances de sommeil qui peuvent amener à une fatigue excessive, une vulnérabilité en fin de pause et une augmentation du risque d'obésité.</p> <p>- Ce type d'horaire (matin, soir et nuit) entre en conflit avec le rythme physiologique du corps humain (= circadien) et provoque plus de fatigue chez les infirmier-ère-s que les horaires fixes. Une rotation rapide de ces 3 pauses augmente la fatigue en fin de pause de nuit comparé aux infirmier-ère-s de jour.</p> <p>- Le travail à pauses entre également en opposition avec le temps consacré aux activités familiales et sociales.</p> <p>- Après 3 pauses, les infirmier-ère-s sont plus lentes, plus endormies et moins attentives.</p> <p>Les horaires en rotation exposent les infirmier-ère-s à plus de nervosité, stress, sédentarité et irritabilité.</p>	<p>- Di Muzio et al.</p> <p>- Ferreira et al., Leso et al. Et Saulle et al.</p> <p>- Alfonsi et al., Di Muzio et al., James et al. et Kaliyaperumal et al.</p> <p>- James et al. et Ljevak et al.</p> <p>- Ljevak et al.</p>
<p>Le travail à plus de 12h</p>	<p>- Cause de grande fatigue chez les infirmier-ère-s et est donc lié à une augmentation du nombre d'évènements indésirables et d'erreurs médicamenteuses (2% par heure supplémentaire après 12h de prestation).</p> <p>- Au cours de 12h de nuit, la fatigue s'accroît considérablement accompagnée d'affections de la performance.</p> <p>- Avis divergents à propos des 12h : des études ont trouvé que les infirmier-ère-s prestant 12h sont plus fatiguées</p>	<p>- Di Muzio et al.</p> <p>- Ferreira et al. et Wilson et al.</p>

	<p>que celles qui en prestent 8h, tandis que d'autres études ont montré qu'il n'existe pas de différence.</p> <p>Différentes mesures ont été prises sur l'effet des 12h, il en ressort que l'attention et la force musculaire sont les différences observées entre le jour et la nuit.</p> <p>Certaines études ont démontré une différence de qualité de soins en lien avec un temps de prestation plus long.</p>	<p>- James et al.</p>
--	---	-----------------------

Pour terminer ce point sur la qualité des soins, nous pouvons dire :

- son évaluation est essentielle pour assurer une amélioration continue,
- sa diminution est causée par différents facteurs (fatigue, type d'horaire, la durée de la prestation, le travail en rotation, le stress) et conduit aux erreurs commises,
- sa variation est expliquée par l'âge des travailleurs, les années d'expérience, le temps d'éveil avant la nuit.

4. Les différences dans la fonction infirmière

Une définition du travail de nuit permet de clarifier la compréhension d'éventuelles différences de compétences ainsi que de contexte de travail entre celui de jour et de nuit. Le travail de nuit est défini par la loi du 16 mars 1971 comme étant : « toutes prestations de soins réalisées par les travailleurs qualifiés entre 20h le soir et 6h le matin ». Cette loi s'applique aussi bien aux travailleurs masculins que féminins, dans les établissements de soins de santé, de prophylaxie ou d'hygiène.

Le travail de jour est donc l'opposé de cette définition avec des prestations de soins entre 6h et 20h.

4.1. Les différences du travail de jour et de nuit

<u>Thèmes</u>	<u>Contenus lus dans les articles scientifiques</u>	<u>Auteurs</u>
Organisation	- L'activité au point de vue de la quantité ainsi que le nombre de personnel présent est différente, entraînant un changement d'organisation et une adaptation face à la charge de travail. Les objectifs et priorités seront différents.	- Toupin C.

	<ul style="list-style-type: none"> - La nuit, le personnel se sent plus autonome car il peut mieux s'organiser et il y a une meilleure entraide. - L'organisation du jour et de la nuit n'est pas du tout similaire. - L'activité de nuit requiert la maîtrise de priorisation des tâches. - Le nombre de patients est plus important par rapport au nombre de personnel infirmier présent. Absence de la hiérarchie. Les autres services fonctionnent eux aussi selon un nombre restreint 	<ul style="list-style-type: none"> - Rivaleau C. - Jeanmougin C. - Ducoulombier A. - Ben Jilani H.
Responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> - La nuit, pas de présence médicale en continu comme en journée. Le personnel soignant sera amené à prendre plus d'initiatives et en assumer les responsabilités. - Travail en pluridisciplinarité la journée. - Responsabilité beaucoup plus grande car moins de personnel la nuit et peu importe l'état du patient. - Être seul(e) la nuit c'est être face aux différentes responsabilités et donc comme si on était face à soi-même. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toupin C. - Ducoulombier A. - Herisson B. - Levy I.
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> - Créer leur propre compétence et capacité à gérer des situations compliquées car ils/elles sont livré(e)s à eux-mêmes. Il est identifié à différents endroits que ce sont des compétences spécifiques que le personnel soignant a créé par lui-même car ils sont des conditions spécifiques de prestation nocturne. Meilleure adaptation et plus d'expérience s'ils/elles ont presté du jour auparavant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toupin C.

	<p>- Idéalement, les nouveaux/elles engagé(e)s ne presteront pas la nuit directement et passeront par une période de travail de jour avant.</p> <p>- L'environnement du travail de nuit exige d'autres compétences professionnelles dû au contexte de travail différent.</p> <p>Il apparait qu'un manque de connaissances et de savoir-faire des infirmier-ère-s de nuit pourrait être noté malgré le fait qu'ils/elles seront plus souvent confronté(e)s à des actes variés et complexes.</p>	<p>- Jeanmougin C.</p> <p>- Betout C. et al.</p>
Bien-être	<p>- Moins de tension la nuit car la hiérarchie est moins présente. Meilleure ambiance, convivialité et plus de solidarité durant la nuit.</p> <p>Plus de temps à accorder aux patients.</p>	<p>- Jeanmougin C.</p>

Pour synthétiser ce point et reprendre les différences du travail de jour et de nuit, nous pouvons dire que :

- le cadre d'effectifs du personnel infirmier ne permet pas de couvrir les différentes pauses de la même manière, il en découle des responsabilités, une organisation différente,
- l'absence de hiérarchie contraint les infirmier-ère-s à prendre des décisions de façon autonome et rapide,
- le travail presté la journée façonne leur expérience pour mieux affronter les situations d'urgences survenant la nuit.

4.2. Les différences d'accès aux formations, réunions

<u>Thèmes</u>	<u>Contenus lus dans les articles scientifiques</u>	<u>Auteurs</u>
Réunions de service et continuité de la formation	- Ils/Elles reconnaissent s'investir au début pour participer aux réunions de services mais finissent par lâcher prise car ils/elles se rendent compte qu'on ne les tient pas en considération et on ne leur demande pas si les horaires les arrangent.	

	<p>Ils/Elles estiment devoir se former eux-mêmes pour rester à jour.</p> <p>- Mise en avant d'échanges de connaissances, de méthode ou de technique entre les nouvelles recrues et les plus anciennes en termes de formation.</p> <p>Implantation d'un(e) infirmier-ère volante de renfort afin de pouvoir venir aider mais surtout apporter les connaissances et compétences supplémentaires à ses collègues de nuit.</p> <p>Si le personnel n'est pas investi dans la participation du projet de soins alors il faut beaucoup de communication sinon la continuité des soins est considérée comme rompue.</p> <p>La formation du personnel est quelque chose d'indispensable. Et cela est plus facile pour les infirmier-ère-s qui ne sont pas fixes de nuit.</p> <p>- Les compétences sont remises en question par leur absence lors de réunion ou de formation qui se déroule en journée.</p> <p>- Les infirmier-ère-s de nuit se retrouvent isolé-e-s, oublié-e-s. Il y a un manquement de convocation aux réunions de jour et donc aux prises de décisions.</p>	<p>- Herisson B.</p> <p>- Jeanmougin. C.</p> <p>- Betout C. et al.</p> <p>- Ben Jilani H. et Perraut Soliveres A.</p>
<p>Manque de compétences spécifiques des infirmier-ère-s de nuit fixes</p>	<p>- Observations de situations qui ont posé souci par manque de formations des infirmier-ère-s de nuits telles que : l'utilisation de certains appareils ou actes techniques.</p> <p>- Il faudrait envisager de prester de jour avant de faire des prestations nocturnes afin d'acquérir des compétences, de l'expérience.</p> <p>Les compétences sont remises en question étant donné leur absence lors de réunions ou de formations qui se déroulent en journée.</p>	<p>- Toupin C.</p> <p>- Betout C. et al.</p>

Pour résumer l'accès aux formations et aux réunions du personnel infirmier, il est à noter que :

- l'investissement pour le service est vécu différemment le jour et la nuit,
- l'organisation de réunions n'est pas souvent planifiée en tenant compte des impératifs du personnel soignant prestant la nuit,
- l'expérience acquise en prestant la journée est un avantage considérable pour prester des horaires nocturnes (notamment dans l'apprentissage de la priorisation des soins).

4.3. Les représentations du travail de jour et de nuit

<u>Thèmes</u>	<u>Contenus lus dans les articles scientifiques</u>	<u>Auteurs</u>
Représentations sur les travailleurs de nuit : contact avec la hiérarchie (cadres de proximité et la direction).	<p>- Les infirmier-ère-s de nuit se disent être à part. Ils/Elles s'investissent souvent au début pour participer aux réunions de services mais finissent par lâcher prise car ils/elles se rendent compte qu'on ne les tient pas en considération, ne leur demande pas si les horaires les arrangent, ...</p> <p>- Présupposition qu'il y a moins d'actes techniques et donc de connaissances nouvelles durant la nuit mais sans que ce soit prouvé.</p> <p>- Sous-estimation du travail de nuit. Ce travail aurait pour conséquence de diminuer la capacité attentionnelle et donc remet en question la performance des travailleurs. Mauvaise considération du personnel de nuit en général, ils se sentent oubliés.</p> <p>- Le personnel se sent moins considéré par la direction. L'appellation de « veilleurs » montre aussi la considération, comme s'il ne faisait que veiller sur les patients sans faire tout ce qu'ils font réellement. Isolement des équipes de nuit avec un manque d'informations à leur égard.</p>	<p>- Herisson B.</p> <p>- Levy I.</p> <p>- Toupin C.</p> <p>- Jeanmougin C</p>

	<p>- Il y a moins d'actes techniques présents la nuit, le travail est donc moins valorisé et les infirmier-ère-s sont repris(es) comme veilleurs(ses) une nouvelle fois. Les compétences ne seraient pas non plus égales vu les absences aux réunions et formations.</p>	<p>- Betout C. et al.</p>
<p>Améliorateurs de la cohésion d'équipe</p>	<p>- Les infirmier-ère-s de nuit trouvent qu'en général, c'est eux/elles qui font l'effort afin de créer des liens avec l'équipe de jour.</p> <p>- Pour qu'il y ait une meilleure continuité des soins : la communication et l'organisation seront nécessaires. Il est recommandé d'intégrer tous les membres de l'équipe à part entière afin qu'ils se sentent inclus dans les projets du service.</p> <p>Le fait de faire des rotations d'équipe sans avoir de fixe permet de voir tout le personnel, de l'observer et donc de l'évaluer plus facilement. Cela permet aussi que tout le monde se rende compte du travail de l'autre et diminue les tensions jour/ nuit.</p> <p>- Favoriser des temps d'échanges avec les équipes de nuit afin qu'elles se sentent plus écoutées et intégrées. La considération de la hiérarchie est importante.</p> <p>- Certains facteurs sont attendus de la part des managers tels que la cohésion, la confiance et l'ambiance qui sont des éléments importants afin d'obtenir de la performance. La qualité du travail des équipes sera marquée par un soutien et de la solidarité.</p> <p>- Selon Bourret, « L'activité des cadres est par nature un travail d'articulation..., de mise en relation des logiques, des groupes et des personnes ». « L'encadrement a une fonction de lien social, son rôle</p>	<p>- Herisson B.</p> <p>- Jeanmougin C.</p> <p>- Joris C. et al</p> <p>- Dumas M. et al</p>

	<p>ne consiste pas seulement à relayer l'information, mais à relier des hommes, des mondes sociaux de plus en plus éclatés ».</p> <p>- La cohésion est influencée par la grandeur de l'équipe. Quelques moyens existent pour la renforcer : améliorer la communication ainsi que faire appel à des services extérieurs (psychologues).</p>	<p>- Bourret (cité dans Dumas M. et al)</p> <p>- West et al. (cité dans Dumas M et al)</p>
--	--	--

Dans le but d'être concises suite aux différents éléments repris ci-dessus, nous pouvons dire que :

1. L'organisation du travail entre le jour et la nuit n'est pas la même. Les compétences attendues seront donc modifiées et chacun s'adaptera au travail ainsi qu'aux responsabilités auxquelles il doit faire face ;
2. L'équipe de nuit est souvent oubliée à tous les niveaux, ce qui entraîne un déséquilibre en termes de formation, d'information et d'implication de la part du personnel soignant.
3. Des représentations persistent et une tension entre les équipes de jour et de nuit est bien présente. Le rôle du manager en termes de cohésion d'équipe aura toute son importance.
4. Le manager peut influencer la cohésion de son équipe suivant son leadership.

5. Le management

La gestion de personnes dans un établissement, dans un service est appelée le management. Le leadership est une technique de management qui consiste à encourager le personnel par un processus d'influence sociale afin d'atteindre les objectifs ciblés. Comment réagir, en tant que manager, face à du personnel résistant au changement ? Comment obtenir leur adhésion à une nouveauté ? Une cohésion d'équipe ?

5.1. Le manager et ses différentes facettes

La fonction de manager possède différentes facettes et consiste généralement en un travail d'articulation. Parmi les tâches exercées les plus couramment, on retrouve la gestion

d'équipe et du matériel, la médiation de conflits, la résolution de problèmes et le développement de compétences des individus.

En ce qui concerne la cohésion d'équipe, le manager occupe un rôle essentiel pour l'équipe. Dans l'étude de Bartonicek C. (2008), il est mentionné que s'il co-existe deux cadres de proximité (un pour l'équipe de jour et l'autre pour celle de nuit), la scission jour/nuit existante au sein de l'équipe risque d'augmenter. En cause : les difficultés de communication entre les deux cadres de proximité.

Cette même étude met également en évidence le fait de n'avoir qu'un(e) seul(e) chef(fe) d'équipe comme plus positif, même si elle ne fait des réunions avec le personnel de nuit que 2X/an ou qu'en cas de négligence ou d'erreurs. Un autre fait est souligné : la cohésion est augmentée par l'implication du personnel de nuit dans les projets du service.

Enfin, l'étude souligne que l'évaluation du personnel de nuit fixe est une tâche beaucoup plus compliquée.

Bétout C. et al, mettent en évidence certains éléments clés du travail en équipe : les dossiers de soins des patients, le relais entre les équipes de jour et de nuit par les transmissions. La nuit, l'effectif étant réduit, ils ont la sensation de ne pas appartenir à une équipe. Jeanmougin C. définit la cohésion d'équipe comme étant la continuité des soins. C'est lorsque l'ensemble du personnel voit les éléments concernant un patient de la même manière et agit de la même façon pour procurer les soins.

Bartonicek C. montre dans son étude que le cadre de proximité a un rôle important dans la gestion de l'ensemble de l'équipe. Et qu'il n'y a pas assez d'échanges sur les équipes de nuit, posant question sur l'évaluation des pratiques.

Perraut Soliveres A. déclare que l'encadrement de nuit est nécessaire pour maintenir une cohésion d'équipe. Cet encadrement est d'autant plus important lorsqu'une baisse de moral du personnel de nuit apparaît, ces professionnels étant déjà très solitaires. De plus, ils font office de porte-parole de ces équipes de nuit.

Quant à son rôle de médiateur, le manager gère les conflits internes entre personnel soignant mais également entre médecins et infirmier-ière-s.

Le cadre de proximité, ou manager, a également pour fonction la gestion administrative de l'unité de soins ainsi que celle du matériel.

Une autre facette importante de cette fonction managériale est le développement de compétences des membres de son équipe. Pour ce faire, le manager réalise des évaluations

individuelles permettant de valoriser les compétences de chacun (les savoirs et savoir-faire acquis) et celles à renforcer, à améliorer. Il est également important d'adapter ces compétences aux soins, en continue évolution.

5.2. La résistance au changement

« Tout changement, qu'il soit planifié ou non, entraîne chez les individus des réactions de résistance » (Klein cité dans Hébert, 1983). Bien comprendre la résistance au changement permet de trouver les leviers pour l'ôter.

Lewin (cité dans Hébert 1983) a défini cette résistance comme étant « une force qui empêche le système de changer ».

Modifier un comportement, une attitude entraîne une bataille contre un comportement préexistant tenu pour juste. L'adoption d'une nouvelle procédure demande au personnel soignant de renoncer à l'ancienne technique, adoptée jusque-là. (Dejours C. et al., 1994). La résistance aux changements chez le personnel soignant a été décrit par G. Watson et comprend cinq étapes d'évolution de cette dernière à l'introduction d'une innovation.

Lors de la première étape, la résistance est importante et non distinguée. Ensuite, l'identification des forces pour l'innovation et celles contre est possible. La troisième étape est celle où s'organise la résistance dans le but de pallier la mise en application du changement. Lors de l'étape suivante, les défenseurs de l'innovation sont majoritaires et la résistance persistante devient une nuisance tenace. Enfin, la dernière étape du cycle comprend l'apparition de l'implémentation du changement.

Selon Lewin, une organisation maintient un équilibre grâce à deux types de forces ayant quasiment la même intensité et qui s'opposent à savoir d'une part les forces incitantes (objectifs, innovateurs) et d'autre part, les résistances (les peurs, habitudes). Un déséquilibre entre ces forces, causé par des pressions favorables au changement ou par des diminutions de résistance, permet un changement, qui est le passage vers un nouveau niveau d'équilibre. Pour un changement durable et stable, il est important qu'il soit accepté premièrement en petit groupe.

Enfin, Hébert F. souligne l'importance d'élaborer des processus afin de diminuer les forces de résistance, et ce, en même temps que l'implantation d'un changement.

5.3. La gestion du changement

Le manager apportant un changement est confronté à la peur, la panique, la colère, l'anxiété des employés qui devront adopter ce changement. John Kotter, philosophe fondateur de la théorie de la gestion du changement a décrit une approche pour les managers qui permet de positiver les sentiments négatifs en confiance et en optimisme. Ces éléments favorisent le changement.

Selon Kotter (cité dans Campbell, 2020), huit étapes composent la mise en place d'un changement :

1. Le développement du sentiment d'urgence (en s'assurant qu'un nombre restreint de personnes travaillent au projet avec un degré d'urgence).
2. La construction d'équipe de pilotage (en sélectionnant les bonnes personnes qui guideront le changement).
3. L'obtention d'une vision juste (en définissant clairement les objectifs, la direction du projet).
4. La communication pour obtenir l'adhésion (en détectant et surmontant les résistances, proposant des séances de questions/réponses et en suscitant l'engagement pour le changement proposé).
5. L'activation de l'action (en levant les barrières de résistance par la transmission d'informations de connaissances et par des feedbacks de l'application du changement réalisé).
6. La création de gains à court terme (par la démonstration des gains de l'adoption du changement).
7. La persévérance (en observant les gains de l'étape précédente, les individus commencent à comprendre la raison du changement et croient au succès du projet).
8. Le maintien (en s'assurant que le changement est adopté durablement par les individus).

Ces étapes sont regroupées en 4 phases : la préparation, l'engagement, la réalisation et l'ancrage du changement.

Pour conclure ce chapitre, nous pouvons dire que :

- le cadre de proximité a un rôle managérial multifacettes lié à la gestion des équipes, le développement des compétences de son personnel, la gestion du changement dans son équipe,

- la cohésion d'équipe est favorisée par la gestion du service par un seul manager (tant pour les infirmier-ère-s de jour que ceux prestant la nuit),
- la cohésion est également augmentée avec l'implication du personnel dans la vie du service et l'uniformisation des pratiques,
- le développement des compétences des membres de l'équipe est réalisée via les évaluations individuelles régulières,
- la gestion du changement, incluant la résistance aux changements et la gestion des personnalités des membres de l'équipe, est un défi permanent auquel les cadres de proximité sont confrontés.

METHODOLOGIE

Dans cette partie se trouvent décrits, l'organisation de nos recherches, le choix de la méthodologie ainsi que les échantillons avec leurs différents critères d'inclusion et exclusion.

1. Type d'étude

Après intégration des différents types d'études existantes, via le référentiel « Fondements et étapes du processus de recherche » de Fortin M.-F. et Gagnon J. (Fortin et Gagnon, 2022), nous avons opté pour une démarche qualitative descriptive.

2. Méthode de collecte des données

2.1. La revue de la littérature

Pour la réalisation du cadre conceptuel, nous avons interrogé les bases de données suivantes : Pubmed, CAIRN, EM Consult et Google Scholar.

Les thésaurus utilisés, en langue anglaise, étaient : hospital service operation, Impact of night work on performance, change management, membership by change management, nurses team membership, nightshift nurse, nightshift nurse contact with the hierarchy.

Quant aux thésaurus en langue française, ceux-ci étaient : compétences infirmières, listes d'actes infirmiers, listes d'actes infirmiers par service hospitalier, fonctionnement service hospitalier, organisation service infirmier, qualité de soins définition, différence fonction infirmière, formation continue infirmière, adhésion équipe soins de santé, adhésion équipe, change management, infirmier, infirmier de nuit contact avec la hiérarchie, contrôle social infirmier.

Nous avons ensuite réalisé une sélection suivant leurs thèmes abordés et sélectionné les plus adéquats en lien avec notre sujet. Après lecture de ces derniers, nous en avons extrait les données pertinentes que nous avons mis en corrélation parmi les différents auteurs.

2.2. La recherche qualitative

Afin de puiser les informations judicieuses, nous avons opté pour des entretiens qualitatifs avec trois groupes : les cadres de proximité, le personnel infirmier travaillant de jour et de nuit ainsi que celui prestant exclusivement de nuit.

Nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif pour chacun des groupes, avec quelques questions démographiques dans un premier temps. Ensuite, nous abordons les questions ciblées à notre problématique de recherche.

2.3. Présentation des investigateurs et de l'établissement

Nous sommes des infirmières bachelières au sein du Grand Hôpital de Charleroi (GHdC) depuis 2011 et 2016. L'une d'entre nous est cadre de proximité dans le service d'hospitalisation en cardiologie-néphrologie. La deuxième d'entre nous, spécialisée en pédiatrie-néonatalogie, exerce au service de soins intensifs en néonatalogie avec l'objectif d'exercer une fonction d'adjointe ou de cadre de proximité, à l'avenir. Chacune d'entre nous avons travaillé dans ces services respectifs plusieurs années avant de suivre les cours pour l'obtention du Master en Santé Publique à l'université Catholique de Louvain.

Durant nos années de pratiques, nous avons fréquemment constaté des affrontements et reproches entre les équipes de jour et de nuit en lien avec la qualité des soins. Etant manager ou aspirant à l'être, la gestion de ces conflits ainsi que l'amélioration de la cohésion suscitent notre intérêt afin de pouvoir à l'avenir gérer au mieux les équipes.

Afin de faciliter la prise de contact avec les personnes à interroger, nous avons opté de réaliser des entretiens au sein de l'établissement dans lequel nous travaillons. L'intérêt porté par la direction infirmière pour le sujet nous a également motivée à réaliser ces entretiens au GHdC, d'autant que ce sujet n'a jamais été traité auparavant.

En ce qui concerne le GHdC, cette institution est, actuellement, répartie sur 6 sites :

- Notre-Dame située au centre de Charleroi,
- Saint-Joseph à Gilly,
- Sainte-Thérèse à Montignies-sur-Sambre,
- IMTR à Loverval,
- Reine-Fabiola à Montignies-sur-Sambre,
- Centre psychothérapeutique de jour Charles-Albert Frère à Marcinelle.

Les sites Reine-Fabiola et Charles-Albert Frère sont exclus de notre recherche étant donné qu'il n'y a pas d'activité de nuit au sein de ces établissements.

La capacité de l'hôpital est de 1154 lits, 676 384 consultations médicales et paramédicales par an¹.

Cet établissement traite 92 229 urgences par an avec un taux d'hospitalisation de 15,1%.

¹ GRAND HOPITAL DE CHARLEROI (2023). Rapport annuel 2022. Charleroi. Disponible sur <https://intranet.ghdc.be/Documents%20partages/Rapport%20annuel.pdf> (Consulté le 30 octobre 2023).

En 2022, le nombre d'urgences entre 20h et 8h était de 14 955, soit 16,6 % qui se déroulent durant la prestation de nuit.

Quant aux ressources humaines, l'hôpital gère 2938 équivalents temps plein (ETP) répartis sur 4162 personnes salariées auxquels s'ajoutent 589 ETP indépendants².

Depuis 2014, le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC) s'est investi dans un nouveau projet, à savoir la création d'un nouveau centre hospitalier situé à Gilly, site « Les Viviers » ; ceci dans le but de rassembler ses cinq sites hospitaliers. Seul le site Notre-Dame sera conservé pour certaines consultations et pour les pôles de gériatrie ainsi que celui de la santé mentale. La réalisation de ce grand projet occupe actuellement énormément la direction de l'institution.

2.4. Constitution de l'échantillon

Les populations retenues pour notre travail sont : les cadres de proximité, le personnel infirmier travaillant de jour et de nuit ainsi que celui prestant uniquement la nuit.

Nous retenons les critères d'inclusion suivants :

- être infirmier-ère,
- prester dans un service d'hospitalisation classique,
- prester du jour et de la nuit,
- avoir une ancienneté de minimum un an dans la fonction du service.

Pour l'échantillon des cadres de proximité, s'ajoute le critère d'exercer cette fonction depuis minimum 5 ans.

Quant aux critères d'exclusion, ceux-ci sont :

- ne pas être infirmier-ère,
- avoir une ancienneté de moins d'un an dans la fonction du service,
- prester dans un service spécifique (tel que des soins intensifs, urgences, bloc-opératoire),
- les services sans prestations de nuit,
- les services dans lesquels nous exerçons,
- les infirmier-ère-s travaillant dans l'équipe mobile de remplacement immédiat.

² GRAND HOPITAL DE CHARLEROI (2022). Rapport annuel 2021. Charleroi. Disponible sur <https://intranet.ghdc.be/Documents%20partages/Rapport%20annuel.pdf> (Consulté le 30 mars 2023).

Pour établir notre échantillon, nous les contacterons par mail avec les différentes données telles que : notre demande, le sujet et nos attentes de leur part.

Après avoir fixé les différents rendez-vous, nous nous répartirons les interviews afin de les réaliser. La taille de notre échantillon sera dépendante du niveau de saturation des données.

La technique d'échantillonnage choisie est de type « intentionnel », également appelé « échantillonnage sélectif ». Selon Fortin et Gagnon, « L'échantillonnage intentionnel est semblable à l'échantillonnage par convenance, sauf qu'il requiert de choisir des personnes répondant à certains critères et non sur la base de leur simple disponibilité » (Fortin & Gagnon, 2016). Cette méthode consiste donc à sélectionner les participants suivant les critères précis des chercheurs.

2.5. Objectif de la recherche

L'objectif principal de notre recherche est d'explorer l'impact d'un fonctionnement jour/nuit sur la qualité des soins prodigués, et ce au travers des compétences développées au sein d'une même équipe de soins (tant de jour que de nuit).

Dans ce cadre, seront également interrogés l'intégration des équipes de nuit par la communication et le management. L'amélioration de la formation continue est un objectif secondaire en vue du développement professionnel.

2.6. Procédure de recueil des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés sur base des guides d'entretien que nous avons créés pour chaque groupe (Annexe 3 et 4). Les questions étaient ouvertes afin de permettre aux personnes d'exprimer librement leurs avis/ressentis à propos des sujets abordés. Dans un but de vérification de la qualité des questions, les guides d'entretien ont été lus et approuvés par le promoteur et la co-promotrice.

Un pré-test a été effectué pour chaque groupe. Ceci nous a permis de reformuler deux questions qui étaient incompréhensibles.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre le 14 décembre 2023 et le 8 mars 2024. Suivant l'analyse des premiers résultats, nous avons reprogrammé des entretiens suivant la saturation ou non des groupes.

Au début de chaque entretien, le caractère confidentiel et anonyme était rappelé au participant. L'accord pour l'enregistrement était également demandé. Ceci afin de nous permettre de

retranscrire les entretiens afin de faciliter notre analyse.

Les entretiens ont eu une durée variant entre 25 et 32 minutes.

En ce qui concerne la saturation des données, elle est apparue à différents moments dans les groupes. Pour le groupe du personnel infirmier prestant exclusivement la nuit et le groupe des cadres de proximité, la saturation a été observée après sept entretiens, confirmée à huit. Quant au groupe personnel infirmier travaillant de jour et de nuit, la saturation est apparue après onze entretiens, confirmée à douze.

3. Méthode d'analyse

Pour l'analyse des données récoltées, nous avons utilisé le logiciel « Web QDA » (logiciel pour l'analyse des données qualitatives).

De plus, nous avons identifié tout au long de l'analyse différents thèmes issus des données. Nous pouvons donc parler d'une méthode inductive qui a été mise en place.

4. Aspect éthique

Notre échantillon étant constitué exclusivement de professionnels de l'art infirmier, nous n'avons pas dû solliciter l'accord du comité d'éthique du Grand Hôpital de Charleroi.

Nous avons obtenu l'accord à la directrice des soins infirmiers pour réaliser les entretiens au sein de l'institution.

Cette autorisation nous a été délivrée le 7 décembre 2023. Cet accord nous précisait d'avertir les cadres de pôles des professionnels que nous interrogerons, chose faite avant le début des entretiens.

RESULTATS

1. Description de l'échantillon

L'échantillon est composé de vingt-huit personnes réparties en trois groupes : le personnel infirmier prestant la nuit exclusivement, le personnel infirmier prestant de jour et de nuit et les cadres de proximité.

Voici les données démographiques pour chaque groupe interrogé :

Personnel infirmier prestant exclusivement la nuit (n = 8)		
Genre	Femme	8
	Homme	0
	X	0
Âge moyen (en années)	43 ± 12	
Ancienneté dans l'institution (en années)	18 ± 11	
Ancienneté dans la fonction (en années)	17 ± 11	
Modes du temps de travail (en heures/ semaines)	19 et 28,5	

Personnel infirmier prestant le jour et la nuit (n = 12)		
Genre	Femme	12
	Homme	0
	X	0
Âge moyen (en années)	28 ± 4	
Ancienneté dans l'institution (en années)	4 ± 3	
Ancienneté dans la fonction (en années)	4 ± 3	
Mode du temps de travail (en heures/ semaines)	38	

Cadres de proximité (n = 8)		
Genre	Femme	8
	Homme	0
	X	0
Âge moyen (en années)	46 ± 11	
Ancienneté dans l'institution (en années)	21 ± 11	
Ancienneté dans la fonction (en années)	14 ± 9	

Au regard de nos données démographiques, nous avons remarqué :

1. L'absence d'hommes interrogés : minoritaires au sein de la profession infirmière. Une partie étant exclue suite à nos critères d'inclusion, la faible minorité restante était indisponible pour les entretiens lors de la période de réalisation de ces derniers.
2. Une donne générationnelle, opposant les infirmières de jour et de nuit à celles de nuit et aux cadres de proximité, est présente avec des valeurs, visions et comportements différents.
3. Il est à remarquer que les prestations de jour et de nuit sont plus fréquemment effectuées par des prestataires plus jeunes contrairement aux prestations de nuit qui sont effectuées par des personnes plus âgées.

2. Présentation des résultats

Dans un souci du respect de l'anonymat et de la confidentialité, les infirmières prestant exclusivement la nuit ont été renommées « Personnel infirmier de nuit 1 à 8 », pour le groupe prestant le jour et la nuit : « Personnel infirmier de jour et de nuit 1 à 12 » et les cadres de proximité ont été renommés « Cadre de proximité 1 à 8 ». Ces numérotations ont été affectées suivant l'ordre de la réalisation des entretiens.

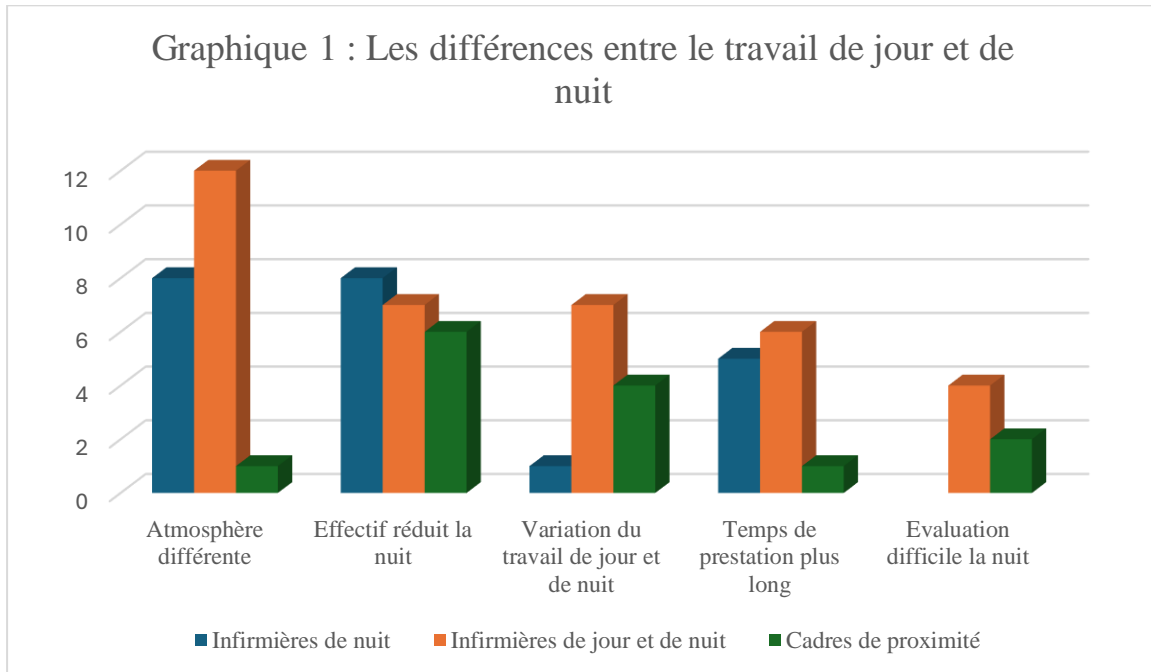
Pour l'élaboration de l'analyse de nos données, nous avons décidé de la réaliser de manière thématique. Pour ce faire, nous avons codé les entretiens de manière inductive sans avoir établi de catégories préalables. Après une première lecture, nous les avons classés par données similaires. Ensuite, nous avons créé des étiquettes thématiques et les avons regroupées par thèmes. Ces différents thèmes présentés correspondent aux thèmes émergés du corpus.

Dans le but de faciliter la lecture, nous avons décidé de présenter ces résultats en histogramme.

Concernant les verbatims proposés pour chaque histogramme présenté dans ce mémoire, nous avons sélectionné les plus représentatifs ainsi que ceux affirmés avec le plus de force.

2.1. Différences entre le travail de jour et de nuit

Le premier thème abordé lors des entretiens est l'évaluation du travail ainsi que des soins effectués de jour et de nuit.



Voici quelques exemples de verbatims représentatifs pour chaque catégorie de cet histogramme.

2.1.1. L'atmosphère différente :

« *La journée, plus stressant en général* » (Personnel infirmier de nuit 8),

« *L'ambiance de travail est différente* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 11),

« *Plus de pression le matin* » (Cadre de proximité 4).

2.1.2. L'effectif réduit la nuit :

« *On est en personnel réduit la nuit* » (Personnel infirmier de nuit 2),

« *On est moins staffées la nuit. Moins de personnel quoi* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 9),

« *La grosse différence oui, c'est que la nuit elle est toute seule et que ben la journée, elles sont en nombre* » (Cadre de proximité 3).

2.1.3. La variation du travail de jour et de nuit :

« *Je pense qu'on fait la même chose de jour comme de nuit* » (Personnel infirmier de nuit 8),

« *Une grosse différence au niveau des soins : il y a moins de soins la nuit* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 9),

« La différence de soins à proprement dit parce que tous les gros soins sont vraiment... comment... heu... centralisés le matin » (Cadre de proximité 2).

2.1.4. Le temps de prestation plus long (la nuit) :

« Nos tranches horaires sont plus longues déjà », « Les récupérations sont différentes et appréciables » (Personnel infirmier de nuit 5),

« Je suis plus fatiguée et je dois plus me surveiller, être plus attentive à ce que je fais parce que je serais plus à risque de... faire une erreur » (Personnel infirmier de jour et de nuit 12).

2.1.5. L'évaluation difficile la nuit :

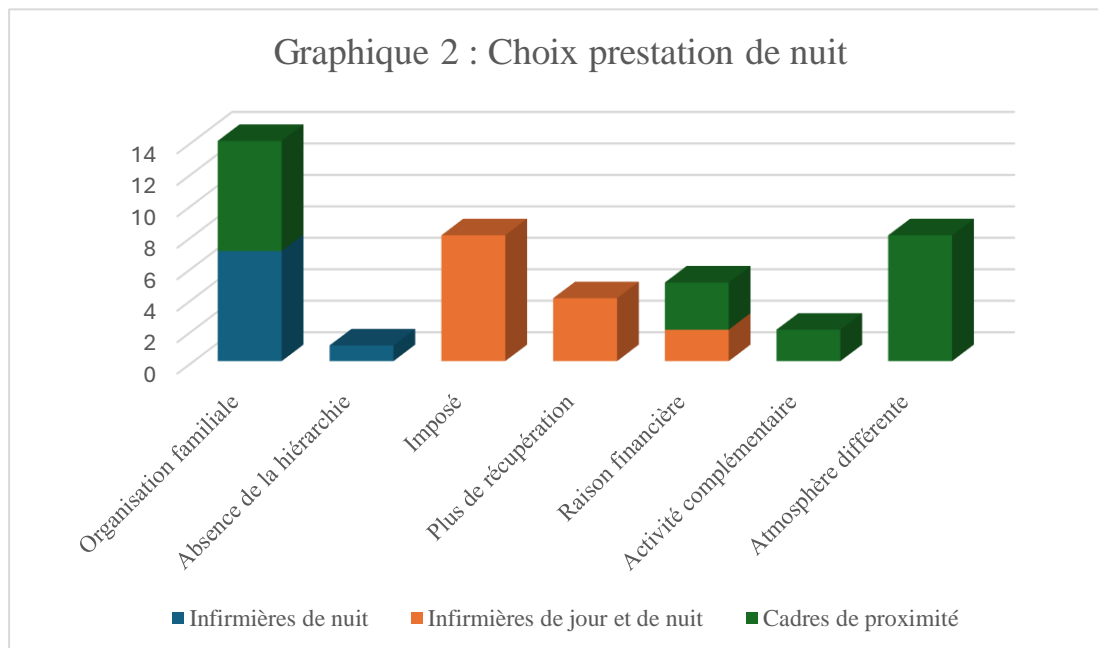
L'évaluation est considérée comme la vérification du travail accompli par les cadres de proximité et certaines infirmières prestant le jour et la nuit.

« Peut-être en sondant les patients parce qu'eux c'est les premiers je trouve heu... les mieux placés » (Personnel infirmier de jour et de nuit 8),

« Le retour des patients, en fonction de ce qu'elles disent au rapport », « c'est plus compliqué d'évaluer les soins de la nuit » (Cadre de de proximité 8).

2.2. Choix de la prestation

Concernant le choix de prester la nuit, les réponses varient suivant les groupes.



Voici quelques verbatims relatifs au graphique 2 :

2.2.1. Organisation familiale :

« *Question d'organisation pour les enfants, organisation familiale* » (Personnel infirmier de nuit 8),

« *On a des jours de récup après, ça aussi c'est intéressant...* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 7),

« *Je pense que pour beaucoup, c'était pour les enfants, pour la gestion avec des enfants* » (Cadre de proximité 5).

2.2.2. Absence de la hiérarchie :

« *Et pour ne pas avoir les chefs* » (Personnel infirmier de nuit 1),

« *Parce qu'il y en a justement qui recherchent d'être seules, fin d'être pas dans le brouhaha de la journée* » (Cadre de proximité 6).

2.2.3. Imposé :

« *Je choisis pas, c'est imposé* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 9).

2.2.4. Raison financière :

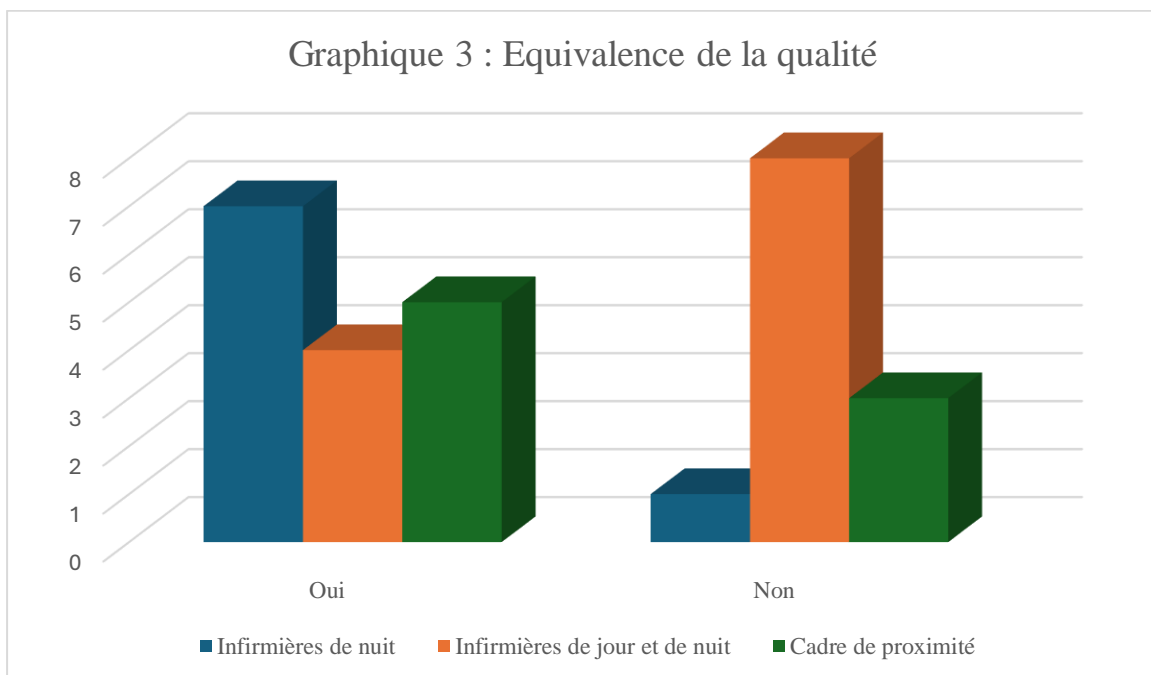
« *Le gros point, c'est quand même les sous* » (Cadre de proximité 1).

2.2.5. Activité complémentaire :

« *Parce qu'elles font du domicile* » (Cadre de proximité 4).

2.3. L'équivalence de la qualité des soins

Nous avons cherché à savoir si un lien existe entre la qualité des soins et une pause prestée.



Voici quelques exemples de verbatims représentatifs pour chaque catégorie de cet histogramme.

2.3.1. Les réponses affirmatives :

« *J'espère... pour moi, oui... pour moi, ce n'est pas une question d'horaire, c'est une question de personne...* » (Personnel infirmier de nuit 6),

« *La qualité des soins... heu elle est équivalente* » (Personnel infirmier de nuit 5),

« *Je n'ai pas l'impression que la qualité des soins change* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 5),

« *La qualité, oui, c'est la même chose* » (Cadre de proximité 1).

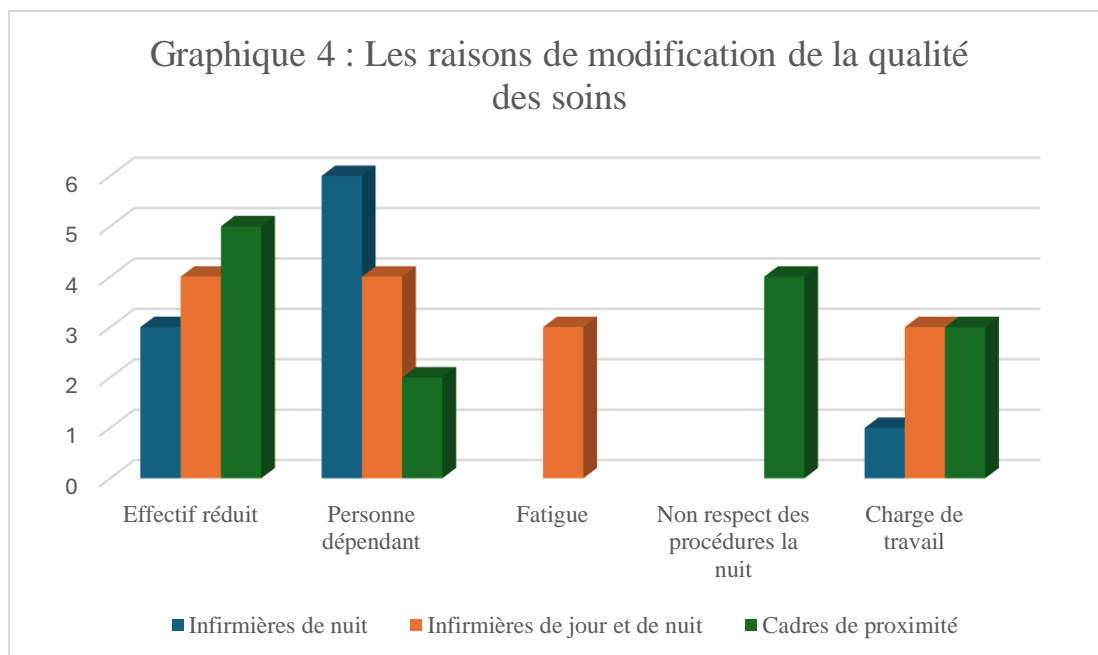
2.3.2. Les réponses négatives :

« *Non parce que le matin, je trouve que vu que t'as heu ben voilà comme c'est la même chose à chaque fois, vu que t'as une limite pour ton rapport à 13h ben je trouve que parfois heu tu peux louper des infos à donner aux patients* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 1),

« *Parce que moins on est, moins il y a une bonne qualité de soins* » (Cadre de proximité 2).

2.4. Les raisons de la modification de la qualité des soins

Cependant, différentes raisons de cette modification de qualité sont citées.



Voici quelques verbatims relatifs au graphique 4 :

2.4.1. Effectif réduit (la nuit) :

« *Le manque de personnel, la surcharge de travail pourrait influencer la qualité des soins* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 10),

« *J'ai envie de te dire que tout va dépendre du nombre de l'effectif. Il faut avoir un effectif correct pour que la qualité des soins soit perpétuelle tout au long de la journée* » (Cadre de proximité 4).

2.4.2. Personne dépendant :

« *C'est très personne dépendant la qualité des soins...* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 7).

2.4.3. La fatigue :

« *Déjà le temps de travail heu travailler plus longtemps, fatigue plus. Donc je pense qu'à partir d'un certain nombre d'heures, on peut être est moins efficaces* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 5).

2.4.4. Non-respect des procédures la nuit :

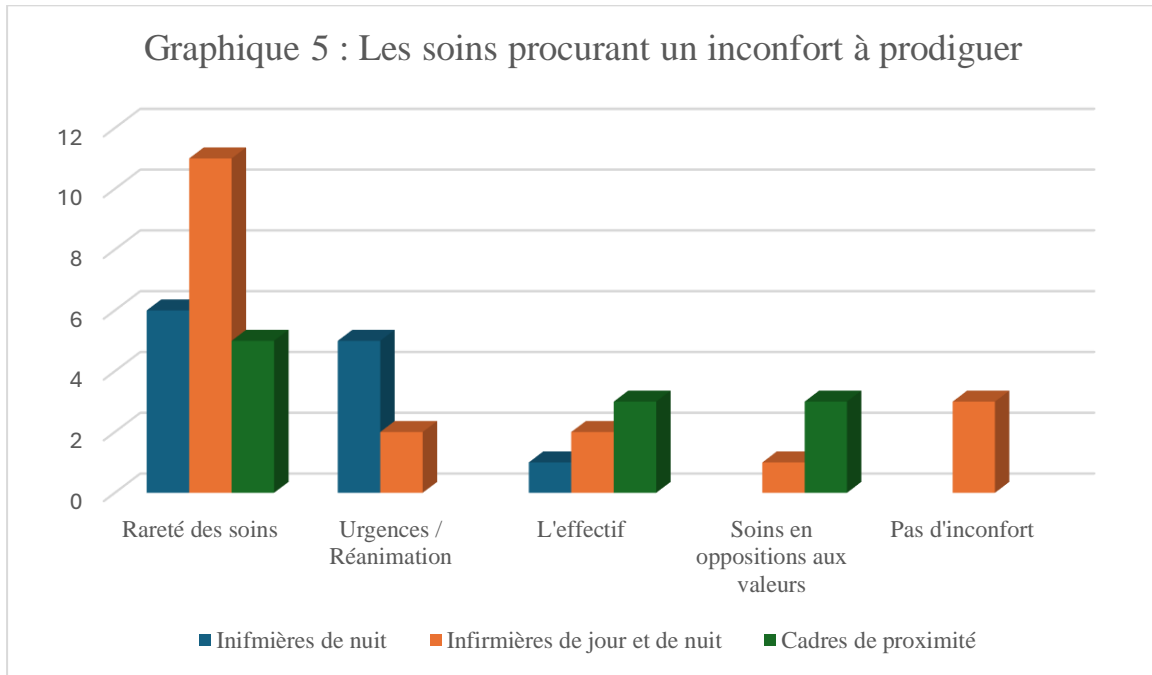
« *Les filles de jour respectent plus les procédures de l'hygiène aussi que la nuit. La nuit, elles font moins attention au respect de l'hygiène. L'hygiène et l'asepsie est moins respectée la nuit* » (Cadre de proximité 6).

2.4.5. La charge de travail :

« *La qualité est moindre parce qu'on a pas vraiment le temps et qu'on fait vite les choses* » (Cadre de proximité 2).

2.5. L'inconfort des soins

La problématique des soins/actes provoquant un sentiment d'inconfort ou une difficulté à les prodiguer a été abordée.



Ci-dessous, les verbatims expliquant ce sujet.

2.5.1. Rareté des soins :

« *Ce qu'on a plus vraiment l'habitude et oui vraiment les trucs plus rares comme ça... Les soins rares, quand on a un VAC, des choses comme ça* » (Cadre de proximité 8).

2.5.2. Urgence, la réanimation cardio-pulmonaire :

« *Les réas...* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 6).

2.5.3. Effectif réduit (la nuit) :

« *C'est pas une question de pas savoir gérer, c'est question que quand t'es seule, tu sais pas faire deux choses en même temps* » (Personnel infirmier de nuit 2).

2.5.4. Soins en opposition aux valeurs des professionnels :

Ils sont évoqués par les cadres de proximité et le personnel infirmier de jour et de nuit comme source d'inconfort.

« *Des ordres médicaux qui ne sont pas en accord avec leur éthique à elles* » (Cadre de proximité 3).

2.5.5. Pas d'inconfort :

Un quart du personnel prestant la journée et la nuit déclare ne pas avoir de sentiment inconfortable face aux différentes situations de soins possibles.

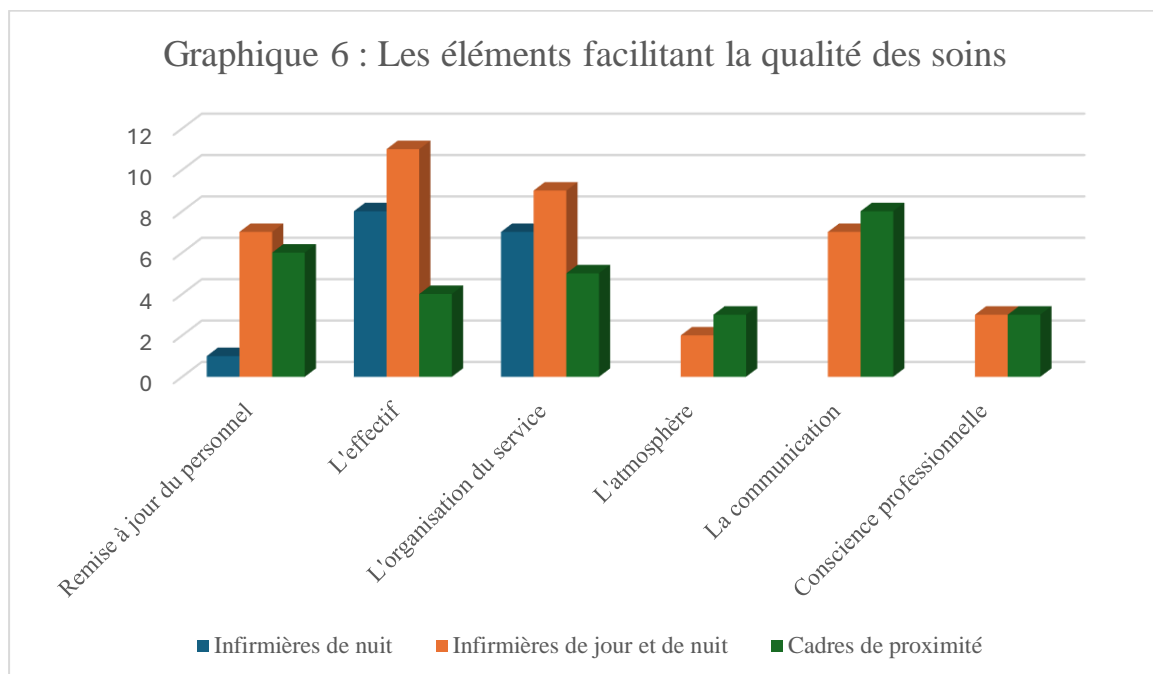
« *Non parce que vu que je passe de l'un à l'autre, non* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 8),

« *Non mais moi je pense que justement le fait de faire le jour, parfois je peux être amenée à faire des soins que si on a la nuit, je sais le faire* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 3).

2.6. Les leviers et barrières à la qualité de soins

Afin de prendre connaissance des éléments facilitant et non facilitant au maintien de la qualité continue, nous avons abordé ce thème.

Différents éléments facilitateurs sont mis en évidence par l'ensemble de l'échantillon.



Voici quelques exemples de verbatims représentatifs pour chaque catégorie de cet histogramme.

2.6.1. Remise à jour du personnel infirmier :

Ceci se traduit par la rotation des infirmières en jour et en nuit, par l'évaluation de l'ensemble du personnel infirmier et par le suivi de formation équitable.

« *Le recyclage de jour peut-être...* » (Personnel infirmier de nuit 5),

« *Moi dans l'idéal, fin mon grand idéal, c'est que tout le monde tourne* » (Cadre de

proximité 1),

« *Le maintien des évaluations* » (Cadre de proximité 3),

« *Les formations continues, ça ça facilite. Les évaluations annuelles faites par les cheffes* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 7).

2.6.2. L'effectif :

« *Plus de personnel, c'est surtout ça je pense* » (Personnel infirmier de nuit 7),

« *Ben avoir du personnel en nombre* » (Cadre de proximité 3).

2.6.3. L'organisation du service :

Ceci reprend la mise à disposition de matériel correct/fonctionnel et en suffisance, le respect des procédures et l'organisation générale du service

« *Déjà avoir du matériel correct... et suffisant...* » (Personnel infirmier de nuit 6),

« *Ceux de nuit ont beaucoup plus de mal à intégrer les nouvelles procédures* » (Cadre de proximité 2),

« *L'organisation du service. Dans le sens, exiger que tous les soins soient faits à telle heure* » (Personnel infirmier de nuit 3).

Toujours en rapport au graphique 6, certaines catégories sont reprises par tous.

Les thèmes de l'atmosphère, la communication et la conscience professionnelle sont uniquement mentionnés par deux groupes (les cadres de proximité ainsi que le personnel infirmier prestant le jour et la nuit).

2.6.4. L'atmosphère :

« *Instaurer une cohésion d'équipe et essayer qu'il n'y ait plus ces conflits* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 8),

« *L'ambiance du service. La solidarité. Tout ça impacte la qualité des soins* » (Cadre de proximité 4).

2.6.5. La communication :

« *La communication, dans le sens quand on fait un bon rapport de service, une bonne transmission* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 7),

« *Avoir une bonne communication avec l'équipe* » (Cadre de proximité 2).

2.6.6. La conscience professionnelle :

« *Ce n'est pas tant une question d'horaires mais une question de valeurs et de conscience professionnelle* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 8),

« *Ça dépend du caractère de la personne. Il y a des gens qui ne veulent pas*

respecter des procédures, qui vont faire à leur tête et ça c'est aussi bien de jour comme de nuit » (Cadre de proximité 2).

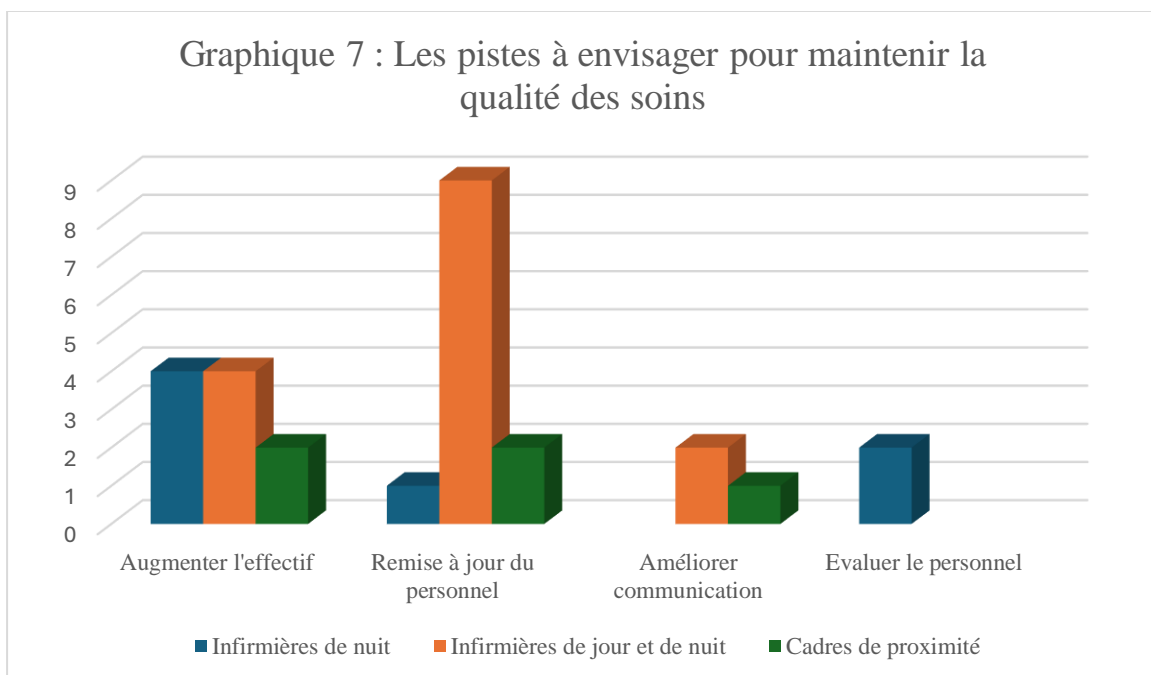
La charge de travail est également relevée par le personnel infirmier prestant le jour et la nuit comme étant un élément compliquant.

« La surcharge de travail pourrait influencer la qualité des soins » (Personnel infirmier de jour et de nuit 10),

« La qualité des soins là oui c'est vraiment dû à la charge de travail » (Personnel infirmier de jour et de nuit 4).

2.7. Les pistes à envisager

Les pistes à envisager pour maintenir une qualité de soins équivalente ont été mentionnées par les trois groupes interrogés.



Ci-dessous, des verbatims sur le sujet.

2.7.1. Augmenter l'effectif :

« Si on pouvait être 2 en permanence en nuit » (Personnel infirmier de nuit 7),

« Engager aussi pour casser le manque de personnel... » (Personnel infirmier de jour et de nuit 10),

« Déjà être en nombre suffisant » (Cadre de proximité 8).

2.7.2. Remise à jour du personnel infirmier :

Cette catégorie comprend l'uniformisation des procédures ainsi que plus de formations et la suppression d'infirmier-ère-s fixes de nuit ont été soulignés.

« *Une tournante. Rires. Ça ne m'arrangerait pas mais je pense franchement que ça ferait du bien à tout le monde* » (Personnel infirmier de nuit 4),

« *Ben justement que certaines veilleuses fixes de nuit repassent de temps en temps en jour* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 9),

« *Plus de formations obligatoires* » (Personnel de jour et de nuit 7),

« *Élargir les heures de formation* » (Cadre de proximité 2).

2.7.3. Améliorer la communication :

« *La communication d'équipe, ça je pense que c'est vraiment la base...* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 12),

« *Faut communiquer et garder quand même un contact avec les veilleuses* » (Cadre de proximité 1),

« *La communication aussi, qu'elles communiquent entre elles* » (Cadre de proximité 7).

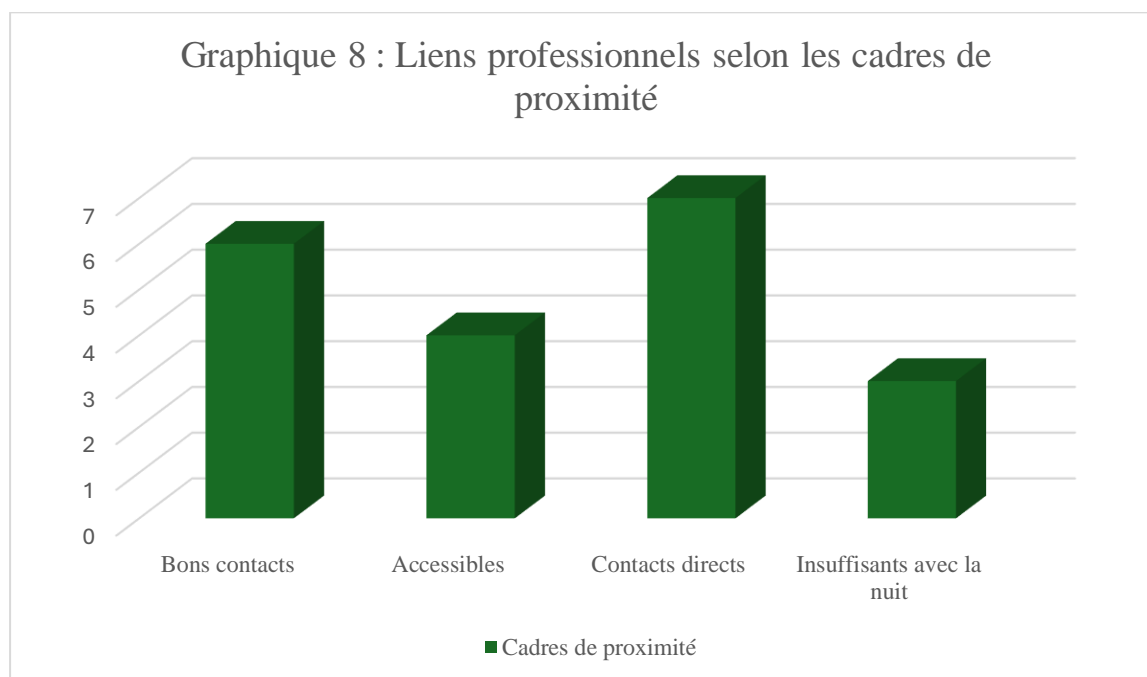
2.7.4. Evaluer le personnel :

Ce sujet a été relevé par les infirmières travaillant uniquement la nuit.

« *Faire des évaluations, des auto-évaluations qui passeraient sans doute mieux* » (Personnel infirmier de nuit 8).

2.8. L'intégration dans l'équipe

Les liens professionnels entretenus avec les différents membres de l'équipe de jour et de nuit a été abordé avec les cadres de proximité.



Voici quelques exemples de verbatims représentatifs pour chaque catégorie de cet histogramme.

2.8.1. Bons contacts :

« *Très bon contacts* » (Cadre de proximité 7).

2.8.2. Accessibles :

« *Moi j'ai un bon contact, je suis ouverte... la porte de mon bureau est toujours ouverte. Je suis très accessible et elles le savent* » (Cadre de proximité 5).

2.8.3. Contacts directs :

« *C'est contacts directs* » (Cadre de proximité 1).

2.8.4. Insuffisants avec la nuit :

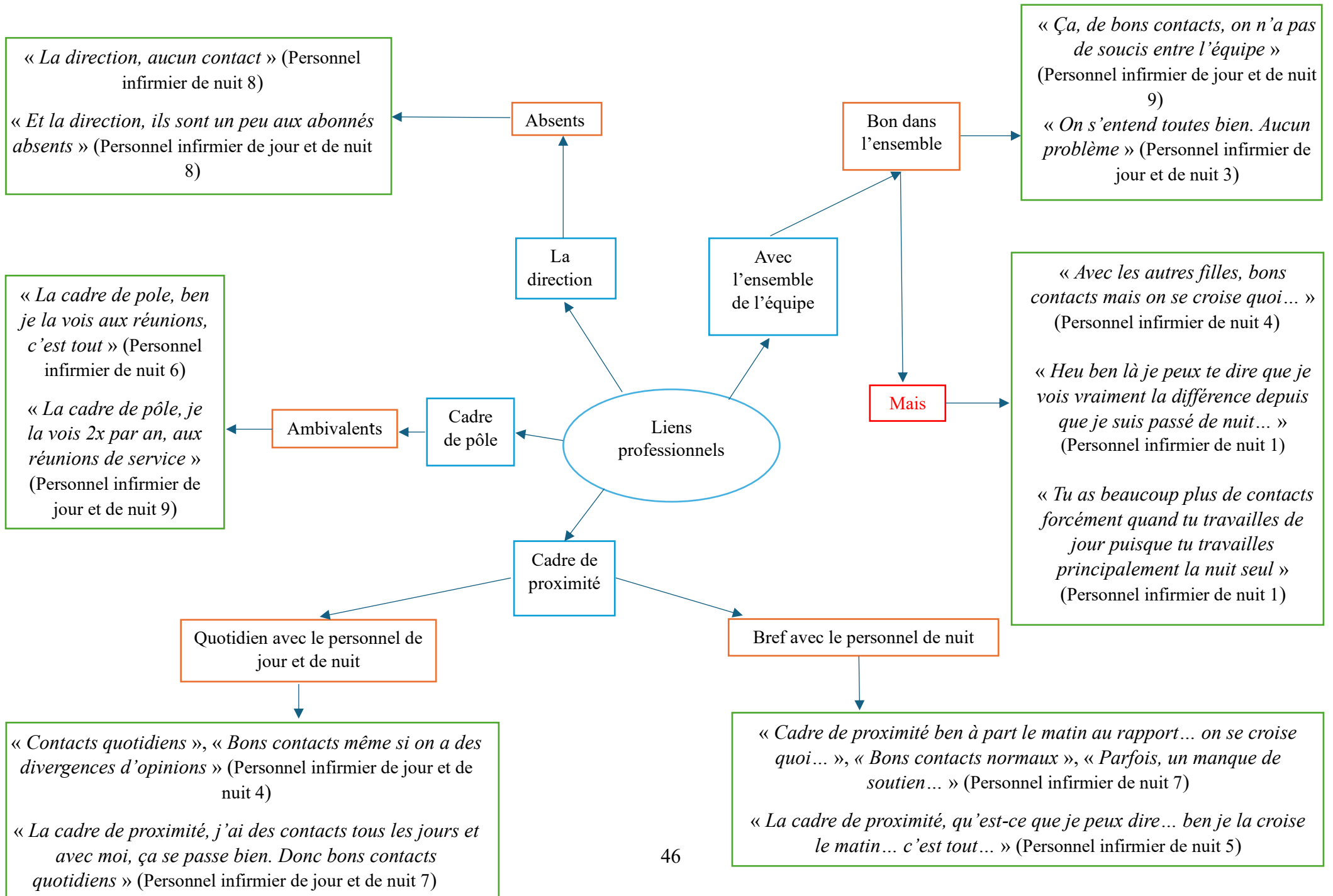
« *Bons contacts... une différence entre les filles de jour et de nuit... ? bah moi les filles de nuit, je les vois moins forcément...* » (Cadre de proximité 8).

De manière générale, les cadres de proximité préconisent la communication directe, se montrent accessibles pour tous les membres du personnel et on peut relever des échanges de qualité. Les liens professionnels entretenus sont qualifiés de cordiaux autant de jour que de nuit, même s'ils restent insuffisants avec le personnel de nuit.

Nous observons que les cadres de proximité voient l'intégration comme de l'organisation et réagissent en tant que manager. Tandis que les infirmières perçoivent l'intégration d'un point de vue relationnel et de bien-être au sein de l'institution en général. On relève ici que les représentations de chacune de ces deux populations sont différentes car leur rapport à l'institution et leurs responsabilités sont différentes.

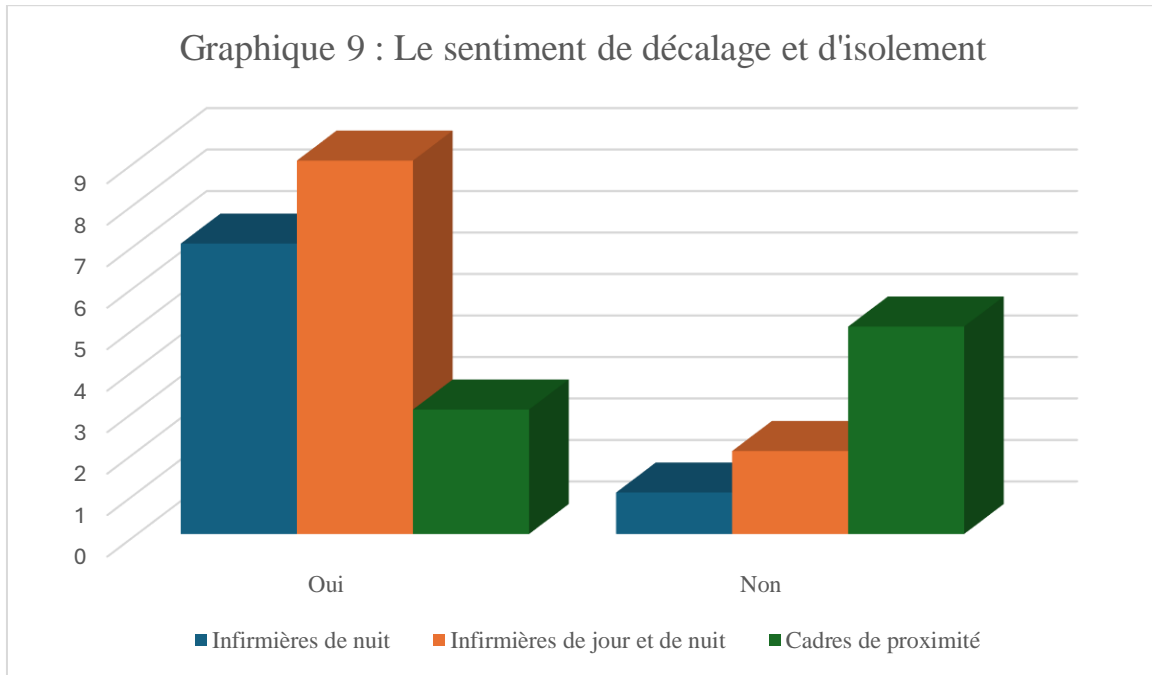
Dans le but de faciliter la lecture de ces résultats, nous avons réalisé une cartographie conceptuelle des relations professionnelles entretenues entre les membres de l'équipe infirmière.

Le choix de ce type de cartographie a été motivé par la volonté de donner une vue d'ensemble et de présenter les résultats de façon plus synthétique.



2.9. Le sentiment de décalage et d'isolement

A la question : « Pouvez-vous me parler d'un éventuel sentiment de décalage ou d'isolement dû à votre horaire presté ? », les avis divergent suivant les fonctions.



Voici quelques verbatims relevés à ce sujet.

2.9.1. Pour les réponses affirmatives :

« *Oui ça oui je sens un décalage. Parfois j'ai l'impression de ne faire partie d'aucune équipe...* », « *Donc oui il y a un sentiment de décalage...* » (Personnel infirmier de nuit 6),

« *C'est vrai que depuis que je fais la nuit, par rapport au jour, t'as moins de relations, moins de liens* ». (Personnel infirmier de nuit 3),

« *Oui je pense qu'elles sont moins au courant de ce qui se passe, des nouveautés parce que les informations ne passent pas. C'est un décalage qu'il y a* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 6).

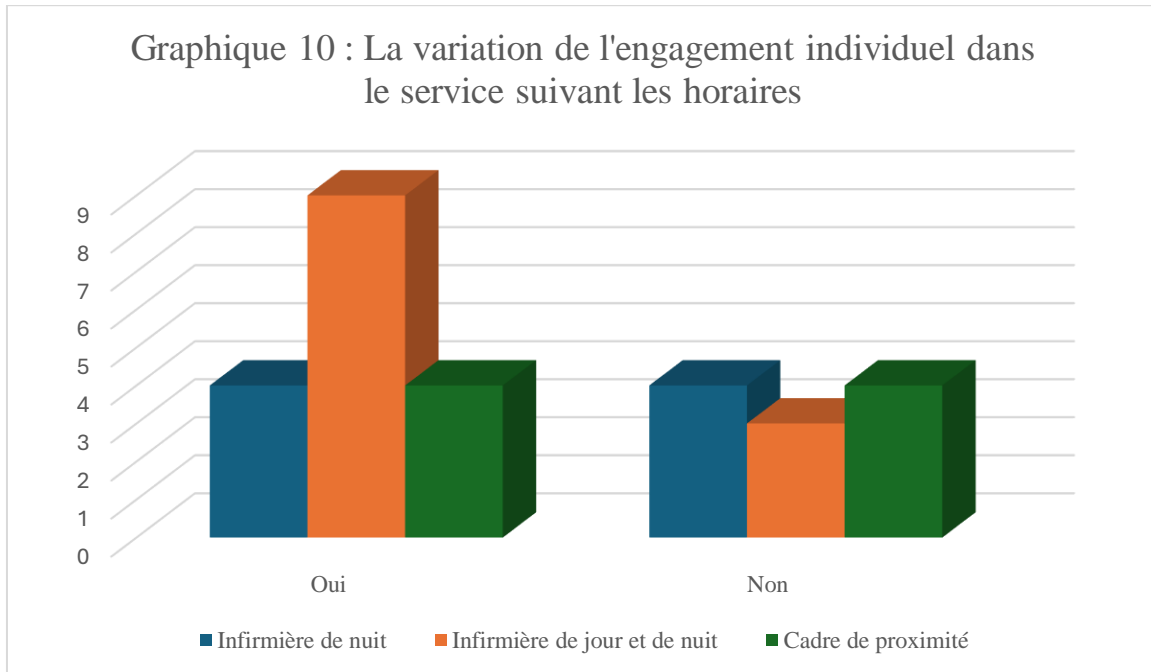
2.9.2. Pour les réponses négatives :

« *Non* » est cité par les cadres de proximité 4 et 7,

« *Moi ça va parce que je fais les tournantes jour/nuit mais je veux dire pour les veilleuses par exemple qui ne font que des nuits, ça doit pas être facile parce qu'elles doivent louper pleins d'informations...* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 10).

2.10. Le niveau de conscience professionnelle

Le questionnement sur le niveau d'engagement individuel du personnel infirmier variable selon leurs horaires a été soulevé.



Voici quelques exemples de verbatims représentatifs pour chaque catégorie de cet histogramme.

2.10.1. Engagement, conscience professionnelle différent(e)s :

Le personnel infirmier prestant le jour et la nuit trouve que l'engagement est différent suivant la conscience professionnelle de chacun. Elles mentionnent également un manque d'implication chez leurs collègues prestant uniquement la nuit.

« *La nuit est moins impliquée parce qu'il y a moins de contrôle social* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 9),

« *Non pas selon les horaires mais ça je trouve que de nouveau c'est en fonction, de la conscience professionnelle de chacun...* » (Personnel infirmier de jour et de nuit 8),

« *En fonction des horaires, je ne pense pas... c'est de nouveau suivant la personnalité de la fille* » (Personnel infirmier de nuit 5),

« *Non ça dépend de chacun ça. Ben il y en a qui sont plus impliquées que d'autres* » (Personnel infirmier de nuit 4).

2.10.2. Les cadres de proximité :

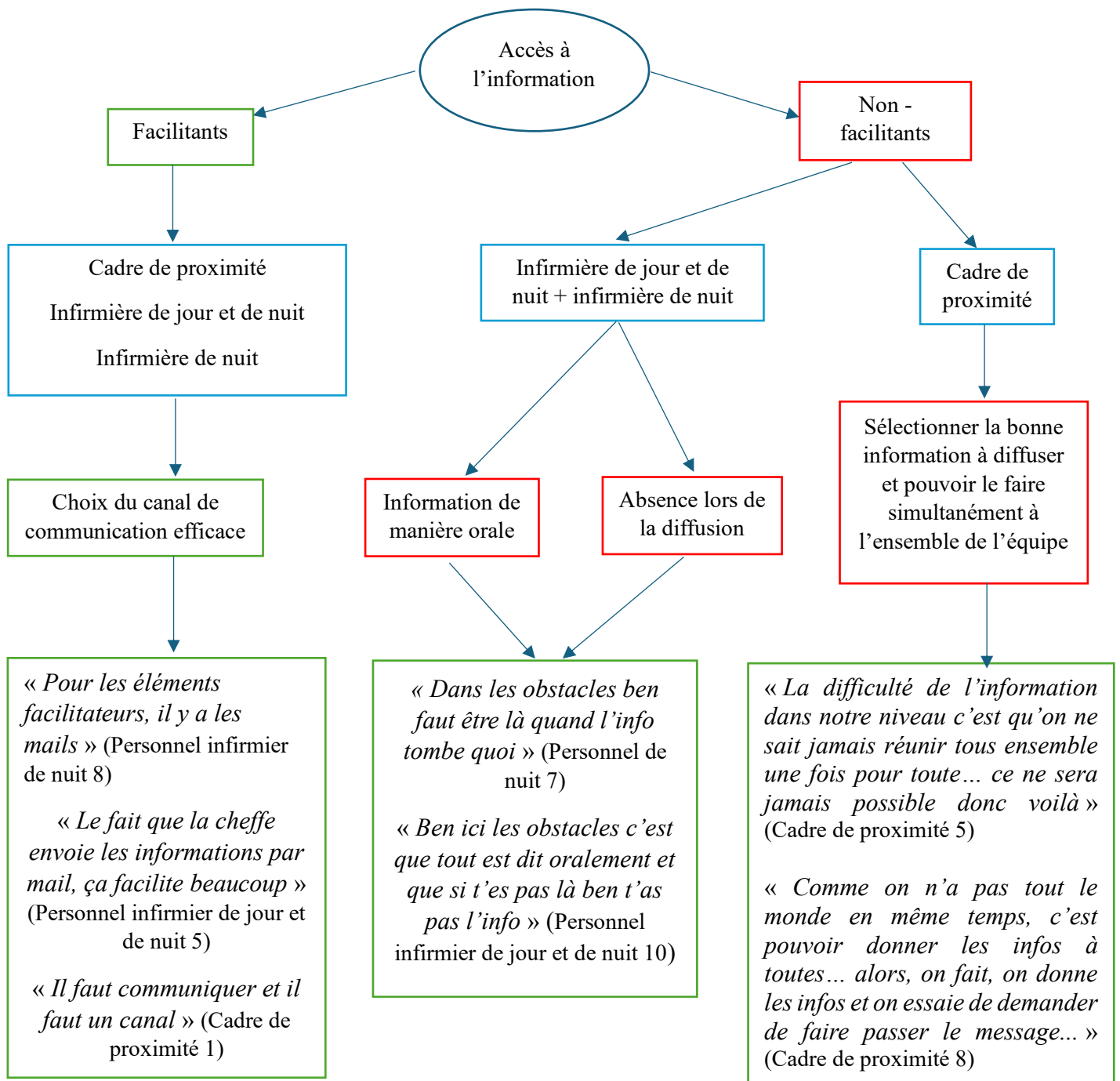
Ceux-ci sont divisés sur l'engagement individuel de leur personnel :

« Les mi-temps de nuit, une semaine par mois, l'implication n'est pas la même que quand t'es là tous les jours. C'est différent... » (Cadre de proximité 1),
« Non, j'ai du personnel très très impliqué. Bon j'en ai peut-être un mais bon... »
(Cadre de proximité 2),
« Oui ! je te dis c'est personne dépendante mais je pense oui. Les filles de nuit moins impliquées... » (Cadre de proximité 8).

2.11. L'accès à l'information

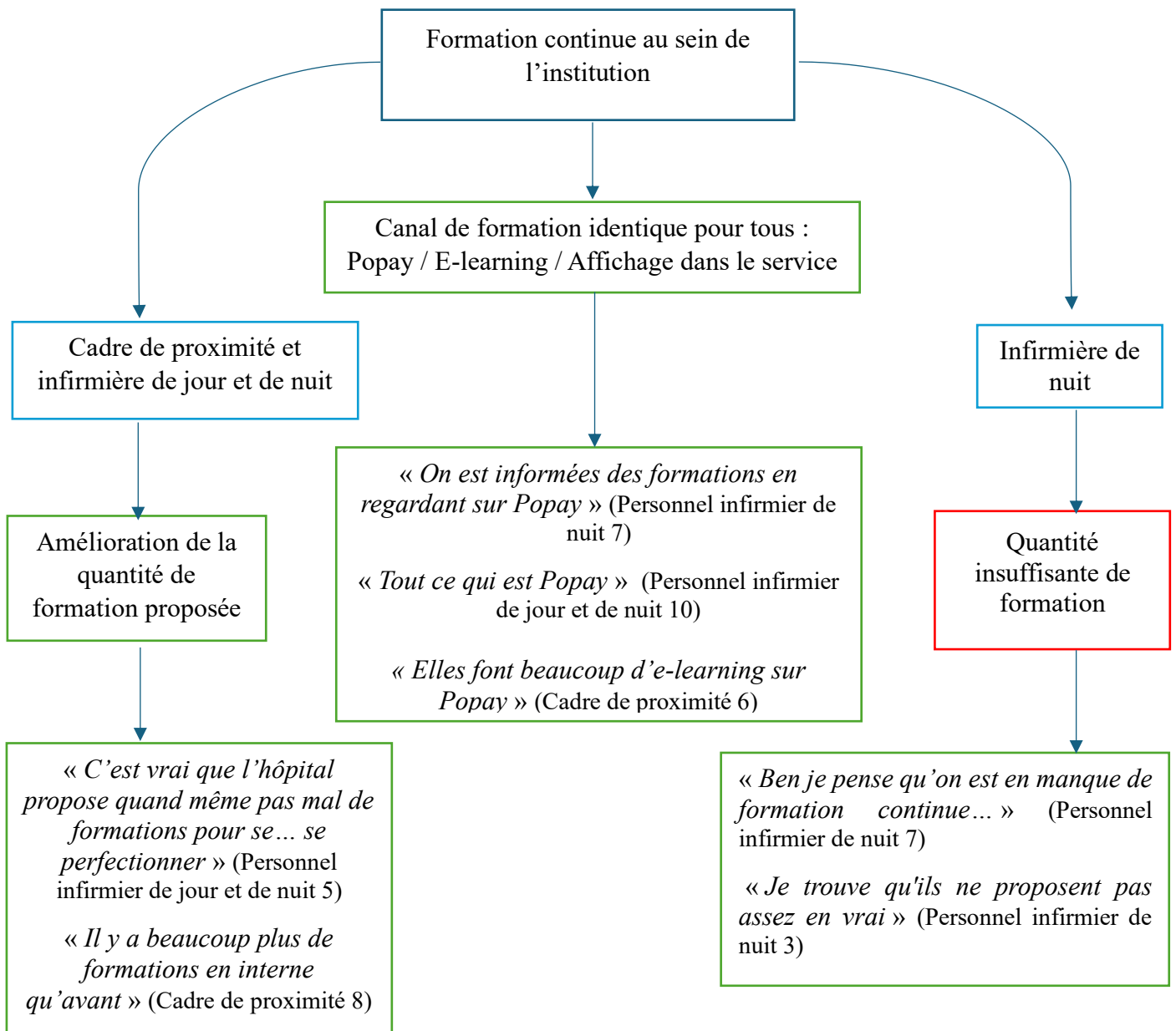
Dans le but de faciliter la lecture de ces résultats, nous présentons sous forme de schéma conceptuel la perception par nos groupes interrogés de l'accès à l'information au sein du GHDC.

Notre choix s'est porté sur ce type de schéma, afin de distinguer facilement les leviers et les barrières de l'accès à l'information.



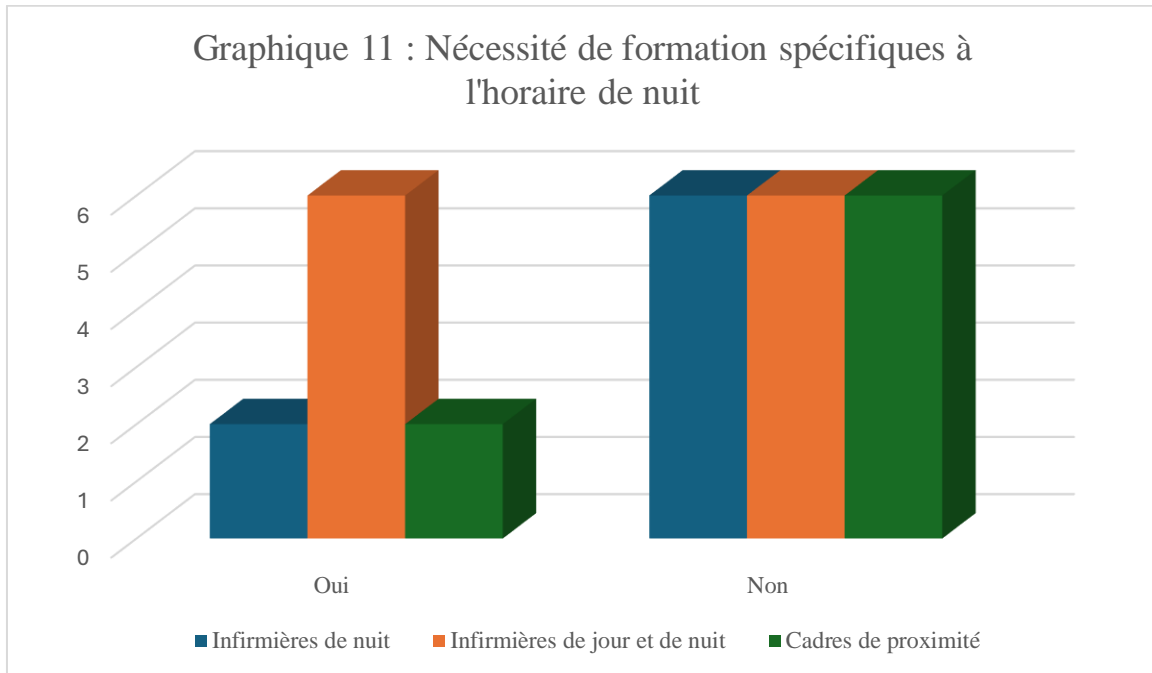
2.12. Accès à la formation

La formation continue est un élément important mentionné dans ce mémoire. Différentes matières ont été abordées sur ce sujet et nous vous les présentons sous forme d'une vue d'ensemble.



2.13. Formation spécifique

À la question « Pensez-vous qu'il serait utile/nécessaire d'avoir des formations spécifiques pour l'horaire de nuit ? », les avis sont partagés pour le personnel travaillant de jour et de nuit.



Voici quelques verbatims relevés à ce sujet.

2.13.1. Les réponses affirmatives :

« Voir plus comment travailler en personnel réduit, oui » (Personnel infirmier de nuit 1),

« Au niveau pratique, il faudrait plus au niveau veilleur parce qu'ils pratiquent moins » (Personnel infirmier de jour et de nuit 8),

« Oui tout à fait. Voir des créneaux prévus pour les veilleuses » (Cadre de proximité 5).

2.13.2. Les réponses négatives :

« Pour moi, ça doit être les mêmes de jour et de nuit » (Personnel infirmier de nuit 8),

« Non, fin je pense que c'est le même de jour que de nuit » (Personnel infirmier de jour et de nuit 9),

« Non, pas du tout. Tout le monde doit être sur le même pied pour être équitable » (Cadre de proximité 7).

Cependant, la gestion des urgences la nuit est souvent évoquées par les deux groupes d'infirmières interrogées.

« Donc oui, des formations sur les situations d'urgence oui... » (Personnel infirmier de nuit 3),

« Peut-être plus pour ce qui est justement situation urgente puisqu'on travaille en personnel réduit » (Personnel infirmier de nuit 1),

« Oui... une situation d'urgence où tu te retrouves toute seule pour savoir prioriser les choses » (Personnel infirmier de jour et de nuit 6).

DISCUSSION

Cette étude nous a permis d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche qui est, pour rappel : « Comment obtenir des compétences égales pour une continuité de soins au sein d'une équipe d'une même unité en vue de parvenir à une augmentation de la qualité de soins pour un service rendu et attendu au patient ? ».

Les deux éléments importants de réponse à notre question de recherche sont la remise à jour des connaissances et des compétences du personnel infirmier et l'importance de la communication au sein de l'équipe.

D'autres éléments influencent la qualité des soins :

- la conscience professionnelle,
- l'adéquation des effectifs à l'activité,
- l'organisation du service.

La quantité ainsi que la qualité des formations joueront un rôle clé dans le maintien et/ou l'actualisation des compétences et des connaissances afin d'assurer une qualité de soins optimale.

Conscientes des différences de travail entre le jour et la nuit, la qualité des soins effectués est perçue équivalente. Ceci a été relevé par l'ensemble du personnel infirmier de nuit, deux tiers du personnel infirmier de jour et de nuit et la moitié des cadres de proximité.

Par opposition, une partie de notre population estime cette qualité des soins non équivalente. Cela nous ramène dans la littérature où est identifiée, par différents auteurs (Ferris et al., James et al. et Ferreira et al.), une différence de performance liée aux horaires prestés (la rotation augmentant la fatigue, travailler plus de 8h consécutivement) ainsi qu'aux niveaux d'attention et de vigilance qui diminuent au fil de la nuit. Travailler en personnel réduit est également un facteur de risque d'erreurs : les responsabilités ainsi que l'organisation se trouvent modifiées. En effet, la charge de travail ainsi que les responsabilités sont réparties sur moins de personnes. Celle-ci augmente la pression ainsi que la rentabilité tout en maintenant une qualité de soins équivalente.

Enfin, l'absence de hiérarchie est vécue de manière positive, rendant l'atmosphère de travail plus détendue.

Une hypothèse que nous pouvons émettre, à l'aide de nos données démographiques, est que le personnel prestant la nuit est majoritairement plus âgé que celui prestant le jour et la nuit. Nous sommes confrontées à une donne générationnelle qui implique des pratiques et des valeurs

différentes.

Une autre interprétation justifiant la différence de qualité serait que le personnel de nuit interrogé preste la nuit de manière fixe depuis plusieurs années. Nous pouvons nous interroger sur leurs connaissances des soins réalisés la journée.

Différents éléments influençant la qualité des soins ont été relevés lors de nos entretiens à savoir, le travail en effectif réduit, la conscience professionnelle, la charge de travail et les soins rares à prodiguer.

Au regard de la littérature, différents éléments sont identifiés comme influençant la qualité :

- le travail à pauses ainsi que le temps de prestation supérieur à 12h, favorisant la diminution de la qualité des soins,
- un manque de connaissances et de pratiques du personnel infirmier de nuit,
- le fait de prester du jour avant de commencer à travailler la nuit dans le but de favoriser l'acquisition d'expériences,
- une charge de travail différente entre le jour et la nuit,
- la quantité de personnel présent,
- une sous-estimation du travail de nuit due aux différences des actes techniques présents la nuit comparée au jour.

Nos résultats convergent avec la littérature en ce qui concerne le manque d'effectif et la charge de travail. En effet, ceux-ci sont renseignés au sein de tous les groupes comme influençant la qualité des soins.

Une autre convergence apparaît entre les deux groupes d'infirmières et la littérature : la rareté des soins qui pose problème.

Une hypothèse pouvant expliquer la rareté des soins posant problème à réaliser n'est pas lié à un manque de connaissances de la part du personnel mais plutôt un manque de dextérité, dû à la fréquence moins importante de certains soins.

Un quart des infirmières de jour et de nuit, n'a pas déclaré ressentir d'inconfort face à certains soins, en opposition au reste de l'échantillon. Cette observation montre la nécessité de prester aussi en journée pour acquérir une facilité de réaliser les soins plus rares.

Par nos expériences professionnelles, nous avons relevé deux variables : la personnalité et les valeurs des professionnels de la santé. Ces sujets, peu développés dans notre revue littéraire, sont relevés dans nos résultats. Les infirmières de jour et de nuit ainsi que les cadres mentionnent les soins opposés aux valeurs des professionnels comme étant un élément altérant

la qualité des soins. Un autre élément ressort de nos entretiens, mais n'a pas été assez développé dans notre revue de littérature : l'influence de la conscience professionnelle.

Ensuite le thème relatif aux leviers et au maintien de la qualité des soins a été mentionné. Trois éléments sont ressortis au sein de notre échantillon : la remise à jour des connaissances théoriques et pratiques du personnel, l'effectif en nombre et la communication. Cependant, l'organisation du service est mentionnée comme étant une barrière à la qualité des soins.

A travers la revue de la littérature, parmi différents auteurs (Betout et Al., Vafae Najar et al., Cordier M. et Jeanmougin C.), nous avons relevé plusieurs éléments facilitants :

1. L'importance de prester du jour avant de prester la nuit en vue d'acquérir des compétences, de l'expérience.
2. L'évaluation de la performance du personnel afin d'assurer l'amélioration de la qualité des soins.
3. Le soutien et la solidarité dans une équipe, étant des éléments améliorant la qualité du travail.
4. La nécessité de communiquer intensément avec les équipes dans le cas d'un manque de participation, d'adhésions aux projets de soins afin d'assurer la continuité des soins.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que la remise à jour des connaissances théoriques et pratiques, ainsi que l'apprentissage des nouvelles techniques seront nécessaires pour apporter des soins de qualité. Pour contribuer à cela, l'évaluation du personnel soignant sera nécessaire, plus réalisable avec une rotation jour/nuit de l'ensemble du personnel. L'évaluation a été mise en avant par le personnel infirmier de nuit que nous avons interrogé.

Par la suite, d'autres hypothèses ont émergé. La majeure partie des soins sont réalisés le matin dans un temps imparti ce qui engendre une pression supplémentaire.

Le nombre d'effectif aura un impact considérable sur la réalisation des soins, la pression et l'accompagnement de qualité aux patients. La communication au sein de l'équipe occupe une place centrale dans l'amélioration continue des soins : transmettre les bonnes informations contribue à une continuité des soins optimale. Et pour finir, cet ensemble d'éléments ne peut apporter un mieux si la cohésion dans l'équipe n'existe pas : l'atmosphère de travail ne sera que plus prospère.

En ce qui concerne l'intégration dans l'équipe, un isolement est perçu par les deux groupes d'infirmières, moins ressenti par les cadres de proximité.

Dans la littérature, nous retrouvons l'existence d'un sentiment d'être « à part » par l'équipe de nuit.

Le travail régulier avec les mêmes personnes de jour pourrait expliquer ce sentiment au sein de l'équipe de nuit.

Selon Jeanmougin C., la considération de la hiérarchie est soulignée comme jouant un rôle important. Malheureusement, cette dernière mentionne que les infirmier-ère-s de nuit sont moins considéré-e-s étant donné leur appellation « veilleurs » dans bons nombres d'endroits. Le travail de nuit perçu comme un travail de surveillance, maintenance dans les services, n'est plus cohérent avec l'évolution des pratiques qui dissipe peu à peu ces représentations. En effet, le travail actuel de nuit est réalisé dans une optique de prise en charge continue des soins prodigués aux patients, tant de jour que de nuit.

L'ensemble des infirmières interrogées est unanime sur l'absence de contacts avec la direction ainsi que sur le peu de contacts avec leur cadre de pôle. Quant aux contacts en inter équipes, ils sont qualifiés unanimement de bons. Une différence existe entre les infirmières prestant du jour et de la nuit et celles prestant uniquement la nuit concernant la quantité de contacts avec leurs collègues : une diminution est observée par celles de nuit.

Herisson B. met en évidence que, de manière générale, c'est le personnel infirmier de nuit qui initie la création des liens avec l'équipe de jour. Néanmoins, cela n'a pas été relevé par notre échantillon.

Cette différence pourrait s'expliquer par nos données démographiques : les infirmières prestant uniquement la nuit sont plus âgées, 43 ans en moyenne, tandis que celles prestant le jour et la nuit ont un âge moyen de 28 ans.

Les contacts avec les cadres de proximité s'avèrent un sujet controversé dans notre échantillon : nous observons après analyse de nos entretiens qu'il existe une différence entre le personnel prestant la nuit uniquement et celui faisant le jour et la nuit. Ces derniers disent qu'ils sont bons et quotidiens, ceux de nuit déclarent « ne faire que les croiser ». Or quand on observe les raisons pour lesquelles elles ont choisi de prester la nuit, elles émettent la raison de l'absence de hiérarchie.

L'engagement individuel dans le service est un sujet controversé au sein de nos trois groupes interrogés : l'équipe de jour et de nuit mentionne un manque d'implication chez leur collègue prestant la nuit. Les cadres de proximité sont quant à eux plus partagés et attribuent plutôt cette différence au temps de travail et de récupération. Cependant, ce sujet peu développé dans notre revue littéraire, a été relevé dans nos résultats.

L'ensemble de l'échantillon mentionne un élément majeur facilitant la diffusion des informations : le choix du canal de communication efficace.

A l'inverse, la communication orale et l'absence lors de la diffusion d'informations sont soulignées comme étant non facilitantes par les deux groupes d'infirmières interrogées. Les cadres de proximité parlent du choix de l'information judicieuse à transmettre et ce simultanément à tous les membres de l'équipe.

En ce qui concerne la diffusion d'informations au sein de l'équipe, la littérature relate le besoin de communication afin de favoriser la participation aux projets de service par les infirmières absentes aux réunions de service et assurer la continuité des soins.

Etant donné qu'un hôpital fonctionne de manière continue, il est difficile de réunir l'ensemble du personnel afin de leur diffuser les informations.

Enfin, le dernier élément contribuant à l'obtention de compétences égales est la formation continue.

Toutes les personnes interrogées s'accordent sur le canal efficace au sein du GHdC : Popay, l'outil de gestion des formations.

Une amélioration des formations proposées est également notée par le personnel infirmier de jour et de nuit ainsi que par les cadres de proximité.

A l'inverse, le personnel infirmier de nuit mentionne une quantité trop faible de formations proposées.

La littérature met en évidence la nécessité de formation continue en vue de garantir la qualité des soins par le maintien des connaissances et les compétences en lien avec les modernisations constantes.

Pour développer les compétences infirmières, la littérature souligne la nécessité d'avoir des plans de formations ainsi que la mise à disposition d'outils adaptés.

Cependant, nous avons relevé l'absence de liste officielle de compétences à maîtriser par unité de soins. Pourtant, une exigence de compétences spécifiques à l'unité de soins est nécessaire pour la qualité de soins. Cette exigence est relevée, par les infirmières interrogées, comme étant un élément compliquant à la qualité des soins, procurant un sentiment d'inconfort lors de délocalisations de patients.

La nécessité de formations spécifiques pour le personnel infirmier de nuit est mentionnée : pour la gestion des urgences, notamment en personnel réduit.

Les cadres de proximité, le personnel infirmier de nuit interrogé et la moitié du personnel infirmier de jour et de nuit n'y voient pas de nécessité.

La revue de la littérature mentionne la capacité du personnel travaillant la nuit à gérer des situations compliquées, le développement de compétences spécifiques lors de leurs prestations nocturnes.

Le travail seul de nuit oblige le personnel infirmier à développer des compétences différentes telles que : la priorisation des tâches ainsi que des urgences, l'organisation du travail. La responsabilité et les liens professionnels qui diffèrent de ceux de la journée.

1. Limites et force du travail

Il nous semble important de vous présenter les différentes limites de notre étude.

La première que nous mettons en avant concerne la taille de notre échantillon : s'agissant d'une recherche qualitative avec 28 personnes interrogées, nous pouvons parler d'un échantillonnage restreint. De ce fait, les résultats peuvent être transférables à un contexte semblable, mais ne pourront certainement pas être généralisés.

Une autre limite à ce travail est que nous avons interrogé le personnel de l'institution pour laquelle nous travaillons. Cela peut amener un biais de désirabilité sociale : les participants à notre recherche peuvent avoir été influencés dans leurs réponses, avec l'idée de « bien répondre » pour nous aider ou pour l'image de l'institution.

Pour rappel, notre échantillonnage ne nous a pas permis d'interroger des représentants masculins, ceci pourrait avoir un effet sur nos résultats ; leur point de vue serait-il différent de celui des représentants féminins ?

L'enquête de terrain nous a montré l'existence de la donne générationnelle au sein de notre échantillon. Toutefois, ce concept n'a pas été développé dans notre cadre conceptuel. Ce qui pourrait faire l'objet d'un autre sujet d'étude.

Enfin, ce travail en duo nous a permis de comprendre l'importance de notre complémentarité dans la recherche de l'amélioration de la qualité.

2. Perspectives d'avenir

Durant l'accomplissement de notre recherche, plusieurs perspectives d'avenir nous sont venues à l'esprit.

La première fût l'amélioration de la plateforme Popay. Régulièrement mentionnée lors de nos entretiens, cette dernière est souvent qualifiée d'utile. Il est relevé que le catalogue de formations est désordonné, complexe et pas très bien structuré.

Dans le but d'améliorer sa fonctionnalité, son utilisation par les membres des équipes une revue

de sa présentation pourrait-être à envisager : une classification des formations par spécialités, un esthétique plus visuel, ...

Un résultat est ressorti de manière surprenante : un tiers des cadres de proximité interrogés estiment qu'il n'y a pas d'inconfort pour les soins rares dans son personnel infirmier de nuit. Cependant, il est apparu que l'évaluation de cette catégorie de personnel était compliquée à réaliser. L'absence de hiérarchie durant cette tranche horaire ne permet pas une observation objective et direct de la part des managers. Nous pensons, qu'il serait judicieux de s'en préoccuper : ne faudrait-il pas avoir des périodes où le cadre de proximité ou un responsable de nuit puisse travailler avec cette équipe en vue d'objectiver les prestations effectuées la nuit.

Un autre point important que nous souhaitons souligner, est l'importance de travailler la qualité des soins dans les équipes. Ceci afin que chacun prenne conscience qu'il joue un rôle important dans l'amélioration quotidienne de cette qualité en vue de parvenir à l'excellence.

CONCLUSION

Pour conclure ce travail, nous allons répondre à notre question de recherche qui est pour rappel : « Comment obtenir des compétences égales pour une continuité des soins au sein d'une équipe d'une même unité en vue de parvenir à une augmentation de la qualité des soins pour un service rendu et attendu au patient ? ».

L'élément de réponse incontournable est que la formation continue du personnel infirmier, tant de jour que de nuit doit être un objectif central.

Dans le même ordre d'idées, l'évaluation du personnel de manière régulière permet le maintien et/ou l'amélioration des niveaux d'expertises.

Contrairement aux idées présentes dans les services hospitaliers, l'horaire presté n'est pas un élément influençant la qualité des soins. Il apparaît que la conscience professionnelle, ainsi que la personnalité des praticiens sont les éléments influenceurs.

Des facteurs favorisant à la qualité des soins ont été mentionnés : la cohésion d'équipe ainsi que la communication, et le leadership du cadre de proximité.

Nous terminerons en précisant que cette étude nous a permis de prendre conscience de l'importance du rôle du manager dans son unité de soin. En effet, il prend tout son sens tel un chef d'orchestre afin que chaque membre de l'équipe puisse se sentir intégré, soutenu. Le manager veille également à la cohésion, à l'ambiance de travail et à la confiance au sein de son équipe en vue d'atteindre l'excellence des soins.

L'implémentation de nouvelles pratiques provoque inévitablement une résistance aux changements des équipes. Cela constitue un défi permanent à relever chaque jour.

BIBLIOGRAPHIE

Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 1, 161-181. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0161>

Alfonsi, V., Scarpelli, S., Gorgoni, M., Pazzaglia, M., Giannini, A. M., et de Gennaro, L. (2021). Problèmes liés au sommeil chez les infirmières de nuit : vers une pratique interventionnelle individualisée. *Frontières des neurosciences humaines*, 15, 644570. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.644570>

Alsharari, Abdalkarem F., Fuad H. Abuadas, Mohammed N. Hakami, Adel A. Darraj, et Magbool W. Hakami. « Impact of Night Shift Rotations on Nursing Performance and Patient Safety: A Cross-Sectional Study ». *Nursing Open* 8, n° 3 (mai 2021): 147988. <https://doi.org/10.1002/nop2.766>.

Arrêté royal belge du 18 juin 1990 portant sur la fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre issu de la loi belge du 20 décembre 1974, M.B., 26 juillet 1990. Consulté sur https://www.infirmieres.be/sites/default/files/content-site/pdf/ar_18_juin_1990_-_coordination_8_avril_2016_-_pub.pdf

Arrêté royal belge du 10 juillet 2008 portant sur la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins issu de la loi belge du 23 décembre 1963, M.B., 7 novembre 2008.

Arrêté royal belge du 23 octobre 1964 relatif à la fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre issu de la loi belge du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, M.B., 7 novembre 1964.

Bartonicek, C. (2008). *La permanence des équipes d'encadrement de nuit dans les CHU : quels enjeux pour le Directeur des Soins ?* Mémoire Online. [La permanence des équipes d'encadrement de nuit dans les CHU : quels enjeux pour le Directeur des Soins ? \(ehesp.fr\)](https://www.ehesp.fr/la-permanence-des-équipes-d-encadrement-de-nuit-dans-les-chu-queles-enjeux-pour-le-directeur-des-soins)

- Ben Jilani, H. (2009). *Memoire Online—Les conditions de travail nocturne des infirmiers et qualité des soins*. Memoire Online. <https://www.memoireonline.com/04/10/3449/Les-conditions-de-travail-nocturne-des-infirmiers-et-qualite-des-soins.html>
- Betout, C., Cardi, C., Morvant, E., & Panissier, S. (s. d.). *Le travail de nuit des infirmiers : Effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins*.
- Campbell, R. J. (2020). Change Management in Health Care. *The Health Care Manager*, 39(2), 50-65. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000290>
- Claveranne J.P., Vinot D. (2004), L'émergence des droits des patients dans les systèmes de santé occidentaux : anciens problèmes et nouveaux défis, *Revue Générale de Droit Médical*, n° 13, p. 17-26
- Conseil Fédéral de l'Art Infirmier (2016), Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux. Consulté sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/profil-professionnel-et-de-competences-de-linfirmier-responsable-de-soins-generaux>
- Conseil International des Infirmières. *Les soins infirmiers : Faire le point et préparer l'avenir*. Publication CII, 1986
- Cordier M. (2009), *L'organisation du travail à l'hôpital : évolution récentes*, DREES, Etudes et résultats, n°709
- Dejours, C., Dessors, D., & Molnier, P. (1994, janvier). *Comprendre la résistance au changement*. *Documents pour le médecin du travail*.
- Di Muzio, M., S. Dionisi, E. Di Simone, C. Cianfrocca, F. Di Muzio, F. Fabbian, G. Barbiero, D. Tartaglino, et N. Giannetta. « Can Nurses' Shift Work Jeopardize the Patient Safety? A Systematic Review ». *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 23, n° 10 (mai 2019): 4507-19. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963.

- Di Muzio, Marco, Giulia Diella, Emanuele Di Simone, Luana Novelli, Valentina Alfonsi, Serena Scarpelli, Ludovica Annarumma, et al. « Nurses and Night Shifts: Poor Sleep Quality Exacerbates Psychomotor Performance ». *Frontiers in Neuroscience* 14 (2020): 579938. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.579938>.
- Ducoulombier, A. (2021). Être infirmier aujourd'hui. *Soins*, 66(852), 32-34. [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(21\)00020-7](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(21)00020-7)
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : Ce qui fait équipe ? : *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 20, 5(1), 4567. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Durand, S., Maillé, M., & Ouellet, J. (2011, septembre). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [270GCO_doc.pdf \(oiiq.org\)](https://www.oiiq.org/270GCO_doc.pdf)
- Estryn-Behar M., Le Nezet O. (2006), Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière, *Soins Cadres*, n° 2, p. 2-14
- Ferreira, T. S., Moreira, C. Z., Guo, J., & Noce, F. (2017). Effects of a 12-hour shift on mood states and sleepiness of Neonatal Intensive Care Unit nurses. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 51, e03202. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016033203202>
- Ferris, Matthew, Kelly-Ann Bowles, Mikaela Bray, Emma Bosley, Shantha M. W. Rajaratnam, et Alexander P. Wolkow. « The Impact of Shift Work Schedules on PVT Performance in Naturalistic Settings: A Systematic Review ». *International Archives of Occupational and Environmental Health* 94, n° 7 (octobre 2021): 1475-94. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01668-0>.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition). Chenelière éducation.
- Garnerin, P., Bovier, P., Chamot, E., Chastonay, P., Chopard, P., Herrmann, F., & Perneger, T. (2001). Qualité des soins. *Schweizerische Ärztezeitung*.

- Hébert, F. (1983). Description des résistances au changement dans un projet d'amélioration de la qualité des soins infirmiers. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 58-68.
- Herisson, B. (2009, avril 20). *Le travail de nuit d'une infirmière : Entre spécificités et contraintes...* [Site web]. Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/le-travail-de-nuit-dune-infirmiere-entre-specificites-et-contraintes>
- Hughes E.-C., (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis, textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulie*, École des hautes études en sciences sociales.
- James, L., Elkins-Brown, N., Wilson, M., James, S. M., Dotson, E., Edwards, C. D., Wintersteen-Arleth, L., Stevens, K., & Butterfield, P. (2021). Les effets de trois quarts de travail consécutifs de 12 heures sur la cognition, la somnolence et les domaines de la performance infirmière chez les infirmières de jour et de nuit : une étude quasi expérimentale. *Revue internationale d'études infirmières*, 123, 104041. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104041>
- Jeanmougin, C. (2001). Influence de la gestion des équipes de nuit sur la continuité des soins infirmiers, p 11-25. Mémoire online. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/ig/jeanmougin.pdf>
- Johnson, A. L., Jung, L., Brown, K. C., Weaver, M. T., & Richards, K. C. (2014). Sleep deprivation and error in nurses who work the night shift. *JONA: the Journal of Nursing Administration*, 44(1), 17–22. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000016>
- Joris , C., Josselin , V., Mazzone , C., & Pavillet, J. (2022, Avril). Ressources, activité et dynamique d'équipe du travail infirmier de nuit. *La revue de l'infirmière* (280), p. 16 à 19. [Ressources, activité et dynamique d'équipe du travail infirmier de nuit - EM consulte \(em-consulte.com\)](https://www.em-consulte.com/fr/ressources/activite-et-dynamique-d-equipe-du-travail-infirmier-de-nuit)
- Kaliyaperumal, Deepalakshmi, Yaal Elango, Murali Alagesan, et Iswarya Santhanakrishanan. « Effects of Sleep Deprivation on the Cognitive Performance of Nurses Working in Shift ». *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR* 11, n° 8 (août 2017): CC01-3. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/26029.10324>.

- Klein D., Some notes on dynamics of resistance to change : The defender rôle. In W.G. Bennis, K.D. Benne & R. Chine (Eds), *The planning of change* 2nd ed.). New York : Holt Rinehart and Winston, 1969, 498-507.
- Kotter J, Cohen D. *The Heart of Change: Real Life Stories of How People Change Their Organization*. Boston, MA: Harvard Business School Press; 2002.
- Lamond, N., J. Dorrian, G. D. Roach, K. McCulloch, A. L. Holmes, H. J. Burgess, A. Fletcher, et D. Dawson. « The Impact of a Week of Simulated Night Work on Sleep, Circadian Phase, and Performance ». *Occupational and Environmental Medicine* 60, n° 11 (novembre 2003): e13. <https://doi.org/10.1136/oem.60.11.e13>.
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Infirmier - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 21 octobre 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/infirmier/42953>
- Leroux, S., & Maupin, T. (2012). Le développement des compétences passe-t-il aussi par la polyvalence professionnelle au sein d'un pôle. *Récupéré sur https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2012/donnees/pdf/088_leroux_maupin.pdf*.
- Leso, V., Fontana, L., Caturano, A., Vetrani, I., Fedele, M., & Iavicoli, I. (2021). Impact du travail posté et des longues heures de travail sur les fonctions cognitives des travailleurs : données probantes actuelles et besoins futurs en matière de recherche. *Revue internationale de recherche environnementale et de santé publique*, 18(12), 6540.
- Levy, I. (2021, août 17). *Le travail de nuit à l'hôpital et ses savoirs professionnels* [Site web]. Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/le-travail-de-nuit-lhopital-et-ses-savoirs-professionnels>
- Lewin, K *Field theory in social science*. Wesport, Connecticut : Greenwood Press, 1975, 188-237.

Ljevak, I., Vasilj, I., Ćurlin, M., Šaravanja, N., Meštrović, T., Šimić, J., & Neuberg, M. (2020). The Impact of Shift Work on Psychosocial Functioning and Quality of Life Among Hospital-Employed Nurses : A Cross-Sectional Comparative Study. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 2), 262-268.

Loi belge coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, M.B., 18 juin 2015.

Loi belge du 16 mars 1971 relative au travail, M.B., 30 mars 1971.

Loi française du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Morel, M.-A. (2012). Qualité des soins: In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 256-260). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0256>

Niu, S. F., Chu, H., Chen, C. H., Chung, M. H., Chang, Y. S., Liao, Y. M., & Chou, K. R. (2013). A comparison of the effects of fixed-and rotating-shift schedules on nursing staff attention levels: A randomized trial. *Biological Research for Nursing*, 15(4), 443–450. <https://doi.org/10.1177/1099800412445907>

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Qualité des soins*. Consulté 17 octobre 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care>

Perraut Soliveres, A. (2006). La nuit et l'institution, un mépris partagé. *Gérontologie et société*, 29 / 116(1), 95-107. <https://doi.org/10.3917/gs.116.0095>

Rivaleau, C. (2003, mars 12). *Le travail de nuit*—*Cadredesante.com* [Site web].

cadredesante.com. <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Le-travail-de-nuit>

Rotter (F), Kahoah (M) *Quality of Nursing Care*. Columbia University, New-York 1963, Traduction Mordacq, École Internationale, Lyon 1988.

Saulle, R., Bernardi, M., Chiarini, M., Backhaus, I., & La Torre, G. (2018). Shift work, overweight and obesity in health professionals : A systematic review and meta-analysis. *La Clinica Terapeutica*, 169(4), e189-e197. <https://doi.org/10.7417/T.2018.2077>

Short, Michelle A., Stephanie Centofanti, Cassie Hilditch, Siobhan Banks, Kurt Lushington, et Jillian Dorrian. « The Effect of Split Sleep Schedules (6h-on/6h-off) on Neurobehavioural Performance, Sleep and Sleepiness ». *Applied Ergonomics* 54 (mai 2016): 72-82. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.12.004>.

Toupin, C. (2005). L'élaboration des stratégies de travail nocturnes : Le cas d'infirmières de nuit d'un service de pneumologie français. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7-1, Article 7-1. <https://doi.org/10.4000/pistes.3253>

Vafae Najar, Ali, Alireza Pooya, Ali Alizadeh Zoeram, et Ali Emrouznejad. « Assessing the Relative Performance of Nurses Using Data Envelopment Analysis Matrix (DEAM) ». *Journal of Medical Systems* 42, n° 7 (juillet 2018): 125. <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0974-x>.

Wilson, Marian, Regan Permito, Ashley English, Sandra Albritton, Carlana Coogle, et Hans P. A. Van Dongen. « Performance and Sleepiness in Nurses Working 12-h Day Shifts or Night Shifts in a Community Hospital ». *Accident; Analysis and Prevention* 126 (mai 2019): 43-46. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2017.09.023>.

ANNEXES

Annexe 1 : Listes d'actes techniques de soins infirmiers en Belgique

COORDINATION OFFICIEUSE – acn (8 avril 2016)



Annexe I. -Liste des prestations techniques de l'art infirmier pouvant être accomplies par des praticiens de l'art infirmier fixée en application de l'article (21quinquies, §3 - AR du 7 octobre 2002, art. 3 - M.B. du 07/11/2002, p. 50587) de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967).

Légende :

B1 = prestations ne requérant pas de prescription médicale.

B2 = prestations requérant une prescription médicale.

B1

B2

1. TRAITEMENTS

1. Système respiratoire

Aspiration et drainage des voies aériennes	Manipulation et surveillance d'un système de drainage thoracique
Soins infirmiers et surveillance auprès des patients ayant une voie respiratoire artificielle	Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs.
Manipulation et surveillance d'appareils de respiration contrôlée	
Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens non invasifs.	
Administration d'oxygène	

1.2. Système circulatoire

Placement d'un cathéter intraveineux dans une veine périphérique, prélèvement de sang et perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique, application éventuelle d'un régulateur du débit.	Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses
	Préparation, administration et surveillance de perfusions et de transfusions intraveineuses éventuellement moyennant l'emploi d'appareils particuliers
Placement d'une perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique via un système porte sous cutané en connexion avec une veine, prélèvement de sang et application d'un régulateur du débit.	Surveillance et manipulation d'appareils de circulation extracorporelle et de contreperfusion
	Enlèvement de cathéters artériels et intraveineux profonds
	Prélèvement et traitement de sang transfusionnel et de ses dérivés
	La saignée

1.3. Système digestif

Enlèvement manuel de fécalome	Préparation, réalisation et surveillance d'un : - Lavage gastrique - Lavage intestinal - Lavement - Tubage et drainage gastro-intestinal
	- Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde de gastrostomie à ballonnet.

1.4. Système urogénital

Irrigation vaginale	Préparation, administration et surveillance d'un(e) : - Sonde vésicale - Instillation urétrale - Drainage de l'appareil urinaire
Soins vulvaires aseptiques	- Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet.

1.5. Peau et organes des sens.

Préparation, réalisation et surveillance de : -Soins de plaies -Soins aux stomies, plaies avec mèches et drains -Enlèvement de corps étrangers non incrustés dans les yeux	Préparation, réalisation et surveillance de : - enlèvement de matériels de suture cutanée, de mèches et de drains et de cathéters cutanés. - lavage du nez, des oreilles et des yeux - thérapie utilisant la chaleur et le froid - bains thérapeutiques - enlèvement d'un cathéter épidural Application thérapeutique d'une source de lumière. Application de ventouses, sangsues et larves.
---	---

1.6. Métabolisme

	Préparation, réalisation et surveillance d'une : - hémodialyse - hémoperfusion - plasmaphérese - dialyse péritonéale Maintien du bilan hydrique
--	--

1.7. Administration de médicaments

	Préparation et administration de médicaments par les voies suivantes : - orale (y compris par inhalation) - rectale - vaginale - sous-cutanée - intramusculaire - intraveineuse - respiratoire - par hypodermoclyse - par cathéter gastro-intestinal - par drains - application de collyre - gouttes auriculaires - percutanée
	Préparation et administration de vaccins (AR du 22/02/2016, art. 1 – MB du 30/03/2016, p. 21598)
	Préparation et administration d'une dose d'entretien médicamenteuse au moyen d'un cathéter épidural, intrathécal, intraventriculaire, dans le plexus, placé par le médecin dans le but de réaliser une analgésie chez le patient

1.8. Techniques particulières

Soins infirmiers aux prématurés avec utilisation d'un incubateur	Enlèvement des plâtres
Surveillance de la préparation du matériel à stériliser et de la procédure de stérilisation	Drainage du liquide intracérébral par un drain ventriculaire sous contrôle permanent de la pression intracrânienne.
Manipulation des produits radioactifs	Application du traitement par contention physique pour toute lésion après manipulation éventuelle par le médecin telles que les applications de plâtres, de plâtres de synthèse et d'autres techniques de contention.

2. ALIMENTATION ET HYDRATATION

Alimentation et hydratation entérales	Alimentation parentérale
---------------------------------------	--------------------------

3. MOBILISATIONS

Installation et surveillance d'un patient dans une position fonctionnelle avec support technique	
--	--

4. HYGIENE

Soins d'hygiène spécifiques préparatoires à un examen ou à un traitement	
-Soins d'hygiène chez les patients souffrant de dysfonction de l'A.V.Q.	

5. SECURITE PHYSIQUE.

Transport des patients, nécessitant une surveillance constante	
Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance	
Mesures de prévention des infections	
Mesures de prévention d'escarres	

6. ACTIVITES DE SOINS INFIRMIERS LIEES A L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques	Préparation et assistance lors d'interventions invasives de diagnostic
Mesure de la glycémie par prise de sang capillaire	Manipulation d'appareils d'investigation (et de traitement des divers systèmes fonctionnels
	Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
	Prélèvement de sang : - par ponction veineuse ou capillaire - par cathéter artériel en place
	Administration et interprétation de tests intradermiques et cutanés

7. ASSISTANCE LORS DE PRESTATIONS MEDICALES

Gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie	Participation à l'assistance et à la surveillance du patient durant l'anesthésie
Préparation du patient à l'anesthésie et à une intervention chirurgicale	Préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale

Annexe II. - Liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier (fixée en application de l'article 5, § 1^{er}, alinéas 2 et 3, et de l'article 21^{quinquies}, § 3, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967).

Légende : C = actes pouvant être confiés par un médecin

C
Préparation et administration de produits : - cytostatiques - isotopiques
Préparation et application de thérapies utilisant du matériel radioactif et des appareils de rayonnement
Interprétation de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques.
Utilisation d'appareils d'imagerie médicale.
Analyses de liquides corporels, d'excrétions, d'urines et de sang complet, relevant de la biologie clinique, à l'aide de procédures simples, à proximité du patient et sous la responsabilité d'un laboratoire clinique agréé, à l'exception de la glycémie par prise de sang capillaire
Remplacement de la canule trachéale externe.
Débridement des escarres de décubitus.
Préparation, assistance, instrumentation et soins post-opératoires dans le cadre d'une césarienne.
Exécution des actes visés à l'article 21 ^{quinquies} § 1 ^{er} , a), b), et c) de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 durant la grossesse, l'accouchement et les soins post-partum, dans la mesure où ils portent sur la pathologie ou les anomalies résultant ou non de la grossesse et dans le cadre de la collaboration pluridisciplinaire au sein des services spécialisés dans la pathologie concernée.
Prélèvement de sang par ponction intra artérielle.

Annexe III. - Conditions de qualification fixées en application des articles 5, § 1^{er}, alinéas 2 et 3 et 21^{quinquies}, §3 - AR du 7 octobre 2002, art. 7 - M.B. du 07/11/2002, p. 50587) de l'arrête royal n° 78 du 10 novembre 1967.

(cette liste des qualifications étant (ou ayant été historiquement) requises pour pouvoir exécuter ces prestations est disponible sur demande)

Annexe IV. Liste des prestations techniques de l'art infirmier et actes médicaux pouvant être confiés par un médecin **réservés aux infirmiers porteurs d'un titre professionnel particulier tel que prévu à l'article 7bis du présent arrêté**

B1

B2

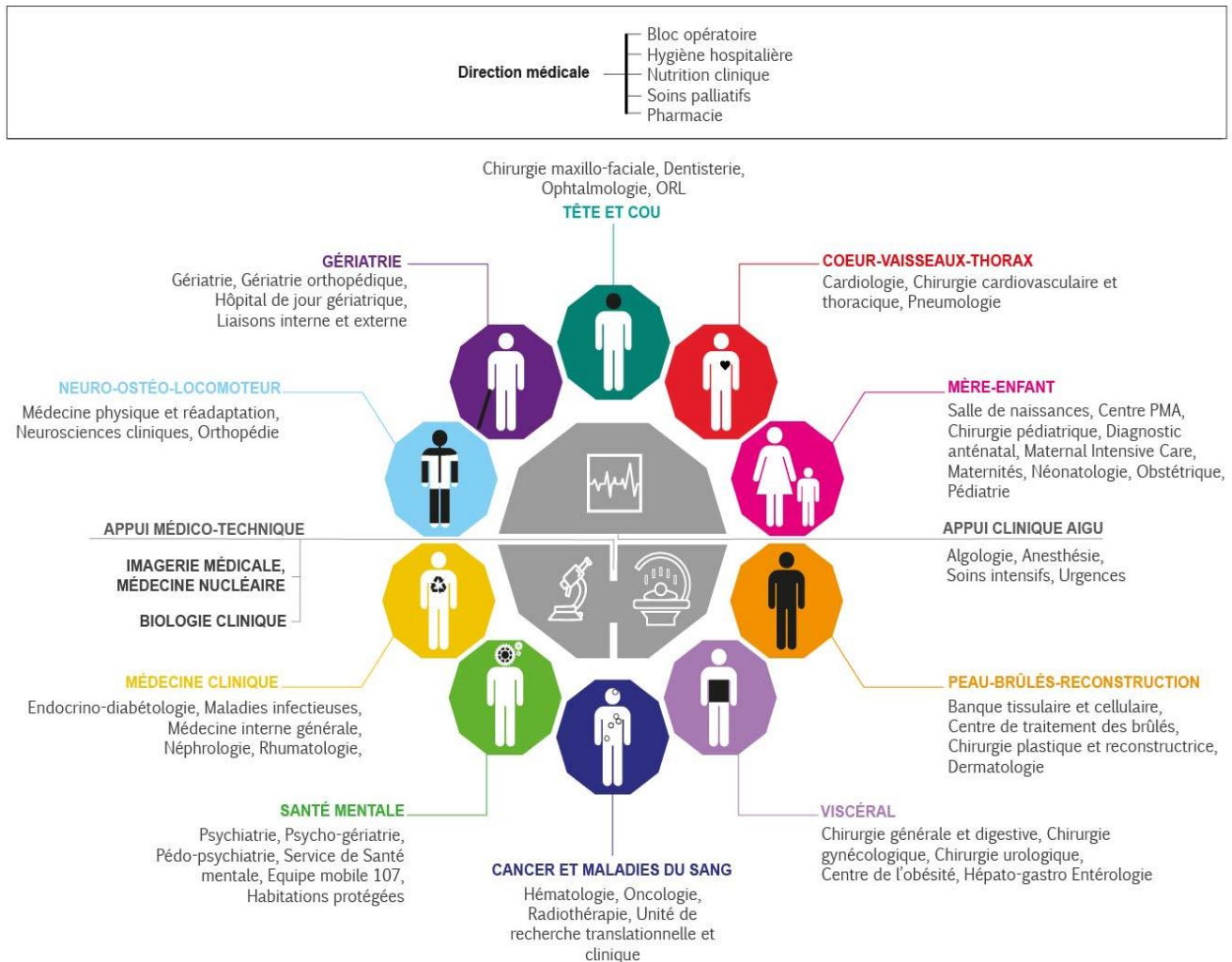
Prestations techniques de soins infirmiers.

Réanimation cardio-pulmonaire avec moyens techniques invasifs,	
Interprétation de paramètres concernant les fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique,	
Manipulations d'appareils de surveillance des fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique,	
Accueil, évaluation, triage et orientation des patients.	

Actes pouvant être confiés par un médecin à ces praticiens de l'art infirmier.

C
Placement d'un cathéter par voie intra-osseuse

Annexe 2 : Illustration de l'organisation par pôles au Grand Hôpital de Charleroi



Guide entretien personnel soignant

Bonjour, nous sommes Manon et Mathilde, étudiantes en dernière année pour l'obtention du Master en Santé publique à l'UCLouvain.

Pour la réalisation de notre mémoire, nous effectuons des rencontres ayant comme objectif d'évaluer la différence entre les prestations de jour et de nuit.

C'est dans ce cadre que nous réalisons des interviews.

L'entrevue dure 30 minutes maximum, se déroule de façon anonyme et confidentielle.

Nous vous remercions pour le temps accordé.

Enfin, êtes-vous d'accord qu'on enregistre intégralement cette entrevue afin de la retranscrire plus tard ?

Commençons par quelques questions générales.

1. Généralités

Genre : Homme – Femme - X

Age :

Fonction :

Ancienneté dans l'institution :

Ancienneté dans la fonction actuelle :

Temps de travail :

2. Travail de jour et de nuit

Pouvez-vous me parler de l'organisation horaire de votre unité de soins ?

Comment évaluez-vous le travail de nuit ?

Relance : et les soins effectués les nuits ?

Et le travail de jour ?

Relance : pouvez-vous développer sur les soins réalisés la journée ?

Quelles sont, pour vous, les 3 grandes différences entre ces 2 pauses ?

Travaillez-vous de nuit ?

Si oui, depuis combien de temps en nuit uniquement ?

Relance : pourquoi avoir choisi cet horaire ?

3. Qualité des soins

A votre avis, est-ce que la qualité des soins est équivalente quel que soit le type d'horaire ? (Par qualité des soins, nous entendons : respect des procédures et les résultats obtenus).

Si non, pourquoi ?

Que pouvez-vous me dire au sujet d'un lien entre vos observations concernant la qualité des soins et une pause prestée ?

Pouvez-vous me parler des soins réalisés lors de vos prestations ?

Relance : certains soins/actes vous procurent-ils un sentiment d'inconfort ?

Certains soins plus rares vous posent-ils problème s'ils sont à effectuer et pourquoi ?

4. Leviers et barrières

Quels seraient, selon vous, les éléments facilitateurs pour maintenir une qualité de soins continue au sein du service ?

Et, à l'inverse, les éléments compliquant ?

Quelles seraient, selon vous, les pistes à envisager pour garder une totale équivalence entre les soins de jour et de nuit ?

5. Intégration dans l'équipe

**Que pouvez-vous me dire concernant les contacts entretenus avec votre hiérarchie ?
(Cadre de proximité / cadre de pôle / direction)**

**Relance : Qu'en est-il de ceux avec les médecins ?
Le reste de votre équipe ?**

Pouvez-vous me parler d'un éventuel sentiment de décalage ou d'isolement dû à votre horaire presté ?

**Existe-t-il, pour vous, un niveau d'implication différent suivant les horaires prestés ?
Pourquoi ?**

6. L'accès à l'information et à la formation

Concernant la diffusion des informations, quels sont, selon vous, les obstacles et éléments facilitateurs ?

Parlez-nous des formations continue de l'institution ?

Relance : pouvez-vous développer ... ?

Si vous travaillez partiellement ou complètement en horaire de nuit, pensez-vous qu'il serait utile/nécessaire d'avoir des formations spécifiques pour ce type d'horaire ?

Guide entretien cadre de proximité

Bonjour, nous sommes Manon et Mathilde, étudiantes en dernière année pour l'obtention du Master en Santé publique à l'UCLouvain.

Pour la réalisation de notre mémoire, nous effectuons des rencontres ayant comme objectif d'évaluer la différence entre les prestations de jour et de nuit.

C'est dans ce cadre que nous réalisons des interviews.

L'entrevue dure 30 minutes maximum, se déroule de façon anonyme et confidentielle.

Nous vous remercions pour le temps accordé.

Enfin, êtes-vous d'accord qu'on enregistre intégralement cette entrevue afin de la retranscrire plus tard ?

Commençons par quelques questions générales.

1. Généralités

Genre : Homme – Femme - X

Age :

Fonction :

Ancienneté dans l'institution :

Ancienneté dans la fonction actuelle :

Temps de travail :

2. Travail de jour et de nuit

Pouvez-vous me parler de l'organisation horaire de l'unité de soins que vous gérez ?

Relance : pouvez-vous développer sur les soins réalisés la journée ?

Quelles sont, pour vous, les 3 grandes différences entre ces 2 pauses ?

Relance : pourquoi choisir l'horaire de nuit ?

Comment évaluez-vous le travail de nuit ?

Relance : et les soins effectués les nuits ?

Et le travail de jour ?

3. Qualité des soins

A votre avis, est-ce que la qualité des soins est équivalente quel que soit le type d'horaire ? (Par qualité des soins, nous entendons : respect des procédures et les résultats obtenus).

Pourquoi ?

Que pouvez-vous me dire au sujet d'un lien entre vos observations concernant la qualité des soins et une pause prestée ?

Pouvez-vous me parler des soins réalisés lors de vos prestations ?

Relance : certains soins/actes vous procurent-ils un sentiment d'inconfort ?

Certains soins plus rares vous posent-ils problème s'ils sont à effectuer et pourquoi ?

4. Leviers et barrières

Quels seraient, selon vous, les éléments facilitateurs pour maintenir une qualité de soins continue au sein du service ?

Et, à l'inverse, les éléments compliquant ?

Quelles seraient, selon vous, les pistes à envisager pour garder une totale équivalence entre les soins de jour et de nuit ?

5. Intégration dans l'équipe

**Que pouvez-vous me dire concernant les contacts entretenus avec votre personnel ?
(de jour/ de nuit)**

Pouvez-vous me parler d'un éventuel sentiment de décalage ou d'isolement dû à l'horaire presté ?

**Existe-t-il, pour vous, un niveau d'implication différent suivant les horaires prestés ?
Pourquoi ?**

6. L'accès à l'information et à la formation

Concernant la diffusion des informations, quels sont, selon vous, les obstacles et éléments facilitateurs ?

Parlez-nous des formations continue de l'institution ?

Relance : pouvez-vous développer ... ?

Pensez-vous qu'il serait utile/nécessaire d'avoir des formations spécifiques pour ce type d'horaire de nuit ?

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp