



EHESP

DESSMS

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Novembre 2016**

**Les conditions de travail des agents de
nuit en EHPAD : l'exemple de la
Maison de Retraite Intercommunale de
Fontenay-sous-Bois**

**Violette LE NEVEU-
DEJALT**

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Richard TOURISSEAU, Directeur de la Maison de Retraite Intercommunale (MRI) de Fontenay-sous-Bois, pour son accueil chaleureux.

Je remercie très sincèrement Magali RINEAU, Directrice-Adjointe, qui a assuré la direction de mon stage, pour ses conseils précieux et sa disponibilité.

Je remercie vivement Véronique DAUBAS-LETOURNEUX, professeure de l'EHESP et encadrante de mon mémoire, pour ses suggestions et contributions.

Merci également aux directrices adjointes, aux cadres et au médecin coordonnateur de la MRI, ainsi qu'aux agents ayant participé à cette enquête, pour leur investissement et pour la richesse de nos échanges.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Le fonctionnement des équipes de nuit à la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois	4
1.1 Présentation de l'établissement étudié : la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois.....	4
1.1.1 Historique de l'établissement.....	4
1.1.2 L'adhésion au GCSMS	5
1.1.3 L'organisation du travail de nuit.....	6
1.1.4 Caractéristiques de la population étudiée : les agents de nuit	7
1.2 Constats de départ.....	9
1.2.1 Une connaissance limitée de la nuit	9
1.2.2 Des difficultés de communication entre jour et nuit qui entraînent des retards dans les prélèvements biologiques	12
1.2.3 Un sous-effectif d'infirmiers de nuit.....	13
1.2.4 Un suivi médical insuffisant au regard de l'impact du travail de nuit sur la santé des agents.....	15
2 L'évaluation des conditions de travail des agents de nuit à la MRI.....	17
2.1 Observations sur le terrain	17
2.1.1 Le déroulement de la nuit	17
2.1.2 Les motivations des agents pour travailler de nuit.....	19
2.1.3 Les risques identifiés en termes de conditions de travail	20
2.2 Méthodologie de l'enquête par questionnaire.....	22
2.2.1 Élaboration du questionnaire	22
2.2.2 La diffusion du questionnaire	23
2.3 Les résultats du questionnaire.....	23
2.3.1 Profil des répondants.....	24
2.3.2 L'organisation du travail : une détérioration des conditions de travail depuis l'ouverture des nouvelles résidences et une charge de travail variable.....	25
2.3.3 Les relations avec les résidents : une violence présente	27
2.3.4 Les relations de travail et l'information : quelques tensions à déplorer	27
2.3.5 La formation : quelques envies exprimées	29

2.3.6	Le bien-être au travail : des risques psycho-sociaux à surveiller	30
2.3.7	Évaluation globale : des conditions de travail relativement bonnes	32
2.4	<i>Synthèse de l'enquête : des tensions entre équipes, une mobilité infirmière mal vécue et une charge de travail très inégale entre sites</i>	33
3	Préconisations pour améliorer les conditions de travail des agents de nuit à la MRI : revaloriser en insistant sur les spécificités de l'exercice de nuit et renforcer l'esprit d'équipe ...	34
3.1	<i>Renforcer le suivi médical des agents</i>	34
3.1.1	Augmenter la fréquence des visites médicales	34
3.1.2	Diffuser une brochure d'information et de prévention auprès des agents de nuit	35
3.2	<i>Apaiser les tensions entre jour et nuit et faciliter la communication</i>	35
3.2.1	Améliorer la qualité des transmissions	36
3.2.2	Organiser des réunions entre infirmiers de jour et de nuit de façon régulière	37
3.3	<i>Revaloriser le travail de nuit</i>	37
3.3.1	Mettre en place une formation dédiée au travail de nuit	38
3.3.2	Organiser des rencontres plus fréquentes avec les cadres	39
3.3.3	Prévoir des espaces d'expression et d'échanges entre agents sur leurs expériences	40
3.4	<i>Revoir l'organisation du travail</i>	40
3.4.1	Préciser la procédure d'organisation du travail de nuit	41
3.4.2	Retravailler les fiches de poste des agents de nuit	42
3.4.3	Organiser des réunions réunissant les infirmiers et les aides-soignants de nuit par site	42
3.4.4	Rattacher les infirmiers de nuit à un site	42
3.4.5	Interrogation sur la nécessité d'avoir un infirmier chaque nuit sur chaque site	43
	Conclusion	45
	Sources et bibliographie	47
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, Alimentation, Environnement, Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Services Hospitaliers

CESAP : Comité d'Études, d'Éducation et de Soins auprès des Adultes Polyhandicapés

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

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DB : résidence Dame Blanche

DECT : téléphone sans fil numérique amélioré (Digital Enhanced Cordless Telecommunications)

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Équivalent Temps Plein

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GIR : Groupe Iso-Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

HM : résidence Hector Malot

IDE : Infirmier Diplômé d'État

LS : résidence La Seigneurie

MAP : résidence des Murs A Pêches

MRI : Maison de Retraite Intercommunale

PMP : Pathos Moyen Pondéré

UNIFAF : Fonds d'Assurance Formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif

Introduction

« *Le jour est paresseux mais la nuit est active* », souligne Paul Éluard dans « *Le Dur désir de durer* ». Cette affirmation se vérifie particulièrement pour les personnes âgées accueillies en EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), a fortiori celles qui sont atteintes de troubles cognitifs. On considère souvent à tort que la nuit est réservée au sommeil, mais les personnes accueillies dans ce type d'établissement ont fréquemment des cycles de sommeil perturbés, sont sujettes aux insomnies et aux angoisses nocturnes. Les personnes souffrant de démence peuvent confondre le jour et la nuit et déambuler. En somme, certains résidents de maisons de retraite sont bien plus actifs la nuit que le jour.

Pourtant, peu d'attention est portée à ce moment singulier de la journée dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Ce qui se passe la nuit, notamment la façon dont le travail s'organise, est peu connu des agents de jour et de l'administration. Les spécificités de l'exercice nocturne sont méconnues, et les agents de nuit sont souvent isolés. En EHPAD, bien que le binôme soit largement recommandé, il arrive encore qu'un agent soit seul la nuit pour veiller sur la totalité des résidents.

Or, les contraintes du travail de nuit pour les agents, du fait des horaires atypiques, se distinguent de celles du travail de jour. C'est pourquoi le Code du Travail inclut des dispositions spécifiques au travail de nuit, et le définit dans l'article L3122-29 : « *Le travail de nuit concerne tout travail accompli entre 21 heures et 6 heures du matin* ». Il existe notamment des effets négatifs sur la santé, mais aussi sur la vie sociale des personnes exerçant de nuit.

Dans son avis de juin 2016, l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, Alimentation, Environnement, Travail (ANSES) indique que le nombre de personnes concernées par le travail à horaires dits « atypiques » augmente actuellement du fait des transformations des formes d'organisation du travail. Par l'expression « horaires atypiques », l'ANSES désigne « *tous les aménagements du temps de travail situés en dehors du cadre de la semaine « standard* » »¹, correspondant à des « *horaires de travail entre 5h et 23h, 5 jours par semaine, avec une amplitude journalière de 8h* »².

¹ « *Evaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit* », avis et rapport d'analyse collective de l'ANSES, juin 2016

² Ibid.

Dès lors, il apparaît d'autant plus nécessaire d'étudier le travail de nuit et ses effets, qu'ils touchent un nombre croissant d'individus. Une analyse de la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques) révèle notamment que 3,5 millions de personnes travaillaient la nuit en 2012, ce qui représente 30% des agents dans la fonction publique³. Les agents de nuit en EHPAD s'inscrivent tout à fait dans ces horaires atypiques, car ils travaillent entre 23h et 5, souvent sur une amplitude supérieure à 8 heures.

Dans le cas des agents de nuit de la Maison de Retraite Intercommunale (MRI) de Fontenay-sous-Bois, les problèmes d'isolement professionnel sont peu prégnants, car ils sont toujours au moins à deux dans une résidence. Cependant, à l'occasion de la survenue de quelques dysfonctionnements dans l'organisation des soins et de difficultés de recrutement d'infirmiers de nuit, l'encadrement et la direction de l'établissement ont pris conscience de leur méconnaissance du déroulement de la nuit et de l'organisation du travail des agents de nuit. Certains agents en étaient notamment venus à se plaindre du fonctionnement de l'établissement et de leurs conditions de travail.

Dès lors, une problématique s'est dégagée à laquelle il apparaissait essentiel de répondre : comment améliorer les conditions de travail des agents de nuit en EHPAD ? Améliorer les conditions de travail des agents de nuit permettrait en effet d'améliorer la qualité et la continuité des soins, de garantir un certain bien-être au travail des agents et d'augmenter l'attractivité des postes de nuit.

Pour répondre à cette question, il m'a semblé important de commencer par tenter de mieux cerner les spécificités des agents de nuit, avant de faire ensuite un état des lieux de leurs conditions de travail.

Dans un premier temps, j'ai fait des recherches bibliographiques sur le travail de nuit en EHPAD. J'ai alors pu me rendre compte que peu de travaux avaient été menés sur ce sujet, mais j'ai malgré tout trouvé des informations éclairantes sur les comportements des résidents la nuit et sur le profil des agents de nuit. J'ai ensuite consulté les directrices adjointes de sites, les cadres en charge des équipes de nuit et le médecin coordonnateur pour mieux cerner le contexte.

Par la suite, j'ai mené des observations sur le terrain la nuit me permettant de constater par moi-même le déroulement de la nuit, l'organisation et les conditions de

³ « Le travail de nuit en 2012 », DARES, Analyses, N°062, août 2014

travail des agents. A cette occasion, je me suis entretenue avec des infirmiers et des aides-soignants. Puis, j'ai élaboré un questionnaire sur les conditions de travail que j'ai envoyé à tous les agents de nuit.

Enfin, après analyse de l'ensemble des données issues de mon enquête, j'ai élaboré des préconisations d'actions à mettre en œuvre à la MRI ou dans d'autres établissements confrontés aux mêmes problématiques.

1 Le fonctionnement des équipes de nuit à la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois

Cette étude sur les conditions de travail des agents de nuit s'inscrit dans un contexte bien particulier. En effet, la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois est un établissement que l'on peut qualifier d'atypique de par sa configuration et son fonctionnement. Il convient donc d'analyser les spécificités de cet établissement et de l'organisation de ses équipes de nuit, avant de décrire les différents constats qui ont motivé ce travail sur les agents de nuit.

1.1 Présentation de l'établissement étudié : la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois

La Maison de Retraite Intercommunale (MRI) de Fontenay-sous-Bois est un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) public de 486 lits fondé par les communes de Fontenay-sous-Bois, Montreuil et Vincennes. Saint-Mandé s'est associée à ces communes par la suite.

Elle est composée de quatre résidences situées dans des communes voisines des départements du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis : Fontenay-sous-Bois, Montreuil et Saint-Mandé (il n'y a pas de résidence sur le territoire de la commune de Vincennes). Elle a pour vocation d'accueillir principalement des personnes âgées résidant dans le Val-de-Marne.

1.1.1 Historique de l'établissement

Le site le plus important de la MRI est la résidence Hector Malot à Fontenay-sous-Bois. Il s'agit aussi du site le plus ancien, puisqu'il a été créé en 1889. Il s'agissait alors d'un hospice de 72 lits. L'établissement accentua sa capacité d'accueil au fil du temps, notamment par le biais de l'acquisition de la résidence de la Dame Blanche en 1948, située à Fontenay-sous-Bois en bordure du Bois de Vincennes. La MRI comporte alors 710 lits au total, dont 368 lits à Hector Malot et 342 lits à la Dame Blanche. Elle devint un EHPAD en 2002, et suite aux modifications des locaux qui sont intervenues au fil des années, sa capacité est passée à 259 lits installés en 2009.

Les deux résidences Hector Malot et Dame Blanche ont été reconstruites respectivement en 2010 et 2012. Elles comportent désormais 228 lits pour Hector Malot et 100 lits pour la Dame Blanche. Deux nouvelles résidences ont été construites en 2015 : les Murs à Pêches à Montreuil avec une capacité de 90 lits (en janvier) et la Seigneurie à Saint-Mandé avec une capacité de 68 lits (en octobre).

La MRI est donc un établissement ancien, bien ancré dans l'histoire de la ville de Fontenay-sous-Bois, mais c'est aussi un établissement en mutation. L'établissement ayant longtemps fonctionné avec les seules résidences d'Hector Malot et de la Dame Blanche, l'ouverture de deux nouveaux sites dans un laps de temps réduit bouleverse les habitudes du personnel et n'est pas sans conséquence sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

1.1.2 L'adhésion au GCSMS

La MRI a une autre particularité : il s'agit d'un des membres fondateurs du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale « Les EHPAD publics du Val de Marne » aux côtés de l'EHPAD Le Grand Âge d'Alfortville et de la Fondation Favier de Bry-sur-Marne. Ce GCSMS a été fondé en 2007 et fonctionne depuis janvier 2008. D'autres établissements y adhèrent également : le Centre Communal d'Action Sociale de Bry-sur-Marne, l'établissement public social et médico-social d'Ivry et de Vitry, le Rayon de Soleil Bryard (Association) et la Fondation Gourlet-Bontemps au Perreux-sur-Marne. La capacité autorisée mise en commun est de 1086 lits, ce qui fait du groupement un acteur médico-social de poids.

Le GCSMS gère un certain nombre de fonctions supports : les ressources humaines, les services économiques et les services informatiques. Par ailleurs l'ensemble des EHPAD adhérents au GCSMS dépendent d'une cuisine et d'une blanchisserie communes gérées par le groupement.

Le siège de ce groupement ainsi que la cuisine et la blanchisserie se trouvent sur le même site géographique que la résidence Hector Malot à Fontenay-sous-Bois.

1.1.3 L'organisation du travail de nuit

A) Le travail des infirmiers en 12 heures

Les infirmiers travaillent en 12 heures à la MRI. Les infirmiers de nuit commencent à 19h30 et finissent à 7h30 le lendemain matin, contrairement aux aides-soignants qui sont en 10 heures et commencent donc à 21h pour finir à 7h.

Le travail en 12 heures comprend de nombreux avantages du point de vue de la gestion des effectifs, et est souvent demandé par les agents pour des raisons d'organisation personnelle. Cependant, il engendre aussi un certain nombre d'effets pervers, qui peuvent pour certains être accentués par l'exercice nocturne.

Premièrement, le travail en 12 heures des infirmiers supprime les temps de transmission. Les informations sont donc données en théorie par écrit, par le biais d'un logiciel de soins. Cependant, en réalité, les agents privilégient l'oralité et dépassent souvent leurs 12 heures de travail afin de ménager un petit temps de transmissions orales. Ce faisant, ils dépassent le temps de travail maximal légal sur une journée. L'établissement ne peut donc pas imposer ces temps de transmissions, et ils dépendent de la volonté des agents. Si les agents ne souhaitent pas dépasser leur temps de travail officiel, ils devront se contenter des transmissions écrites. Il est alors fondamental que ces transmissions soient correctement écrites et lues pour permettre un partage des informations efficaces.

De plus, le travail en 12 heures, avec son amplitude horaire large, implique pour les agents de maintenir leur concentration et leur énergie sur un temps plus long. Ainsi, la période de travail est plus éprouvante. Or, lorsque ce sont des agents de nuit qui travaillent en 12 heures, la fatigue engendrée par l'amplitude horaire s'ajoute aux difficultés de maintien de l'attention inhérentes au travail de nuit. L'impact négatif du travail de nuit sur la santé des agents est donc probablement accentué, tandis que la qualité du travail risque d'être affaiblie.

En tout état de cause, l'organisation de travail en 12 heures est dérogatoire, puisque la durée journalière de travail effectif est en principe limitée à 10 heures selon l'article L212-1 du Code du Travail. L'allongement de la durée du travail à 12 heures par jour se justifie par des circonstances exceptionnelles.

B) Postes pourvus et absentéisme

L'établissement dispose de 25 postes d'aides-soignants de nuit, qui sont tous pourvus ainsi que de 12 postes d'infirmiers de nuit, qui ne sont pas tous pourvus actuellement en raison de difficultés de recrutement. La MRI n'emploie pas d'autres corps de métiers la nuit.

L'organisation a été pensée pour permettre d'avoir un infirmier chaque nuit sur chaque résidence. Compte tenu des postes vacants d'infirmiers de nuit, il est fréquemment fait recours à la vacation et à l'intérim.

Il est intéressant de noter que l'absentéisme des agents de nuit est peu élevé. Il est de 0,57 jour par agent en 2015 en global pour les infirmiers (dont 0,43 pour absences médicales) et de 9,44⁴ jours par agent en 2015 en global pour les aides-soignants (dont 9,24 pour absences médicales). Ces chiffres comprennent un aide-soignant qui a été en longue maladie pendant 161 jours, et un aide-soignant qui a été en accident du travail pendant 32 jours.

1.1.4 **Caractéristiques de la population étudiée : les agents de nuit**

A) Un établissement bien doté en effectifs de nuit

La MRI, avec ses 12 ETP (Équivalent Temps Plein) d'infirmiers de nuit budgétés, ne correspond pas au standard des EHPAD publics en France. En effet, selon Richard Vercauteren, seulement 0,4% des agents de nuit sont des infirmiers, 33% sont des aides-soignants, 51% sont des agents de services hospitaliers et 16% sont des étudiants ou des emplois aidés⁵. Or, la MRI n'emploie que des agents diplômés, et uniquement des infirmiers et des aides-soignants la nuit (29% d'infirmiers et 71% d'aides-soignants).

En effet, la MRI est un EHPAD de grande ampleur : 486 lits contre 107 lits en moyenne dans le secteur public⁶. De plus, la MRI comporte 4 sites de tailles variées. Si la grande taille de la résidence Hector Malot permet de faire des économies d'échelles sur

⁴ Ce chiffre a été calculé en excluant les 365 jours d'absence d'un aide-soignant de nuit en longue maladie, dont l'établissement a découvert après l'enquête qu'il s'agissait d'une escroquerie, l'agent ayant fourni de faux certificats médicaux.

⁵ VERCAUTEREN R., « Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels du travail », Fondation Nationale de Gérontologie, Gérontologie et Société n°116, mars 2006

⁶ Observatoire des EHPAD, KPMG, janvier 2013

les effectifs de nuit (5 agents maximum pour 228 lits soit environ 46 résidents par agent), les établissements plus petits sont plus « gourmands » en personnel (2 agents minimum par nuit à la Seigneurie pour 68 lits soit environ 34 résidents par agent).

En outre, la MRI accueille des personnes ayant un niveau de dépendance élevé, mesuré par un GIR Moyen Pondéré (GMP) prévisionnel de 765 en 2016 contre 709 en moyenne dans les EHPAD publics⁷.

Ainsi, la MRI est un établissement très médicalisé. En effet, le Pathos Moyen Pondéré (PMP), indicateur évaluant « *les soins médicotecniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées* »⁸ est de 316 à la MRI contre 187 en moyenne pour les EPHAD publics⁹.

Enfin, la MRI a une durée moyenne de séjour élevée de 4,35 ans en 2014¹⁰ contre 3,8 en moyenne¹¹ ; ainsi qu'un faible nombre de décès à l'hôpital.

B) Une équipe aide-soignante vieillissante et ancienne ; une équipe infirmière récente et plus jeune

Les infirmiers et les aides-soignants de nuit de la MRI ont des profils relativement différents.

En effet, les infirmiers de nuit sont pour deux tiers contractuels et ont pour deux tiers une ancienneté inférieure à un an dans l'établissement. Leur moyenne d'âge est de 42 ans.

Les aides-soignants ne sont quant à eux contractuels qu'à hauteur de 27% des agents et seuls deux d'entre eux ont une ancienneté dans l'établissement inférieure à un an (environ 8%). 62% des aides-soignants de nuit ont une ancienneté à la MRI supérieure à 10 ans, et plus de la moitié ont une expérience de nuit dans l'établissement de 5 ans et plus. Leur moyenne d'âge est de 48 ans, et 46% d'entre eux ont 50 ans ou plus.

⁷ Observatoire des EHPAD, Premiers résultats, KPMG, janvier 2014

⁸ Site internet de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées

⁹ Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014

¹⁰ Le chiffre retenu est celui de l'année 2014 car l'année 2015 manque de représentativité en raison de l'ouverture des deux nouvelles résidences qui ont fait baisser mécaniquement la durée moyenne de séjour (afflux de nouveaux arrivants ayant par définition une durée de séjour courte).

¹¹ Observatoire des EHPAD, Premiers résultats, KPMG, janvier 2014

Nous avons donc une équipe d'aides-soignants anciens dans l'établissement, avec une expérience de nuit importante et plutôt vieillissants, tandis que l'équipe infirmière est un peu plus jeune et bien plus récente dans l'établissement.

L'équipe aide-soignante, par son ancienneté, permet de donner une certaine stabilité à l'équipe de nuit dans son ensemble et peut favoriser une continuité des pratiques. Cependant, les différences de profils sont telles entre aides-soignants et infirmiers que cela peut engendrer des incompréhensions, car les pratiques et les habitudes sont différentes.

En outre, la moyenne d'âge et l'ancienneté plutôt élevées des aides-soignants de nuit est un élément à surveiller au vu des différentes études prouvant les effets délétères du travail de nuit sur la santé des agents, sur lesquels nous reviendront plus en détails par la suite.

La Maison de Retraite Intercommunale est donc un établissement de grande taille, très médicalisé, accueillant des personnes ayant un niveau de dépendance élevé et doté d'agents de nuit qualifiés et relativement nombreux.

Pour autant, plusieurs observations nous amènent à constater qu'il existe une marge d'amélioration au niveau des conditions de travail des agents de nuit.

1.2 Constats de départ

1.2.1 Une connaissance limitée de la nuit

La nuit institutionnelle commence à la MRI dès 19h30, heure d'arrivée des infirmiers de nuit, et se termine à 7h30 le lendemain matin à leur départ. Ainsi, le moment que l'on qualifie de nuit dans l'établissement représente la moitié de la journée.

Pourtant, elle est bien moins connue de la direction, des cadres et des agents en général, que le jour. L'explication est simple : en l'absence du personnel administratif (il n'y a pas de cadre de nuit à la MRI), la nuit est hors du regard de l'institution. Deux cadres sont en charge des équipes de nuit (l'une pour les aides-soignants et l'autre pour les infirmiers), mais cette tâche leur incombe en sus de la supervision d'équipes de jour. Ainsi, ces cadres s'occupent de la gestion du planning des agents de nuit, mais les rencontres avec ces derniers se font rares.

Dans les représentations collectives, la nuit est le moment du sommeil. Or, elle englobe une plage horaire très large dans sa définition institutionnelle. Aussi, rares sont les résidents qui dorment à 19h30, et plusieurs sont déjà réveillés depuis longtemps à

7h30 le matin. De plus, les modifications du sommeil des personnes âgées et les pathologies cognitives entraînent souvent une veille nocturne. Dès lors, le travail des agents de nuit ne se limite pas à surveiller des personnes endormies, mais à accompagner vers le sommeil des résidents souvent éveillés, et parfois angoissés.

A) Les spécificités du travail de nuit

Comme l'explique Caroline Sédrati-Dinet, l'accompagnement des résidents prend une place de plus en plus importante dans le travail des agents de nuit, bien que la sécurité constitue une composante essentielle de leur fonction¹². Ainsi, le travail de nuit revêt deux spécificités majeures par rapport au travail de jour : être garant de la qualité du sommeil des résidents et apaiser leurs angoisses nocturnes.

a) *Garantir la qualité du sommeil du résident*

Le cycle du sommeil a tendance à se modifier avec l'âge. Le sommeil lent profond est réduit et le sommeil paradoxal (phase au cours de laquelle les rêves se produisent) avance au début de la nuit. Le sommeil est plus fragmenté, les réveils nocturnes augmentent et les insomnies sont plus fréquentes, ce qui entraîne souvent une somnolence dans la journée¹³.

b) *Apaiser les angoisses nocturnes*

La nuit est un moment hautement symbolique. Elle est perçue dans les sociétés occidentales comme un lieu de dangers et d'abandon de soi, en opposition au jour qui représente ce qui est maîtrisé, civilisé¹⁴. Ainsi, « *la nuit apparaît [...] comme le lieu par excellence où ressurgissent tous les éléments qui sont sous contrôle durant la journée : pensées enfouies, douleurs, craintes ou encore mauvais souvenirs.* »¹⁵

¹² SEDRATI-DINET C., « Les surveillants de nuit sortent de l'ombre », *Actualités Sociales Hebdomadaires n°2908*, mai 2015

¹³ D'EPINAY C. et HANCHEZ K., « Le sommeil et les significations de la nuit », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006, p. 28-29

¹⁴ D'EPINAY C. et HANCHEZ K., « Le sommeil et les significations de la nuit », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006, p.26

¹⁵ Ibid. p.27

De plus, la nuit peut évoquer un lien avec la mort du fait de l'obscurité, de la position allongée, du silence... Si le résident a une mobilité réduite, cette évocation de la mort peut être accentuée, notamment lorsque des barrières de lit sont présentes.¹⁶

Tous ces éléments impliquent une forte charge émotive pour les résidents, et les agents entrent encore davantage dans leur intimité durant les soins. Une personne qui accepte facilement les changes pendant la journée peut réagir différemment la nuit. C'est pourquoi les agents de nuit doivent redoubler d'attention à l'occasion des soins.¹⁷

B) Un travail de nuit souvent dévalorisé

Comme le souligne Nasséra Salem, responsable du pôle information et animation régionale à l'Institut Régional du Travail Social de Franche-Comté, dans un article de Laëtitia Delhon, « *le travail de nuit reste peu valorisé, alors que ses enjeux institutionnels sont forts et qu'ils constituent une des conditions de la continuité de la prise en charge* »¹⁸.

Le manque de valorisation du travail de nuit a pour origine une méconnaissance des spécificités du travail de nuit et des préjugés sur les motivations des agents qui choisissent d'exercer la nuit.

En effet, les agents de jour ont tendance à considérer que les agents de nuit ont choisi d'exercer ces fonctions pour alléger leur charge de travail. Or, il faut garder à l'esprit qu'une partie des tâches des agents de nuit portent sur le relationnel et la surveillance. Ces deux activités sont cependant difficilement traçables, contrairement à d'autres actes de soins comme les changes ou les toilettes. Ces tâches sont donc invisibles pour l'administration et les agents de jour¹⁹, qui peuvent assimiler les temps qui leur sont consacrés à une absence de travail. Cet état de fait engendre deux effets pervers : une dévalorisation des agents de nuit dont on pense qu'ils travaillent moins que les agents de jour ; et une tendance pour les agents de nuit à se concentrer sur les actes de soins plus quantifiables au détriment de l'aspect relationnel pourtant essentiel.

¹⁶ BADEY-RODRIGUEZ C., « La nuit auprès des personnes âgées : la face obscure des projets », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006, p.111

¹⁷ Ibid. p.113

¹⁸ DELHON L., « La nuit, un accompagnement comme les autres ? », *Travail Social Actualités n°57*, novembre 2014

¹⁹ PERRAUT SOLIVERES A., « La nuit et l'institution, un mépris partagé », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006, p.105

En réalité, selon A. Perraut-Solivères, « *on ne choisit pas la nuit pour moins travailler mais pour travailler différemment avec moins de contraintes.* »²⁰ En effet, les agents de nuit sont soumis à moins d'encadrement, ont souvent des postes plus stables et des congés mieux respectés. Les agents choisissent aussi d'exercer de nuit pour des raisons d'organisation personnelle, liées à la vie familiale notamment.

Si on assiste à une professionnalisation croissante des agents de nuit, notamment par une « *disparition progressive des surveillants de nuit au profit des aides médico-psychologiques ou aides-soignants de nuit* »²¹, ce mouvement permet surtout d'améliorer la prise en charge médicale et soignante des résidents, sans forcément renforcer l'accompagnement relationnel spécifique à la nuit. Là encore, les spécificités du travail de nuit sont souvent ignorées, et les tâches dévolues aux agents de nuit sont trop souvent calquées sur celles des agents de jour, ce qui dessert la qualité de l'accompagnement des résidents.

Cette professionnalisation s'observe à la MRI puisque seuls des infirmiers et des aides-soignants y travaillent la nuit, jamais de veilleur sans diplôme ni même d'agent de service hospitalier faisant fonction d'aide-soignant. Cela induit un niveau de compétence élevé et la possibilité d'accueillir des résidents ayant des pathologies lourdes, mais cette focalisation sur l'aspect médical peut parfois éclipser les compétences relationnelles.

1.2.2 Des difficultés de communication entre jour et nuit qui entraînent des retards dans les prélèvements biologiques

Le médecin coordonnateur de la MRI a fait l'observation d'un manque de communication et d'entraide entre les équipes de jour et les équipes de nuit, concernant en particulier les infirmiers. Un état d'esprit quelque peu individualiste avait pris le pas sur le souci de continuité des soins.

En effet, les infirmiers de nuit ne commencent les prélèvements biologiques que vers 6h15 pour ne pas avoir à réveiller les résidents trop tôt. Or, les nuits où les prélèvements à faire sont nombreux, il arrive que l'infirmier n'ait pas le temps de tous les effectuer avant 7h30, heure de la fin de son service. Dans ces cas-là, il a été observé que certains infirmiers de jour refusaient de faire les prélèvements restant, qui étaient alors

²⁰ Ibid. p.96

²¹ SEDRATI-DINET C., « Les surveillants de nuit sortent de l'ombre », *Actualités Sociales Hebdomadaires* n°2908, mai 2015

repoussés à la nuit suivante. Cela a pu entraîner une accumulation de retards préjudiciables à la qualité de la prise en charge des résidents.

1.2.3 Un sous-effectif d'infirmiers de nuit

En raison du niveau de dépendance élevé des résidents et pour assurer une bonne qualité des soins, la direction a souhaité avoir un infirmier de nuit présent sur chaque site toutes les nuits. Pour que cela soit possible, en prenant en compte les différents repos et congés, il faut employer 12 ETP d'infirmiers de nuit. Cependant, la MRI fait face à des difficultés de recrutement pour ce type de personnel, et tous les postes ne sont donc pas pourvus. La direction a donc été amenée à élaborer différentes stratégies pour répartir les effectifs présents.

A) La première stratégie proposée : un infirmier se partage entre deux résidences et fait un aller-retour en voiture pendant la nuit

La question des conditions de travail des agents de nuit était déjà un sujet de préoccupation lors de mon arrivée à la MRI au début du mois de novembre 2015. A ce moment-là, 9 infirmiers de nuit étaient présents et la direction comptait en embaucher un de plus à court terme. Le recrutement des 2 infirmiers supplémentaires pour obtenir les 12 postes budgétés n'était pas souhaité avant le courant de l'année 2016, car l'établissement était en attente de réception de l'enveloppe soins attribuée par l'ARS (Agence Régionale de Santé). Pour faire en sorte d'avoir un infirmier par résidence chaque nuit malgré le sous-effectif, la direction a demandé à ce que les nuits où seulement 3 infirmiers étaient présents, l'infirmier en poste sur la résidence de la Dame Blanche se déplace au cours de la nuit pour se rendre à la résidence de la Seigneurie.

Ce souhait a été annoncé à l'équipe des infirmiers de nuit lors d'une réunion au début du mois de novembre 2015. Or, dès l'annonce de la volonté de la direction de mettre en place une mobilité inter-sites des infirmiers au cours d'une même nuit, les agents ont fait part d'une forte opposition à ce projet.

Premièrement, peu d'infirmiers avaient le permis de conduire. Cette organisation, qui nécessitait de se déplacer en voiture entre deux sites, ne pouvait dès lors reposer que sur quelques agents, qui seraient toujours les mêmes à être sollicités. Plusieurs arguments ont été avancés par les agents en défaveur de la mise en place de cette mobilité : organisation pratique compliquée (disponibilité de la voiture etc.), défaut de connaissance des résidents et peur de devoir se déplacer la nuit notamment.

Finalement, cette stratégie a été abandonnée du fait d'événements extérieurs. Les attentats de Paris ayant eu lieu quelques jours plus tard, un statu quo a été adopté en faisant appel à l'intérim pour ne pas obliger les infirmiers à se déplacer la nuit. Cette situation a perduré jusqu'au printemps 2016, et la direction a finalement choisi de ne pas mettre en place la mobilité inter-sites au cours de la nuit.

B) Seconde stratégie : le recours à la vacation et à l'intérim

L'analyse de la situation du dernier trimestre de l'année 2015 (premier trimestre de fonctionnement de la résidence de la Seigneurie) est intéressante. Sur les mois d'octobre, novembre et décembre 2015, il y avait en moyenne 9,06 infirmiers de nuit en équivalent temps plein (ETP) à la MRI. Il manquait donc 3 infirmiers pour occuper l'ensemble des postes budgétés et permettre d'avoir un infirmier sur chaque site, chaque nuit. L'établissement a donc dû faire appel à des vacataires et à des intérimaires pour compenser ce sous-effectif. Ainsi, pendant ces trois mois, il y a eu 44 vacations et 39 intérimaires d'infirmiers de nuit. Cela correspond à une moyenne d'environ 2,3 agents supplémentaires par mois. Mais cette stratégie comprend plusieurs inconvénients : un coût plus élevé pour l'intérim, un temps de recherche de ce personnel pour les cadres, un temps d'explication de l'organisation du travail en début de nuit par les agents de l'établissement. En outre, le suivi des résidents en pâtit puisque ces agents temporaires ne les connaissent pas personnellement.

A partir du printemps 2016, la direction a souhaité avoir un effectif d'infirmiers de nuit au complet, c'est-à-dire de 12 ETP. Cependant, malgré une recherche active de candidats potentiels, très peu se sont présentés. De plus, certains agents recrutés en 2015 ayant quitté l'établissement, les quelques recrutements qui ont eu lieu n'ont pas permis d'atteindre l'effectif cible.

Il est désormais essentiel pour l'établissement de pourvoir les postes vacants d'infirmiers de nuit, tant dans une perspective d'économies budgétaires que dans un souci de qualité du suivi des résidents.

Or, si les difficultés rencontrées par la MRI pour recruter des infirmiers de nuit sont pour une grande partie liées à un contexte qui lui échappe (pénurie d'infirmiers, préférence de l'hôpital, etc.), des actions peuvent être mises en œuvre pour tenter d'augmenter l'attractivité de ces postes à la MRI. Dans cet objectif, une analyse des conditions de travail des agents de nuit semble pertinente.

1.2.4 Un suivi médical insuffisant au regard de l'impact du travail de nuit sur la santé des agents

L'article « *Comment améliorer les conditions de travail des agents de nuit en EHPAD ?* » d'Éric Charles paru dans Hospimedia le 15 décembre 2015 résume bien les effets négatifs que le travail de nuit peut engendrer sur la santé des agents : troubles du sommeil, déséquilibre nutritionnel et troubles digestifs, fatigue chronique voire dépression liée à l'isolement professionnel. L'auteur va même jusqu'à affirmer que « *au-delà de dix ans à 200 nuits de travail par an, les dégâts sanitaires seraient irréversibles* »²².

Ces différents troubles engendrés par le travail de nuit sont aussi relevés par le Docteur Dominique Tripodi dans son article « *Effets sur la santé des horaires de travail atypiques* »²³. Il y évoque également un risque accru de développer des comportements addictifs, notamment une consommation excessive de café et de tabac. Enfin, les effets du travail de nuit sur la production de la mélatonine, hormone sécrétée dans l'obscurité, peuvent affaiblir le système immunitaire et engendrer des risques de surpoids, d'obésité et d'occurrence de certains cancers, notamment le cancer du sein.

Par ailleurs, le travail de nuit augmente les risques d'accidents de la circulation du fait d'une somnolence accrue, et peut constituer un facteur de risque pour le déroulement de la grossesse²⁴. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé recommande d'éviter le travail de nuit à partir de 12 semaines d'aménorrhée.

Or, seuls 7 agents ont été vus par le médecin du travail sur les 35 agents de nuit présents à la MRI. Cet état de fait contrevient à l'article L3122-42 du Code du Travail qui impose une surveillance médicale deux fois par an des travailleurs de nuit, et est particulièrement préoccupant compte tenu du fait qu'un grand nombre d'agents est âgé de 50 ans ou plus et a une ancienneté de nuit importante.

²² CHARLES E., « *Comment améliorer les conditions de travail des agents de nuit en Ehpads ?* », *Hospimedia*, décembre 2015

²³ TRIPODI D., « *Effets sur la santé des horaires de travail atypiques* », *Bulletin d'Information DPC n°100, Bonnes pratiques en santé au travail, rythmes de travail à l'hôpital et retours d'expérience, Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux*, avril 2016

²⁴ Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit, Haute Autorité de Santé, mai 2012, p.32

Dernièrement, le rapport « Evaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit » publié en juin 2016 par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation, Environnement, Travail (ANSES), confirme l'existence de risques pour la vie sociale et familiale des travailleurs de nuit, ainsi que pour leur santé physique au travers des divers troubles cités précédemment. En conclusion de ce rapport, l'ANSES recommande de limiter le recours au travail de nuit et ainsi que « *d'évaluer l'adaptation du cadre réglementaire en vigueur à la protection de la santé des travailleurs de nuit, et le faire évoluer le cas échéant, en considérant la dimension européenne²⁵.* » L'ANSES incite aussi à réaliser un « *état des lieux des pratiques de terrain²⁶* », d'évaluer l'impact sanitaire et les coûts sociaux du travail de nuit, mais aussi « *d'ajuster la surveillance médicale des travailleurs de nuit.²⁷* »

Ces différents constats nous amènent à nous interroger sur la façon dont les agents de nuits peuvent être davantage intégrés à la vie institutionnelle et mieux considérés, avec une prise en compte des spécificités liées à l'exercice nocturne. Nous faisons l'hypothèse que cela permettrait aux agents de nuit de se sentir mieux sur leur poste de travail et par ricochet d'améliorer la prise en charge des résidents, tout en augmentant l'attractivité des postes d'infirmiers de nuit à la MRI.

²⁵ « *Evaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit* », avis et rapport d'analyse collective de l'ANSES, juin 2016

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

2 L'évaluation des conditions de travail des agents de nuit à la MRI

Au regard des différents constats effectués sur le fonctionnement du travail de nuit à la MRI (connaissance limitée, tensions entre équipes, sous-effectif infirmier et suivi médical insuffisant), une enquête plus approfondie s'est avérée nécessaire pour mieux connaître l'organisation du travail effective et la réalité des conditions de travail des agents de nuit. Cette étude a été menée en deux temps : premièrement des observations sur le terrain, puis l'administration d'un questionnaire à l'ensemble des agents de nuit.

2.1 Observations sur le terrain

La première phase de l'enquête a consisté à se rendre dans l'établissement sur les horaires nocturnes afin de mieux comprendre la façon dont se déroule une nuit dans l'établissement et à dégager de premières observations quant aux conditions de travail des agents de nuit à la MRI. Ces moments d'observation m'ont donné l'opportunité de m'entretenir avec des agents de nuit. Trois éléments ont été étudiés en particulier : le déroulement de la nuit, les motivations des agents pour travailler de nuit et les risques en termes de conditions de travail.

Deux observations sur le terrain ont donc été réalisées. La première a eu lieu à la résidence de la Dame Blanche le 21 décembre 2015 et portait sur le début de la nuit (de 19h à 23h30). La deuxième a eu lieu à Hector Malot le 5 février 2016 et portait sur la fin de la nuit (de 4h40 à 7h35). Dans les deux cas, l'équipe avait été prévenue préalablement par une cadre.

Ces observations ont été complétées par des entretiens avec les cadres et des réunions réunissant les infirmiers de nuit.

2.1.1 Le déroulement de la nuit

A) Les transmissions

D'après les observations sur le terrain, les transmissions entre les infirmiers de jour et les infirmiers de nuit se font principalement oralement. Ceci ne devrait pas être le cas car ces derniers travaillent en douze heures. En principe, il n'y a donc pas de temps

commun aux infirmiers de jour et de nuit et les transmissions doivent donc se faire par écrit, sur un logiciel informatique. Pourtant, les infirmiers préfèrent prendre un peu de temps en plus pour se transmettre les informations de façon orale lors de la relève. Les infirmiers de nuit arrivent donc souvent un peu en avance dans ce but. Leur temps de travail effectif dépasse alors les douze heures maximales réglementaires. Ce temps de transmissions informel s'observe moins souvent lors de la relève du matin. Lors de l'observation de la fin de nuit à Hector Malot, l'infirmier de nuit a fait quelques transmissions orales par téléphone aux infirmiers de jour. Normalement les infirmiers doivent se retrouver au poste de soins du 2^{ème} étage pour confirmer l'effectif infirmier présent, mais ce jour-là plusieurs infirmiers de jour sont arrivés au travail légèrement en retard et sont donc allés directement à leur étage d'affectation.

De plus, cela signifie que les transmissions écrites ne sont pas lues de façon systématique et exhaustive. Or, les transmissions orales sont par nature moins précises que les transmissions écrites. Il existe donc un risque que l'ensemble des informations ne soient pas transmises, surtout le matin lorsque les transmissions orales n'ont pas toujours lieu et que les transmissions écrites sont peu lues selon les cadres et le médecin coordonnateur.

B) Les soins

Les soins infirmiers commencent vers 19h30 et se terminent entre 23h et 1h selon les sites et selon les nuits. Ils consistent surtout en l'administration des médicaments et l'installation de perfusions en début de nuit. Puis l'infirmier assure une surveillance des résidents, en particulier de ceux qui ont fait l'objet d'un signalement pour une surveillance accrue. Enfin, à partir de 5h environ, l'infirmier reprend les soins. Il enlève les perfusions, effectue les prélèvements biologiques et distribue les médicaments du matin.

En ce qui concerne les aides-soignants, ils procèdent aux changes des résidents qui en ont besoin entre 21h et minuit environ, puis entre 5h et 7h. Ils s'appuient pour cela sur leurs observations et sur des protocoles incontinence. Dans les faits, la très grande majorité des résidents sont changés au moins une fois entre 21h et 7h, et les aides-soignants ne respectent pas tous les protocoles incontinence individualisés. Cela peut s'expliquer dans certains cas par leur obsolescence, mais aussi par des habitudes prises de longue date par les aides-soignants.

C) La répartition du travail entre aides-soignants et infirmiers

En principe, l'infirmier doit aider les aides-soignants aux changes lorsqu'il a terminé d'effectuer les soins infirmiers. Ceci est compatible avec le décret de compétence de la profession d'infirmier du 29 juillet 2004 qui dispose dans l'article R4311-5 :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement²⁸ »

Cependant, certains infirmiers refusent de le faire, ce qui crée parfois des tensions entre aides-soignants et infirmiers de nuit.

Par ailleurs, il doit toujours y avoir un agent à l'étage des services sécurisés accueillant les résidents dont les troubles cognitifs entraînent déambulations et risques de fugue. Pour ce faire, et pour assurer une surveillance constante, la répartition des agents par étage est spécifique à chaque site et est inscrite dans un protocole dédié à l'organisation du travail de nuit. Cependant, certains agents contractuels, vacataires ou intérimaires ne connaissent pas bien ce protocole (notamment chez les infirmiers) et ne le lisent pas. Les aides-soignants plus anciens dans l'établissement leur expliquent donc comment s'organiser, mais il peut y avoir une certaine défiance de la part du nouvel agent.

2.1.2 Les motivations des agents pour travailler de nuit

A l'occasion de discussions avec les agents présents lors des observations sur le terrain, leurs motivations pour travailler de nuit ont été évoquées.

La première infirmière rencontrée, qui était jeune et contractuelle, a fait le choix de travailler de nuit pour pouvoir poursuivre des études de façon concomitante.

Les autres agents interrogés ont fait ce choix pour des raisons d'organisation familiale. Cependant, les obligations qui les ont menés à travailler de nuit n'existent plus

²⁸ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, Art R4311-5

toujours, mais certains agents ont pris l'habitude de travailler de nuit et y ont trouvé leur équilibre. Un agent a déclaré apprécier la plus grande liberté que lui offrait le travail de nuit par rapport au jour, et un stress moins important.

2.1.3 Les risques identifiés en termes de conditions de travail

A) Une charge de travail très variable selon les sites

Il existe une grande disparité entre la charge de travail des agents de nuit à la résidence Hector Malot et aux autres résidences. En effet, la résidence Hector Malot a un nombre de lits beaucoup plus important que les trois autres résidences, mais les effectifs d'agents de nuit n'y sont pas proportionnels.

Cet état de fait est particulièrement prégnant pour les infirmiers. En effet, il y a un seul infirmier prévu sur chaque site, qui a 228 lits sous sa surveillance à la résidence Hector Malot contre 56 actuellement à la résidence de la Seigneurie (où 12 lits ne sont pas encore ouverts) par exemple.

Cette observation se vérifie aussi pour les aides-soignants qui ont presque 60 résidents à changer par agent à Hector Malot contre 37 aux Murs à Pêches (où 75 lits sont installés actuellement), par exemple.

De plus, le niveau de dépendance est plus élevé à Hector Malot que dans les autres résidences. Le GMP est de 783 à Hector Malot, 756 à la Dame Blanche, 682 aux Murs à Pêches et 687 à la Seigneurie.

Voici un tableau récapitulatif des différences de charge de travail que l'on peut observer entre résidences²⁹ :

	Hector Malot	Dame Blanche	Murs à Pêches	Seigneurie
GMP	783	765	682	687
Nombre de résidents	228	100	75	56
Nombre d'IDE de nuit	1	1	1	1
Nombre d'AS de nuit	4	2	2	1
Nombre de résidents par AS	57	50	37.5	56
Nombre de résidents par agent	45.6	33.3	25	28

²⁹ Ce tableau présente le scénario le moins généreux. En effet, il peut parfois y avoir 5 AS à Hector Malot et 2 AS à la Seigneurie.

B) Une méconnaissance des résidents par les infirmiers à cause de leur mobilité

Les infirmiers de nuit de la MRI ne sont pas attachés à un site et sont amenés à exercer sur les quatre résidences de l'établissement. Ce système rendu nécessaire par le sous-effectif infirmier permet d'éviter que ce soit toujours le même agent qui travaille à Hector Malot, la résidence la plus lourde en termes de charge de travail. Mais il a de nombreux inconvénients.

Premièrement, cela complexifie la gestion du planning des infirmiers de nuit, et entraîne parfois des erreurs lorsque des agents se rendent à la mauvaise résidence.

Mais surtout, cela empêche les infirmiers d'apprendre à bien connaître les résidents et d'avoir un suivi réellement qualitatif. Une infirmière suivie lors des observations sur le terrain regrette beaucoup cette organisation. Elle a déclaré que ne pas connaître les résidents rendaient leurs réactions imprévisibles et elle avait peur de s'exposer à des gestes violents ou même de se piquer par erreur à l'occasion d'un geste brusque du résident. Elle a aussi affirmé que cela enlevait le côté humain et relationnel de son métier, et lui donnait l'impression d'effectuer du travail à la chaîne. Nous pouvons ici relever un véritable risque psychosocial car les infirmiers ont du mal à s'épanouir professionnellement dans ces conditions, mais aussi une perte de qualité pour la prise en charge du résident que la succession de visages inconnus peut angoisser, et ce d'autant plus dans le contexte particulier de la nuit.

C) L'isolement et la peur nocturnes

La nuit peut représenter une source de peur pour les agents, comme elle peut l'être pour les résidents, du fait de l'obscurité et de l'exercice isolé. L'infirmier détenant le téléphone qui permet d'ouvrir la porte à distance, il doit être en mesure de savoir qui faire entrer ou non dans l'établissement. Une histoire circule parmi les agents à ce sujet. Il s'agit d'une infirmière qui aurait été licenciée de l'établissement pour ne pas avoir ouvert la porte à la famille d'une résidente en fin de vie au milieu de la nuit. La résidente était décédée et la famille n'avait pas pu être à ses côtés, et avait porté plainte. Cette affaire est un exemple de la façon dont la peur peut prendre le pas sur les décisions rationnelles, notamment la nuit.

2.2 Méthodologie de l'enquête par questionnaire

Après avoir fait de premiers constats sur les conditions de travail de nuit par des observations sur le terrain et la participation à des réunions avec les agents de nuit, il a été nécessaire d'obtenir des informations plus précises par le biais d'un questionnaire.

2.2.1 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire sur les conditions de travail des agents de nuit a été élaboré de façon à couvrir un large spectre de thèmes, afin d'obtenir l'image la plus exhaustive possible. Pour ce faire, des études sur les conditions de travail des agents en EHPAD ont été consultées, notamment celle des Services Interentreprises de Santé au Travail de Metz et Thionville réalisée en septembre 2011³⁰ et celle de la clinique Paul Picquet de Sens réalisée en janvier 2006³¹ ; ainsi que le mémoire EHESP de Marie-José Circhirillo réalisé en 2008³². Le Document Unique des Risques Professionnels de la MRI, datant de 2013, a aussi été utilisé pour identifier les risques qui avaient déjà été évoqués par le passé pour les conditions de travail des agents de nuit.

Plusieurs grands thèmes ont ainsi été dégagés : les informations sur l'agent, l'organisation du travail, les relations avec les résidents, les relations de travail et l'information, la formation, le bien-être au travail et l'évaluation globale des conditions de travail.

Le questionnaire élaboré comprend 33 questions et de nombreux espaces dédiés aux commentaires, afin d'obtenir une expression libre des agents pouvant mettre en lumière des éléments ignorés jusque-là. Il a été présenté en CHSCT avant envoi.

³⁰ « Étude des conditions de travail des salariés en EHPAD et long séjour, évaluation des facteurs organisationnels et psychosociaux », Services Interentreprises de Santé au Travail de Metz et Thionville, septembre 2011

³¹ Rapport d'enquête « Enquête de satisfaction auprès des professionnels » Clinique Paul Picquet (Sens), janvier 2006

³² CIRCHIRILLO M-J., « Le management pérenne des risques professionnels à l'hôpital local : un levier d'action continue contre les accidents du travail, l'exemple de l'hôpital local de Bédarieux », mémoire de l'EHESP, 2008

2.2.2 La diffusion du questionnaire

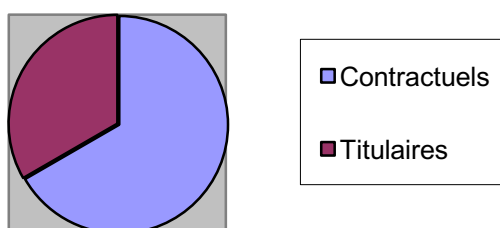
Le questionnaire a été envoyé par courrier postal aux 33 agents de nuits présents dans l'établissement au moment de l'envoi (7 IDE et 26 AS), accompagné d'une lettre expliquant la démarche. Les agents étaient informés que ce questionnaire était anonyme. L'envoi a eu lieu au cours du mois de février 2016 et les agents avaient un délai d'un mois pour compléter le questionnaire. Ils pouvaient le rendre dans des urnes disposées aux standards des résidences et dans les postes de soins infirmiers, ou par courrier.

Voici, pour rappel, les caractéristiques de la population étudiée : les agents de nuit de la MRI.

7 Infirmiers

Moyenne d'âge = 42 ans

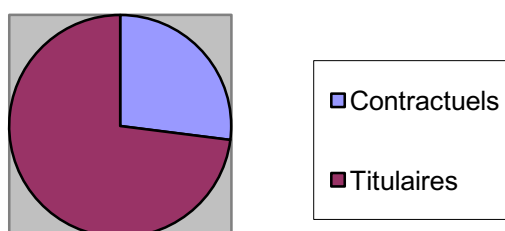
Ancienneté moyenne dans l'établissement = 5,6 ans



26 Aides-Soignants

Moyenne d'âge = 48 ans

Ancienneté moyenne dans l'établissement = 10 ans



2.3 Les résultats du questionnaire

L'enquête portant sur une population restreinte (33 agents seulement) et le taux de retour n'ayant pas été particulièrement bon, cette étude a peu de représentativité statistique. Cependant, les agents y ayant répondu l'ont fait de façon exhaustive, avec de nombreux commentaires (verbatim en annexe n°5), ce qui nous a permis d'obtenir des

informations intéressantes sur les conditions de travail des agents de nuit à la MRI, sur un mode d'enquête finalement plus qualitatif que quantitatif.

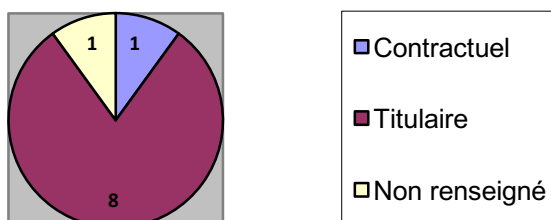
2.3.1 Profil des répondants

10 agents de nuit ont répondu à l'enquête, dont 2 IDE (infirmier diplômé d'État) et 8 AS (aides-soignants). Cela correspond à un taux de réponse de 29% pour les IDE (ils étaient 7 lors de l'administration du questionnaire) et de 31% pour les AS (qui sont 26).

Ce taux de réponse d'un petit tiers, qui n'est pas mauvais si on prend en compte le pourcentage, n'est tout de même pas entièrement satisfaisant. On peut faire l'hypothèse que les IDE n'ont pas été très nombreux à répondre du fait de l'instabilité de ces agents. En effet, de nombreux IDE sont contractuels et certains ont été embauchés très récemment. Il est possible que ces agents n'envisagent pas une carrière longue à la MRI, et n'aient donc pas l'envie de s'investir pour l'amélioration des conditions de travail à la MRI.

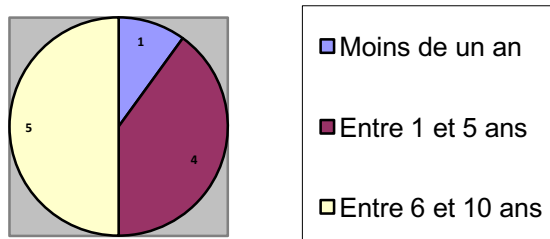
Par ailleurs, le CHSCT, à qui le questionnaire a été présenté, n'a pas souhaité s'impliquer dans cette enquête (sans s'y opposer non plus). Ce positionnement du CHSCT a semblé être lié à un climat social légèrement tendu dans l'établissement, plutôt qu'à une réelle prise de position sur le sujet. L'un des représentants du personnel avait même reconnu l'intérêt d'une telle enquête. L'absence de soutien du CHSCT dans cette démarche a probablement été un frein pour les retours du questionnaire.

8 répondants sont titulaires/stagiaires, un est contractuel et un n'a pas souhaité donner son statut. L'agent contractuel est infirmier, ce qui est un atout pour la représentativité de cette étude puisque la majorité des infirmiers de la MRI sont contractuels.



Un répondant a une ancienneté de moins d'un an dans l'établissement, et 9 répondants ont une ancienneté de plus de 10 ans.

Un répondant a une ancienneté de nuit de moins d'un an, 4 répondants entre 1 et 5 ans et 5 répondants entre 6 et 10 ans.

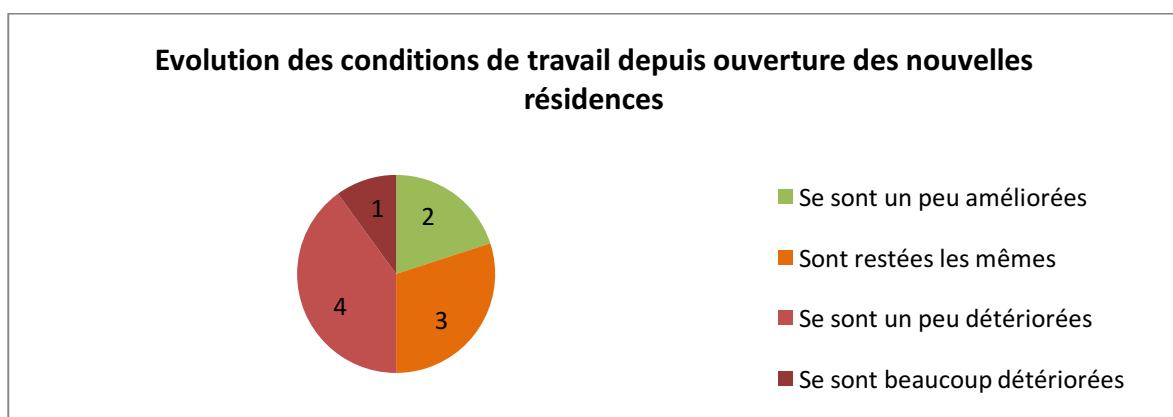


7 répondants ont 46 ans et plus, ce qui est là encore assez représentatif de la population étudiée, plutôt âgée.

Les agents ayant répondu à ce questionnaire sont en grande majorité des agents titulaires, anciens dans l'établissement et en seconde partie de carrière. Il semble que notre hypothèse soit donc vérifiée, et que ce soient les agents les plus stables dans l'établissement qui se sont le plus sentis concernés par le sujet de l'amélioration des conditions de travail à la MRI.

2.3.2 L'organisation du travail : une détérioration des conditions de travail depuis l'ouverture des nouvelles résidences et une charge de travail variable

La moitié des répondants considère que les conditions de travail ce sont un peu (4) ou beaucoup (1) détériorées depuis l'ouverture des sites de Montreuil et St Mandé. Deux personnes trouvent qu'elles se sont améliorées, ce sont les deux IDE ayant participé à l'enquête.



Ce résultat est inattendu car les IDE n'étant pas rattachés à un site, ce sont à priori eux qui sont le plus impactés. Cependant un des IDE considère que ses conditions de travail se sont améliorées car la Seigneurie est plus proche de son domicile.

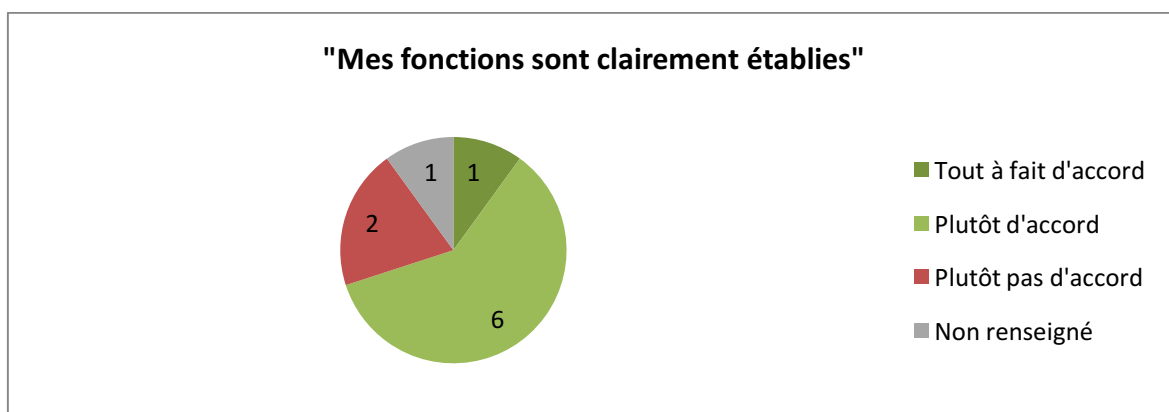
L'organisation du planning est satisfaisante pour 7 répondants. Parmi les 3 personnes qui considèrent qu'elle ne l'est pas, deux sont IDE.

9 répondants déclarent pouvoir prendre leurs jours de repos/congés à des moments qui leur conviennent.

8 considèrent avoir un matériel adapté et en quantité suffisante. Un agent précise qu'il manque un chariot de soins à la résidence de la Seigneurie et un autre affirme qu'il n'y a jamais de protections incontinence en quantité suffisante.

Une personne ne trouve pas que les locaux soient adaptés au bon fonctionnement du service. Elle précise en commentaire que son appréciation porte sur la résidence Hector Malot, où il y a 2 étages de services sécurisés pour un agent.

7 agents ayant répondu à cette enquête affirment que leurs fonctions sont clairement établies (1 tout à fait d'accord, 6 plutôt d'accord). Les 2 personnes ayant répondu « plutôt pas d'accord » sont des personnes qui exercent de nuit depuis peu de temps. Un agent a écrit en commentaire : « *Il est important de rédiger un protocole de soins, voire une organisation du travail de l'IDE et des AS.* »



6 répondants déclarent qu'il n'y a pas suffisamment de personnel dans leur service pour réaliser le travail demandé. Les IDE en font partie. Un agent précise que la charge de travail est très importante à la résidence Hector Malot.

7 personnes se sentent en sécurité dans l'établissement. Les autres évoquent la grande superficie de la résidence Hector Malot et le fait que parfois les portails ne ferment pas.

2.3.3 Les relations avec les résidents : une violence présente

La moitié des agents interrogés déclarent rencontrer des difficultés pour gérer les comportements anxieux ou violents des résidents, et l'ensemble des répondants affirme avoir déjà été victime d'un geste violent de la part d'un résident.

Sont cités des insultes, des coups, des griffures, des crachats.

2.3.4 Les relations de travail et l'information : quelques tensions à déplorer

Seulement la moitié des répondants trouve que l'équipe de nuit est intégrée à la vie de l'établissement. A ce sujet, plusieurs commentaires ont été faits : « *Parce que nous ne sommes pas au courant des réunions, nous nous sentons exclus* » ; « *Nous ne sommes jamais au courant des changements (hospitalisation, visite en famille et autres). Non transmis sur TITAN³³.* » ; « *Mauvaises transmissions, ignorance des IDE de jour de l'organisation de la nuit* ».

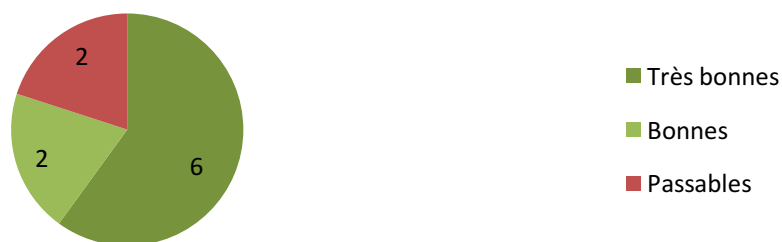
Un IDE affirme qu'il y a trop de mouvements entre les 4 sites, ce qui empêche de suivre correctement les résidents. Cependant, 80% des répondants affirment disposer de l'information nécessaire pour bien travailler.

Les agents de jour sont la source principale d'informations sur ce qui se passe dans l'établissement (cités par tous les répondants).

8 personnes interrogées qualifient leurs relations avec les autres agents de nuit de « bonnes » (2) ou « très bonnes » (6). Un commentaire précise : « *Bonnes avec les AS et passables avec certaines IDE* », ce qui met en lumière les tensions qui peuvent parfois exister entre AS et IDE de nuit.

³³ TITAN est le logiciel utilisé à la MRI pour la gestion des dossiers médicaux et des dossiers de soins

Comment évaluez-vous vos relations avec les autres agents de nuit?



7 considèrent que l'intégration des nouveaux agents est bien organisée. Il faut noter que le seul agent contractuel répondant a choisi la réponse « non ». Les deux personnes ayant répondu « non » sont des agents ayant peu d'ancienneté la nuit (moins d'un an et entre 1 et 5 ans), et sont donc directement concernés. Là encore, des commentaires soulignent les rivalités entre AS et IDE : « *les AS qui sont là depuis longtemps font leur loi* » ; « *certaines IDE qui se prennent pour des cadres* ».

Selon vous, l'intégration des nouveaux agents est-elle bien organisée dans votre équipe?



8 agents interrogés déclarent que leurs relations avec les équipes de jour sont « bonnes » (6) ou « très bonnes » (2). Si un agent affirme « *on peut se soutenir et se relayer* », un autre admet que « *il y a parfois des incompréhensions* ».

Comment évaluez-vous vos relations avec les équipes de jour?



6 répondants souhaiteraient participer à davantage de réunions thématiques entre agents de nuit. Cependant, seulement 3 agents souhaiteraient suivre des formations avec les équipes de jour (dont les deux IDE), ce qui s'explique probablement par des difficultés pratiques liées aux horaires. Un agent aimerait de l'analyse de pratiques, deux agents évoquent le thème des conditions de travail.

2.3.5 La formation : quelques envies exprimées

9 agents interrogés ont participé à une formation depuis leur arrivée à la MRI. L'agent qui n'en a pas suivi est l'agent contractuel, arrivé dans l'établissement il y a moins d'un an. Les formations citées sont sur le thème de l'informatique, Alzheimer, Humanitude³⁴, la sexualité de la personne âgée et les troubles du sommeil de la personne âgée.

4 souhaiteraient participer à des formations spécifiques au travail de nuit (dont les 2 IDE) et 4 souhaiteraient participer à des formations en commun avec l'équipe de jour (dont les deux IDE à nouveau).

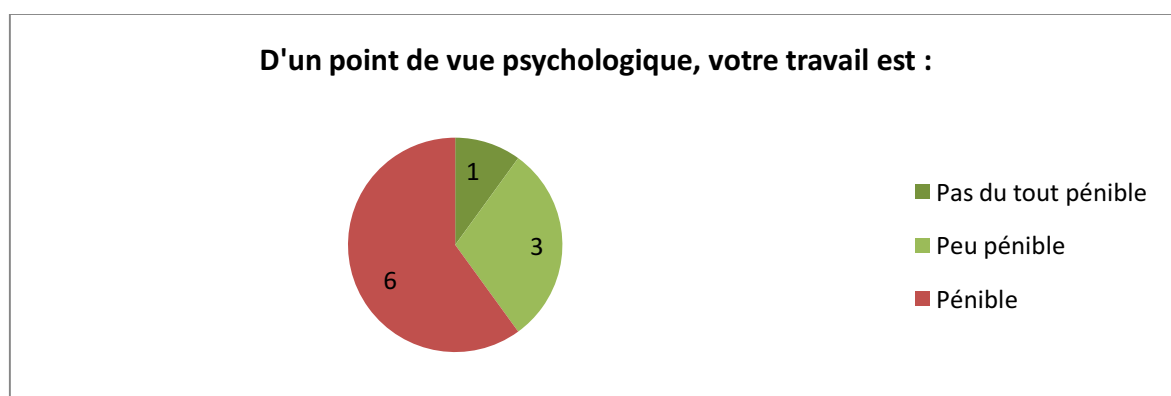
Un agent souhaiterait suivre des formations sur les repas, la communication, l'hygiène et la sécurité au travail et le risque incendie.

En ce qui concerne les horaires adaptés pour une formation ou une réunion le jour, les réponses ont été très variées. Deux personnes ont précisé qu'il était préférable de ne pas faire la nuit suivante.

³⁴ Humanitude est une philosophie de soins développée par Yves Gineste et Rosette Marescotti qui s'inscrit dans une démarche de bientraitance et vise à restituer la dignité des personnes âgées dépendantes.

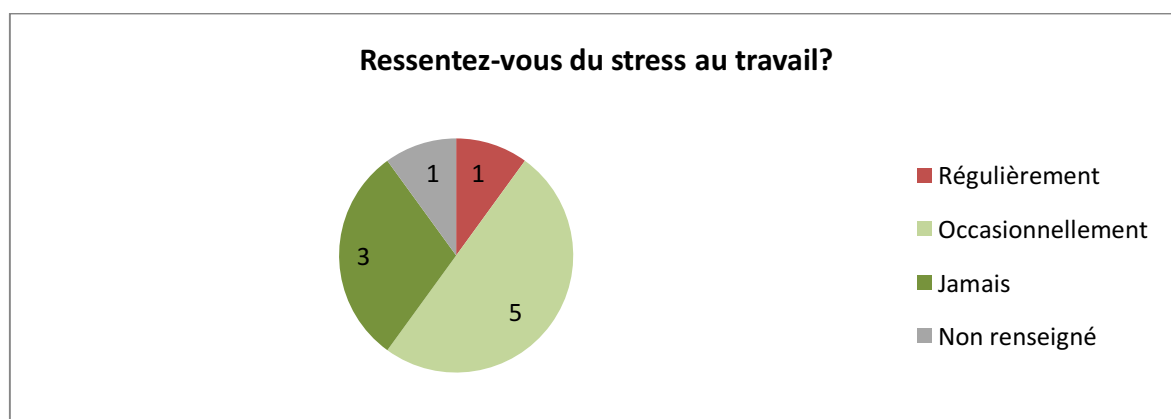
2.3.6 Le bien-être au travail : des risques psycho-sociaux à surveiller

6 répondants estiment que leur travail est pénible d'un point de vue psychologique.



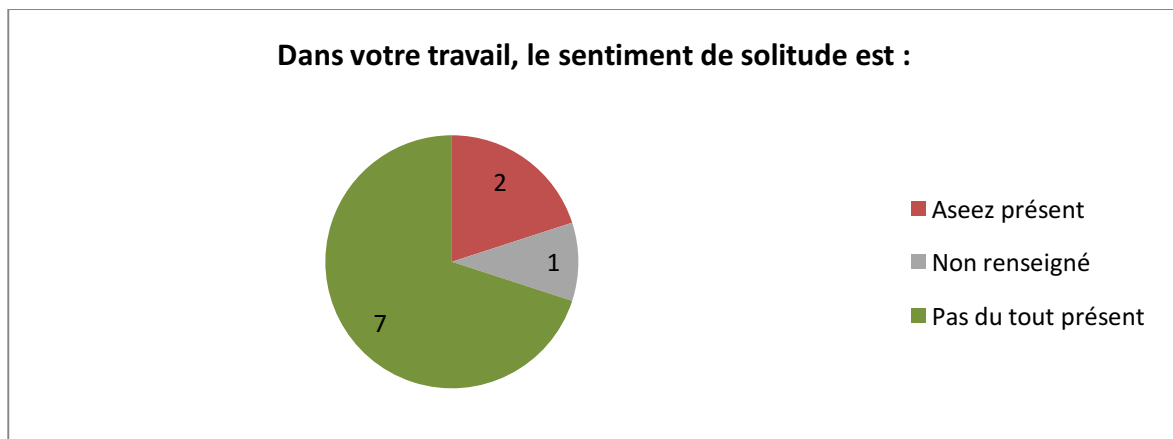
Au vu des réponses au questionnaire, il ne semble pas y avoir de lien entre l'âge, l'ancienneté ou le grade des agents ayant répondu et le niveau de pénibilité ressenti. Dans les commentaires, des agents précisent que c'est le fait de travailler seul et de devoir être très attentif et disponible aux demandes des résidents qui accentue la pénibilité. Un autre agent souligne les différences entre sites : « *Très pénible à HM et LS, pénible à DB, peu pénible aux MAP.* » Là encore, il est probable que cet agent évoque les différences de dépendance et de nombre de résidents par agent qui existent entre les résidences.

La moitié des agents interrogés déclarent ressentir du stress au travail occasionnellement, tandis que 3 affirment ne jamais en ressentir et que 1 en souffre régulièrement.



Là encore, aucune corrélation n'est apparente vis-à-vis de l'âge, de l'ancienneté, ou du grade de l'agent. Les causes de stress citées sont la charge de travail et le fait de « travailler avec certaines IDE qui n'ont pas d'esprit d'équipe ».

7 personnes interrogées ne ressentent pas du tout de sentiment de solitude dans leur travail.

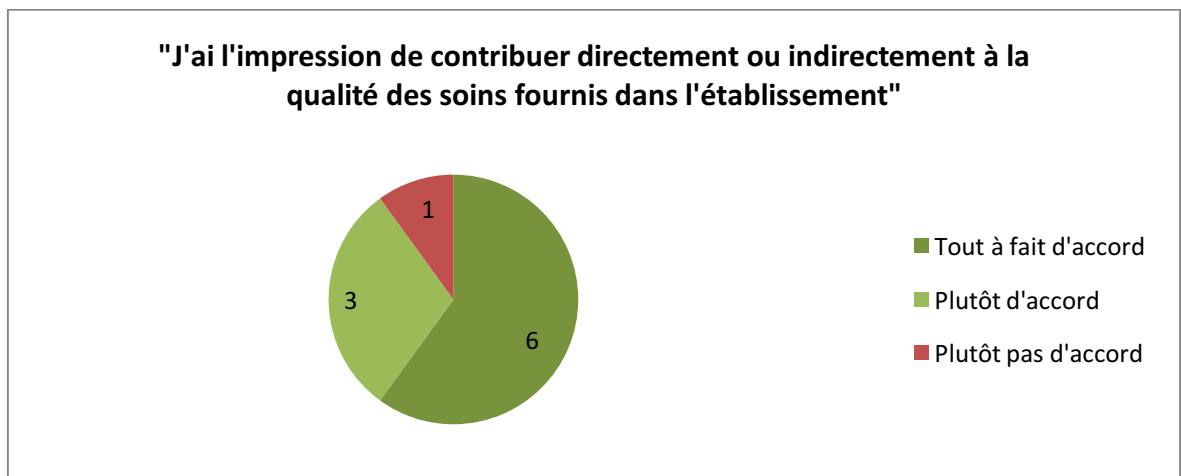


Les deux personnes qui ont répondu que ce sentiment était « assez présent » sont des AS ayant entre 6 et 10 ans d'ancienneté de nuit et ayant plus de 46 ans.

4 répondants pensent souffrir d'un manque de sommeil.



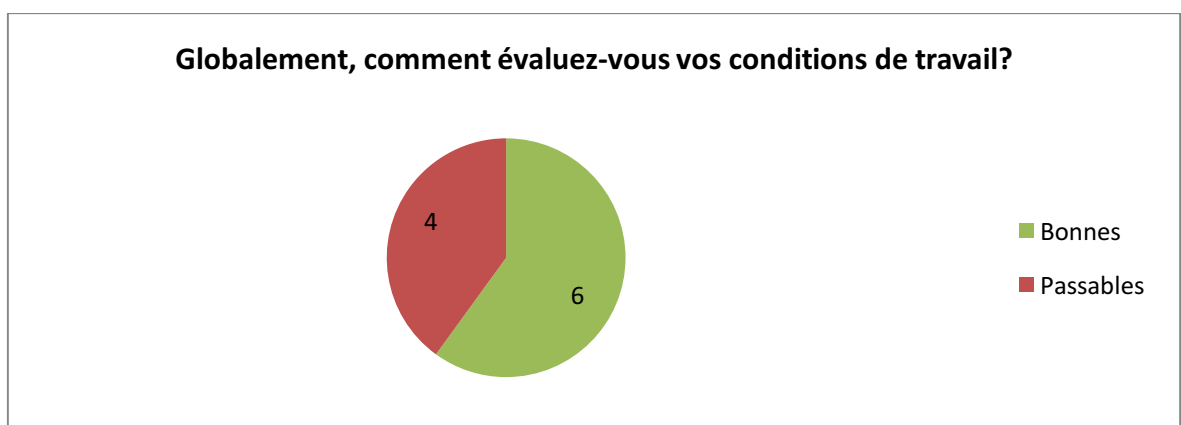
9 des agents interrogés ont l'impression de contribuer directement ou indirectement à la qualité des soins fournis dans l'établissement.



L'agent qui a répondu « plutôt pas d'accord » est un AS de plus de 55 ans ayant entre 6 et 10 ans d'ancienneté de nuit. Il est possible que la lassitude explique cette réponse.

2.3.7 Évaluation globale : des conditions de travail relativement bonnes

6 agents interrogés considèrent que leurs conditions de travail sont « bonnes » et 4 qu'elles sont « passables ». Les deux IDE ont répondu « passable », l'agent contractuel également.



Les agents ayant le plus d'ancienneté de nuit (entre 6 et 10 ans) ont tous répondu que leurs conditions de travail étaient bonnes. Ceci est cohérent, puisqu'ils continuent à exercer de nuit.

Là encore, les rivalités entre AS et IDE apparaissent : « *Mes conditions de travail sont bonnes mais seraient très bonnes si certaines IDE pouvaient faire quelques changes* » ; « *Le travail de nuit me convient tout à fait mais je déplore le manque d'esprit d'équipe entre corps de métiers, le manque de matériel et la dévalorisation du statut d'AS.* »

2.4 Synthèse de l'enquête : des tensions entre équipes, une mobilité infirmière mal vécue et une charge de travail très inégale entre sites

A la lumière des réponses à cette enquête, il apparaît que les conditions de travail des agents de nuit sont plutôt bonnes sur le plan matériel, mais que les tensions et le manque de communication qui existent entre le jour et la nuit et entre les aides-soignants et les infirmiers de nuit pèsent sur l'ambiance et la charge de travail. De plus, le défaut de connaissance de la nuit par les autres agents et le manque d'intégration des équipes de nuit à la vie de l'établissement est aussi souligné.

Par ailleurs, il apparaît clairement qu'il y a une grosse différence de charge de travail entre la résidence Hector Malot, la plus grande, la plus lourde en termes de dépendance et la moins dotée en personnel ; et les autres résidences plus petites.

Enfin, la mobilité des infirmiers sur les différents sites n'est pas très bien vécue par les agents, pour qui cela pose des difficultés d'organisation personnelle et d'épanouissement professionnel.

3 Préconisations pour améliorer les conditions de travail des agents de nuit à la MRI : revaloriser en insistant sur les spécificités de l'exercice de nuit et renforcer l'esprit d'équipe

Au regard des observations sur le terrain, des entretiens avec les cadres et les agents et des résultats du questionnaire, deux axes d'évolution semblent à prioriser : la revalorisation du travail des agents de nuit par une meilleure prise en compte des spécificités de l'exercice nocturne et le renforcement de l'esprit d'équipe aussi bien entre équipes de jour et équipes de nuit qu'entre aides-soignants et infirmiers de nuit.

Ces grands axes peuvent se décliner en 4 objectifs : renforcer le suivi médical, apaiser les tensions et faciliter la communication, revaloriser le travail de nuit et revoir l'organisation du travail.

3.1 Renforcer le suivi médical des agents

Comme vu précédemment, la moyenne d'âge et l'ancienneté des aides-soignants de nuit sont assez élevées, ces derniers sont donc particulièrement exposés aux risques pour la santé qu'implique le travail nocturne. Or, le nombre d'agents de nuit ayant consulté la médecine du travail est bien insuffisant à la MRI au regard de la recommandation de la HAS de deux consultations par an.

3.1.1 Augmenter la fréquence des visites médicales

Dans l'établissement étudié, le médecin du travail est partagé entre les différents établissements du groupement. Il se consacre à la MRI à hauteur de 0,59 ETP. Le médecin actuel est arrivé à la fin de l'année 2015, et son prédécesseur avait pris beaucoup de retard sur les visites médicales. Il a donc été décidé, en concertation avec la direction, les cadres et le médecin du travail, de mettre une priorité sur les visites médicales des agents de nuit. Un tableau récapitulatif des visites déjà effectuées, les dates de naissance des agents et leurs coordonnées a été transmis au service de médecine du travail pour faciliter cette action. Les agents âgés de 50 ans et plus sont à voir en premier, a fortiori si leur ancienneté de nuit est importante. Un suivi particulier doit aussi être mis en place pour les femmes enceintes, qui ne devraient pas continuer à travailler de nuit après 3 mois de grossesse.

3.1.2 Diffuser une brochure d'information et de prévention auprès des agents de nuit

Par ailleurs, une brochure d'information et de prévention a été élaborée et transmise à tous les agents de nuit, sur la base des recommandations de la HAS³⁵ et d'un document diffusé par le CHU de Rouen³⁶. Cette brochure retrace les différents risques auxquels sont exposés les agents de nuit, et les actions de prévention qui peuvent être prises par les agents pour préserver leur santé :

- Prendre soin de son sommeil : horaires réguliers de couchers et de levers, dormir 7 heures par tranche de 24 heures, limiter la consommation de somnifères et de psychostimulants, s'isoler du bruit et de la lumière pendant le sommeil
- Limiter le risque de somnolence : être vigilant lors du trajet de retour au domicile et ne pas hésiter à s'arrêter pour dormir quelques instants, s'exposer à la lumière en début de poste
- Adopter une bonne hygiène de vie : prendre 3 repas équilibrés par jour à horaires réguliers, ne pas sauter de repas, limiter le grignotage, prendre une collation avant minuit, limiter la consommation de boissons excitantes (café, thé, sodas, etc.) surtout en fin de nuit, privilégier le café en début de poste, pratiquer une activité physique régulière
- Avoir un suivi médical régulier et informer son médecin traitant de sa profession et de ses horaires de travail.

3.2 Apaiser les tensions entre jour et nuit et faciliter la communication

Les équipes de jour et de nuit se connaissent mal et semblent avoir des difficultés à communiquer de façon efficace, ce qui crée des incompréhensions. Il est important d'améliorer la qualité des échanges entre jour et nuit et d'instaurer davantage d'esprit d'entraide, dans une optique de qualité et de continuité des soins. L'intégration des agents de nuits à la vie institutionnelle, par la participation à des réunions et à des formations avec les agents de jour, est en effet recommandée par une étude de

³⁵ Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit, Haute Autorité de Santé, mai 2012

³⁶ « Brochure d'information destinée aux personnes en travail posté et de nuit : quelles précautions prendre pour sa santé ? », CHU de Rouen, mai 2012

l'Observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la Bass, sous la direction d'Unifaf d'avril 2011³⁷.

3.2.1 Améliorer la qualité des transmissions

Les observations menées sur le terrain révèlent que les agents de la MRI ne lisent pas systématiquement les transmissions écrites. Ils leurs préfèrent les transmissions orales, qui ne sont pourtant pas prévues dans le temps de travail des infirmiers en 12 heures. Les agents risquent alors de manquer des informations importantes.

Par ailleurs, certains infirmiers regrettent de ne pas assez connaître suffisamment les résidents du fait du roulement entre résidences et redoutent des réactions brusques ou agressives vis-à-vis des soins. Pour limiter ce risque, il est important de s'assurer de la bonne qualité des transmissions entre infirmiers de jour et infirmiers de nuit, afin que les résidents qui peuvent poser problèmes soient bien identifiés.

Pour assurer une bonne prise en charge des résidents, il faut que les agents aient une vision globale de leur comportement, des événements qui les ont affectés, puisque ce qui se passe pendant la journée influe forcément sur la qualité de la nuit, et vice versa. C'est ce qu'explique Christine Plivard (directrice du CESAP), dans un article de Caroline Sédrati-Dinet : « *Accompagner les usagers la nuit requiert une continuité avec la prise en charge de jour, en particulier dans les structures où les nuits sont tumultueuses. Cela suppose que les observations des uns et des autres puissent être échangées*³⁸ ».

Dans cet objectif, il peut être utile d'inciter les agents qui en ressentent le besoin à suivre une formation bureautique afin de se sentir à l'aise avec l'outil informatique. Ce type de formation est déjà prévu pour l'ensemble des agents dans le plan de formation de la MRI.

De plus, les cadres et le médecin coordonnateur peuvent expliquer et faire davantage de formation sur la façon dont il faut procéder pour trouver les informations utiles et sur le contenu des transmissions. Les formations sur les transmissions ciblées sont également à développer.

³⁷ DELHON L., « La nuit, un accompagnement comme les autres ? », Travail Social Actualités n°57, novembre 2014

³⁸ SEDRATI-DINET C., « Les surveillants de nuit sortent de l'ombre », Actualités Sociales Hebdomadaires n°2908, mai 2015

Enfin, un contrôle régulier par les cadres et la direction de la bonne lecture des transmissions par un passage le matin ou le soir pourrait favoriser l'apparition de nouvelles habitudes de travail.

3.2.2 Organiser des réunions entre infirmiers de jour et de nuit de façon régulière

L'instauration d'un véritable esprit d'équipe entre les infirmiers de jour et de nuit passe par l'organisation de réunions en commun à échéance régulière. Comme l'affirme Antoine Bureau, *« s'il est important de faire du lien entre la nuit et le jour pour garantir une continuité des accompagnements, il faudrait dans ce cas se mobiliser pour créer des espaces de rencontre et de dialogue pérennes et réguliers pour que les équipes de journées et celles de nuit se retrouvent, se confrontent, construisent des projets communs, travaillent ensemble³⁹. »*

Une première réunion de ce type a été organisée le 29 janvier 2016 à la MRI par le médecin coordonnateur et les cadres en charge des agents de nuit. A cette occasion, divers rappels ont été effectués sur l'accueil et le suivi des résidents ainsi que les pratiques professionnelles. En outre, le médecin coordonnateur a insisté sur la nécessaire collaboration entre les infirmiers de jour et de nuit, notamment concernant les prélèvements biologiques autour desquels se cristallisaient les tensions. Les infirmiers présents ont pu échanger sur la question. A la fin de la réunion, un certain nombre d'entre eux a exprimé sa satisfaction de voir la tenue d'un tel regroupement, qui leur a permis de commencer à mieux se connaître et amorcer un dialogue. Ils souhaitaient que d'autres réunions de ce type soient organisées.

Ce type de réunion devrait donc être organisé par le médecin coordonnateur à échéance régulière afin d'enclencher une dynamique positive de dialogue et d'échanges entre agents, et avec l'équipe encadrante.

3.3 Revaloriser le travail de nuit

Face aux constats de méconnaissance du travail de nuit et de ses spécificités et du manque d'intégration des équipes de nuit à la vie de l'établissement, il semble important de revaloriser le travail de nuit pour raviver la motivation des agents et faire la lumière sur le rôle essentiel qu'ils remplissent pour la continuité et la qualité de la prise en charge des résidents. Cette revalorisation peut se traduire de plusieurs façons : mettre en place une

³⁹ BUREAU A., « La nuit institutionnelle », Lien Social n°1158, mars 2015

formation spécifique à la nuit, des rencontres et des relations plus fréquentes avec les cadres, ménager des espaces d'expression aux agents.

3.3.1 Mettre en place une formation dédiée au travail de nuit

L'inscription au plan de formation d'une formation dédiée au travail de nuit représente un geste symbolique de la part de la direction, qui peut ainsi montrer aux agents de nuit qu'elle s'intéresse à leur travail et en reconnaît les spécificités.

Les réponses au questionnaire sur les conditions de travail ont révélé que certains agents seraient intéressés par des formations portant sur les conditions de travail de nuit ou les troubles du sommeil des résidents par exemple. En outre, une formation comprenant des aspects liés à l'hygiène de vie et à la prévention des risques pour la santé induits par le travail de nuit serait utile pour améliorer la qualité de vie de ces agents.

Enfin, il est normal que les agents de nuit aient accès à la formation afin qu'ils puissent maintenir leurs compétences et en développer de nouvelles au cours de leur carrière, comme n'importe quel agent de la fonction publique. L'accès à la formation est un droit qu'il ne faut pas négliger.

Comme l'explique P-M. Lasbleis (directeur du développement et des partenariats au sein d'Unifaf) dans un article de Laëtitia Delhon, « *Parce que les institutions où les usagers ne font que dormir seront de moins en moins nombreuses, les emplois de nuit vont devoir être adossés à des compétences plus fortes en matière de soin ou d'accompagnement.*⁴⁰ »

Un organisme de formation, la FNAQPA (Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Âgées), a proposé une formation intitulée « La nuit en établissement » qui semble adaptée aux objectifs de la MRI pour améliorer les conditions de travail des agents de nuit et améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge des résidents. Cette formation se déroule en sessions de deux jours, au sein de l'établissement. Ses objectifs sont définis comme suit : « *Améliorer sa pratique professionnelle de soignant la nuit ; connaître et comprendre les besoins de la personne âgée la nuit et savoir apporter des réponses adaptées ; renforcer la qualité de la prise en charge de la personne âgée la nuit pour la continuité, la sécurité et l'efficacité de*

⁴⁰ DELHON L., « La nuit, un accompagnement comme les autres ? », Travail Social Actualités n°57, novembre 2014

*l'accompagnement*⁴¹ ». Les différents thèmes abordés correspondent bien aux problématiques auxquelles les soignants de nuit peuvent être confrontés et que nous avons identifiées, à la fois dans les études bibliographiques et par l'enquête sur le terrain à la MRI. Cependant, cette formation ne comprend pas de thème en lien avec l'aspect hygiène de vie des agents, ce qui peut faire défaut.

3.3.2 Organiser des rencontres plus fréquentes avec les cadres

Les agents de nuit ont exprimé à plusieurs reprises, lors des observations la nuit ou de la réunion des infirmiers, leur souhait de rencontrer les cadres plus fréquemment. En effet, en l'absence d'un cadre de nuit, les cadres qui sont chargés de la gestion des équipes de nuit sont ceux qui gèrent aussi des équipes en journée. Ils ne sont donc pas très disponibles sur les horaires de nuit pour être présents auprès des agents ou pour mettre en place et suivre des projets avec ces équipes. Une deuxième difficulté s'ajoute par le fait que ce n'est pas le même cadre qui gère les aides-soignants de nuit et les infirmiers de nuit. De plus, la MRI a connu une forte rotation des cadres en 2015 et début 2016. Cette instabilité des interlocuteurs ne favorise pas l'instauration d'un dialogue durable avec les agents de nuit. Ceci est d'autant plus vrai que les cadres ont peu d'enthousiasme à encadrer l'équipe de nuit. Ils ont plutôt tendance à chercher à se débarrasser de cette mission au gré des nouvelles arrivées de cadres et des remaniements des missions qui en découlent.

Si l'idéal serait d'avoir un cadre de nuit, cette solution n'est actuellement pas possible dans le contexte de la MRI. Il est donc nécessaire de pérenniser la répartition des missions entre les cadres pour que le ou les responsables des équipes de nuit soient clairement identifiés. Ces responsables doivent s'investir dans la gestion des équipes de nuit autant que dans celle des équipes de jour, ce qui peut entraîner un travail sur les horaires de nuit de façon ponctuelle. L'aménagement des horaires doit alors être facilité par la direction. Cependant, les réunions peuvent aussi avoir lieu en horaires de jour.

Un poste de cadre étant à pourvoir actuellement, il est envisagé de demander au futur candidat sélectionné de se charger de la gestion des équipes de nuit, et de lui dire clairement lors de l'embauche, afin de s'assurer de sa motivation et de sa disponibilité sur ces horaires.

⁴¹ Projet de formation « La nuit en établissement », FNAQPA (Annexe 6)

Malgré tout, il est légitime de se demander dans quelle mesure un établissement comme la MRI peut se passer d'encadrement la nuit, compte-tenu de l'effectif relativement élevé de son équipe de nuit. La présence d'un cadre la nuit permettrait sans doute de régler plusieurs problèmes qui ont été soulignés dans cette enquête, en permettant un contrôle de l'organisation du travail, la mise en œuvre de réunions sur le temps de la nuit, un meilleur dialogue entre les agents de nuit et la direction, et plus généralement une baisse du sentiment des agents de nuit d'être livré à eux-mêmes ou négligés.

3.3.3 Prévoir des espaces d'expression et d'échanges entre agents sur leurs expériences

Un agent a exprimé dans le questionnaire sur les conditions de travail son souhait d'évoquer des « *complémentarités d'expériences vécues* » lors des réunions entre agents de l'équipe de nuit. Cela relève d'une démarche proche de l'analyse des pratiques. La MRI a mis en place un groupe de parole pour le personnel animé par une psychologue qui se réunit à échéance régulière et qui rencontre un certain succès. Il serait possible d'y convier les agents de nuit, sur la base du volontariat, comme pour les agents de jour.

Cependant les réunions de ce groupe ont lieu sur des horaires de jour, ce qui n'est pas toujours le plus aisé pour les agents de nuit. De plus, les problématiques auxquelles les agents sont confrontés le jour ne sont pas forcément les mêmes que celles de la nuit. Malgré tout, il serait compliqué de monter un véritable groupe d'analyse des pratiques professionnelles uniquement pour la nuit, notamment en termes de coût. Une solution intermédiaire pourrait être de dégager des espaces d'expression et d'échanges pendant les réunions.

3.4 Revoir l'organisation du travail

Les tensions que l'on observe entre les aides-soignants et les infirmiers de nuit peuvent s'expliquer en grande partie par l'existence d'un certain flou sur les rôles de chacun. L'exercice de nuit entraîne des spécificités, qui font qu'un agent de nuit n'a pas nécessairement les mêmes tâches exactes qu'un agent de jour du même grade.

De plus, l'organisation du travail doit s'adapter aux besoins spécifiques des personnes accueillies dans chaque résidence et aux caractéristiques architecturales des

différents sites. Il apparaît donc nécessaire de préciser ces éléments, par le biais de protocoles écrits mais aussi oralement avec les équipes.

Enfin, mettre un terme à la mobilité des infirmiers entre les sites semble être un élément essentiel pour améliorer les conditions de travail des agents de nuit à la MRI. Cependant, dans un contexte budgétaire restreint et face aux difficultés de recrutement, il convient de s'interroger sur la réelle nécessité d'avoir un infirmier chaque nuit sur chaque site.

3.4.1 Préciser la procédure d'organisation du travail de nuit

Il existe actuellement un unique protocole écrit sur l'organisation du travail de nuit, s'appliquant aux différentes résidences. Afin de clarifier la façon dont il est attendu que les agents procèdent, il semble intéressant de rédiger un protocole par résidence, énonçant clairement et finement les différentes étapes du déroulement de la nuit, la répartition des agents entre étages, l'organisation des soins et de la surveillance, etc.

Par ailleurs, face au constat d'un sous-effectif difficile à éviter pour les infirmiers de nuit, il est nécessaire de définir un mode dégradé pour que les agents sachent réagir dans cette situation, qui devra figurer dans les protocoles d'organisation du travail de nuit par résidence.

Il a été décidé de classer les résidences par ordre de priorité pour définir celles qui ont absolument besoin d'une présence infirmière chaque nuit et celles qui peuvent s'en passer dans des circonstances exceptionnelles (absences inopinées et pas de remplacement trouvé). Il a été décidé que seule la résidence Hector Malot nécessitait dans tous les cas un infirmier de nuit. L'infirmier d'une autre résidence peut alors être amené à changer d'affectation et venir sur la résidence Hector Malot en cas d'absence inopinée. Cependant, les agents doivent toujours être au moins deux sur chaque site. Ainsi, si l'infirmier de la résidence de la Seigneurie est absent, un aide-soignant d'une autre résidence devra s'y rendre.

Ces protocoles seront élaborés par les cadres, en concertation avec la direction et les agents de nuit, qui seront consultés lors de réunions par site.

3.4.2 Retravailler les fiches de poste des agents de nuit

L'enquête a mis en évidence que de nombreux aides-soignants se plaignent de l'attitude de certains infirmiers qui refusent de participer aux changes. Or, cela fait pleinement partie des tâches qui leur sont demandées d'effectuer, sous réserve d'avoir terminé les soins infirmiers et dans la mesure où cela n'entrave pas la surveillance des résidents.

Les fiches de postes seront revues par les cadres pour y inscrire clairement que l'aide aux changes fait partie des missions dévolues aux infirmiers de nuit. Cependant, cela s'applique rarement dans les faits à la résidence Hector Malot où l'infirmier est seul pour 228 résidents.

3.4.3 Organiser des réunions réunissant les infirmiers et les aides-soignants de nuit par site

L'organisation de réunions avec les agents de nuit (aides-soignants et infirmiers) site par site va permettre de leur présenter les différents changements dans les protocoles et dans les fiches de poste.

Ces réunions représenteront une opportunité pour les cadres d'aller à la rencontre de ces équipes qu'elles connaissent peu et qui sont en demande de renforcement des relations avec l'encadrement. Elles leur permettront d'expliquer les organisations qui ont été décidées et de s'assurer qu'elles ont été bien comprises et acceptées par les agents. En effet, la forme écrite ne convient pas à tous, et plusieurs agents ne prennent pas le temps de lire les nombreux documents qui sont à leur disposition dans le poste de soins.

L'idéal serait d'organiser ces réunions sur des horaires de nuit pour assurer la participation d'une majorité d'agents et ne pas trop perturber leur sommeil et leur vie personnelle, mais la MRI ne disposant pas de cadre de nuit, il a été décidé que ces réunions auraient lieu le jour.

3.4.4 Rattacher les infirmiers de nuit à un site

La mobilité des infirmiers entre les différents sites ne semble pas être une organisation satisfaisante à long terme, tant du point de vue des conditions de travail des agents qui en éprouvent des difficultés d'organisation qu'au regard de la qualité du suivi

des résidents. La rotation entre les sites empêche les infirmiers de nuit de créer des relations avec les résidents, de les connaître et donc d'adapter au mieux les soins et leur attitude. Elle fait aussi obstacle à la constitution de véritables équipes de nuit par site, avec des aides-soignants et des infirmiers qui se connaissent et qui ont l'habitude de travailler ensemble.

C'est pourquoi, lorsque tous les postes budgétés d'infirmiers de nuit auront été pourvus, il serait intéressant d'essayer de rattacher les infirmiers à un site. La répartition se ferait dans la mesure du possible selon les préférences des agents, notamment par la proximité de leur domicile. Les futures embauches d'infirmiers peuvent prendre en compte cette nouvelle organisation afin de proposer tout de suite aux candidats les résidences où des infirmiers de nuit manquent.

Les infirmiers pourraient malgré tout être amenés à exercer sur un autre site que celui auquel ils seraient rattachés de façon ponctuelle, en cas d'absence d'un collègue par exemple. Cette solidarité entre résidences est par ailleurs demandée à tous les agents de la MRI, qu'ils exercent de jour comme de nuit.

Cependant, une vigilance et une attention accrues devront être portées aux infirmiers qui seront rattachés à la résidence Hector Malot, en raison de la lourdeur de la charge de travail. Les cadres et la direction devront notamment veiller à limiter les risques psychosociaux (stress, etc.) subis par ces agents.

3.4.5 Interrogation sur la nécessité d'avoir un infirmier chaque nuit sur chaque site

Dans le cas de la MRI, il semble légitime de s'interroger sur la nécessité-même d'avoir un infirmier sur chaque résidence, chaque nuit. Si le niveau de dépendance des résidents est élevé et si leurs pathologies sont importantes, nombreux sont les EHPAD qui ne sont pas dotés d'infirmiers de nuit avec une population similaire.

La présence d'infirmiers la nuit permet sans doute d'éviter certaines d'hospitalisations, cependant la MRI ne dispose pas de chiffres concernant le nombre d'hospitalisations par an, ce qui empêche une comparaison objective. Ainsi, le bénéfice de la présence d'infirmiers par rapport à une simple astreinte médicale ou un pool d'infirmier itinérant n'est pas vérifié.

Au cours de cette enquête, il a été mis en lumière par les entretiens avec les infirmiers et l'analyse des questionnaires des différences de charges de travail des

infirmiers entre la résidence Hector Malot, la plus grande, et les autres résidences. Si l'infirmier est généralement beaucoup sollicité au cours de la nuit à Hector Malot, il l'est beaucoup moins dans les autres résidences. Ses tâches se concentrent pour la plupart en début de nuit pour l'administration de médicaments et en fin de nuit pour les prélèvements. Or, les aides-soignants peuvent également dispenser des médicaments⁴², et on pourrait imaginer que les prélèvements soient effectués par l'infirmier de jour. Dès lors, il pourrait être possible de ne pas positionner d'infirmier de nuit sur les résidences les plus petites.

Cependant, une telle décision pourrait remettre en cause l'égalité de traitement des résidents en fonction des résidences, ou bien la politique de l'établissement qui consiste à mixer les niveaux de dépendance.

⁴² Article L 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Conclusion

La façon dont se déroule la nuit est toute aussi importante pour les personnes accueillies en EHPAD que les événements ayant lieu le jour. Une nuit agitée et un sommeil de mauvaise qualité engendreront des difficultés le jour suivant. Négliger cet aspect de la vie institutionnelle, c'est perdre en qualité et menacer la continuité des soins. Or, le directeur d'établissement est le garant de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des résidents. C'est pourquoi il est important qu'il connaisse les spécificités liées à la nuit, tant du point de vue du comportement des résidents que de l'organisation des soins et des conditions de travail.

A la MRI, le constat de quelques dysfonctionnements et de difficultés de recrutement d'infirmiers de nuit ont mis en lumière un certain manque de connaissance de la nuit. Des observations sur le terrain et l'administration d'un questionnaire sur les conditions de travail des agents de nuit ont permis de mieux connaître les difficultés auxquelles ces agents sont confrontés au quotidien et leurs causes. Elles ont mis en évidence l'existence de tensions entre les équipes de jour et les équipes de nuit, mais aussi entre infirmiers et aides-soignants de nuit, notamment dues à des défauts de communication et à des incertitudes sur l'organisation du travail et les tâches de chacun. De plus, il est apparu que les agents de nuit étaient insuffisamment intégrés à la vie de l'établissement.

Plusieurs préconisations ont découlé de cette analyse : un renforcement du suivi médical des agents, une clarification des rôles de chacun en retravaillant les procédures d'organisation du travail et les fiches de postes, une amélioration de la qualité des transmissions, l'organisation par les cadres de réunions régulières entre infirmiers de jour et de nuit et entre équipes de nuit par site, la revalorisation du travail de nuit par la mise en place de formations spécifiques et en rattachant à terme les infirmiers à un site. Enfin, la nécessité de la présence d'un infirmier chaque nuit sur chaque site a été réinterrogée.

A certains égards, il peut être intéressant de mettre en parallèle l'exemple de la MRI et les expérimentations d'infirmiers de nuit mobiles en EHPAD qui ont eu lieu notamment en Ile-de-France depuis 2013. Pour ce projet, « *un ou une infirmier(ère) intervient, chaque nuit, dans trois Ehpads d'un même territoire, dans le cadre de soins programmés ou sur appel des aides-soignants*⁴³ », dans le but d'améliorer la continuité des soins et de réduire les hospitalisations. Cependant, notre analyse à la MRI nous a

⁴³ « Ehpads : pour une continuité des soins, même la nuit », site internet de l'ARS Ile-de-France

révélé que la mobilité des infirmiers sur différents sites, c'est-à-dire le fait de ne pas exercer dans la même résidence chaque nuit, posait plusieurs problèmes.

Tout d'abord, la mobilité peut causer des difficultés dans la gestion du planning et l'organisation personnelle des infirmiers. Mais surtout, les infirmiers de la MRI ont regretté de ne pas connaître suffisamment les résidents pour assurer un suivi de qualité et instaurer une relation. Cela peut causer de l'anxiété, à la fois pour le résident qui ne reconnaît pas tous les visages qui se succèdent, et pour l'agent qui ne peut prévoir les réactions de résidents potentiellement violents. Ces écueils risquent de se retrouver avec des équipes d'infirmiers mobiles.

En définitive, si la professionnalisation des agents de nuit et leur montée en compétences progressive est une excellente nouvelle sur le plan du suivi médical et soignant, il est important qu'elle s'accompagne d'un renforcement de l'accompagnement des résidents. Ce dernier doit prendre en compte les spécificités du contexte de la nuit, et surtout ne pas négliger l'aspect relationnel du travail de nuit. C'est ainsi que les personnes accueillies passeront de meilleures nuits, et que l'attractivité de ces postes pourra être préservée.

Sources et bibliographie

Articles

BADEY-RODRIGUEZ C., « La nuit auprès des personnes âgées : la face obscure des projets », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006

BUREAU A., « La nuit institutionnelle », *Lien Social n°1158*, mars 2015

CHARLES E., « Comment améliorer les conditions de travail des agents de nuit en Ehpad ? », *Hospimedia*, décembre 2015

DELHON L., « La nuit, un accompagnement comme les autres ? », *Travail Social Actualités n°57*, novembre 2014

D'EPINAY C. et HANCHEZ K., « Le sommeil et les significations de la nuit », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006

DESCAMPS A., « Accompagnement des usagers de nuit... comme de jour », *Directions n°107*, avril 2013

LAURIN P., « Nuit, personnes âgées et technologies », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006

PERRAUT SOLIVERES A., « La nuit et l'institution, un mépris partagé », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006

REINHARDT J-C., « Les rituels du coucher », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006

SEDRATI-DINET C., « Les surveillants de nuit sortent de l'ombre », *Actualités Sociales Hebdomadaires n°2908*, mai 2015

TRIPODI D., « Effets sur la santé des horaires de travail atypiques », *Bulletin d'Information DPC n°100, Bonnes pratiques en santé au travail, rythmes de travail à l'hôpital et retours d'expérience, Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux*, avril 2016

TROUILLOUD M., « La nuit, la vie continue », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006

VERCAUTEREN R., « Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels du travail », Fondation Nationale de Gérontologie, *Gérontologie et Société n°116*, mars 2006

Rapports et études

« *Evaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit* », avis et rapport d'analyse collective de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, Alimentation, Environnement, Travail (ANSES), juin 2016

« *Le travail de nuit en 2012* », Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES), Analyses, N°062, août 2014

« *Travailler la nuit* », étude de la Direction de la recherche études et développement (Dred) du fonds d'assurance-formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif (Unifaf), 2011

« *Le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés* », rapport du Conseil économique, social et environnemental (Cese), 2010

Observatoire des EHPAD, KPMG, janvier 2013

Observatoire des EHPAD, Premiers résultats, KPMG, janvier 2014

Observatoire des EHPAD, KPMG, avril 2014

Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et de nuit, Haute Autorité de Santé, mai 2012

Rapport d'enquête « Enquête de satisfaction auprès des professionnels » Clinique Paul Picquet (Sens), janvier 2006

« Étude des conditions de travail des salariés en EHPAD et long séjour, évaluation des facteurs organisationnels et psychosociaux », Services Interentreprises de Santé au Travail de Metz et Thionville, septembre 2011

CIRCHIRILLO M-J., « Le management pérenne des risques professionnels à l'hôpital local : un levier d'action continue contre les accidents du travail, l'exemple de l'hôpital local de Bédarieux », mémoire de l'EHESP, 2008

Textes législatifs et réglementaires

L212-1 du Code du Travail

Article L3122-29 du Code du Travail

Article L3122-42 du Code du Travail

Article L 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004

Documents institutionnels

« Brochure d'information destinée aux personnes en travail posté et de nuit : quelles précautions prendre pour sa santé ? », CHU de Rouen, mai 2012

Sites internet

Site internet de la MRI, www.mri-fontenay-sous-bois.fr

Site internet de l'Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, <http://www.ars.languedoc-roussillon-midi-pyrenees.sante.fr/AGGIR-et-PATHOS.145507.0.html>

« Ehpad : pour une continuité des soins, même la nuit », site internet de l'ARS Ile-de-France : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Ehpad-pour-une-continuite-de.177365.0.html>

Liste des annexes

Annexe 1 : Notes d'observations sur le terrain – début de nuit à Dame Blanche le 21 décembre 2015

Annexe 2 : Notes d'observations sur le terrain – fin de nuit à Hector Malot le 5 février 2016

Annexe 3 : Questionnaire sur les conditions de travail des agents de nuit

Annexe 4 : Réponses au questionnaire

Annexe 5 : Verbatim des commentaires au questionnaire

Annexe 6 : Projet de formation de la FNAQPA « La nuit en établissement »

Annexe 7 : Brochure d'information et de prévention destinée aux agents de nuit

Annexe 1 : Notes d'observations sur le terrain – début de nuit à Dame Blanche

le 21 décembre 2015

L'équipe présente était composée de Mme A (IDE contractuelle), Mme B (AS titulaire) et un aide-soignant intérimaire.

C'était la première fois que Mme A travaillait à Dame Blanche.

Je suis arrivée à 19h et je suis partie à 23h30.

Déroulement de la nuit :

Je me suis rendue au poste de soins au 1^{er} étage à 19h pour assister à la prise de poste de l'infirmière de nuit. Lorsque je suis arrivée, cette dernière discutait avec l'infirmière de jour. Elle lui a expliqué la configuration des unités et lui a dessiné un plan. Elle lui a donné les codes des services sécurisés, et le code à taper sur son téléphone pour ouvrir la porte. Elle lui a dit qui étaient les résidents à surveiller (il y en avait deux), quels étaient les médicaments à donner, les perfusions à poser ou remplacer et les prélèvements à faire. Vers 19h15, deux autres infirmières de jour sont arrivées pour compléter les transmissions, notamment quels médicaments devaient être écrasés. Mme A a utilisé des listes de résidents par aile sur lesquelles elle a écrit ce que lui disaient les infirmières de jour (médicaments, perfusions).

Vers 19h30 nous sommes allées nous changer au vestiaire. Puis Mme A a commencé à donner les médicaments et installer les perfusions au service sécurisé au rez-de-chaussée puis est montée dans les étages. Elle a terminé de donner tous les médicaments vers 22h30. Entre-temps nous avons croisé Mme B, l'aide-soignante, qui a expliqué à Mme A la façon dont les agents procédaient habituellement pour s'organiser. Les deux aides-soignants se répartissent les étages et commencent les changes pendant que l'infirmière termine d'administrer les médicaments. Cette nuit, Mme B a d'abord dû montrer les unités à l'aide-soignant intérimaire et lui expliquer leur organisation avant de commencer.

Lorsque Mme A eut distribué tous les médicaments et effectué toutes les perfusions, elle est allée faire un tour de surveillance au service sécurisé. Puis elle est remontée dans les étages pour faire les changes qui lui avaient été attribués pour décharger les aides-soignants (sept cette nuit-là). Mme A et Mme B m'ont dit qu'en général, tout était terminé vers minuit ou minuit et demi.

Mme A m'a expliqué qu'après cela, elle prenait quelque chose à manger puis s'installait à un endroit stratégique, près de la porte de résidents à surveiller en particulier ou déambulant. Ainsi elle entend plus facilement si quelque chose se produit. Entre minuit et 5 heures, elle fait de la surveillance et elle se repose. Elle fait des soins si nécessaire. Il peut lui arriver de somnoler mais jamais longtemps. Les aides-soignants ne changent les résidents que si c'est absolument nécessaire (selles).

De 5 heures à 7 heures, Mme A enlève les perfusions, effectue les prélèvements biologiques et donne les médicaments du matin lorsqu'il y en a. Les aides-soignants font des changes.

Service sécurisé

Sur Dame Blanche, il y a des moments où il n'y a pas d'agents au service sécurisé. Selon Mme A, ce n'est pas le cas à Hector Malot car il y a cinq agents en tout la nuit à HM, ce qui permet d'avoir un agent à chaque étage en tout temps.

Appels sonnettes

Les appels sonnettes arrivent directement sur le DECT des soignants et s'affichent sur des écrans dans les couloirs. Cependant il existe quelques dysfonctionnements. Par exemple, le DECT de Mme B ne reçoit que les appels des sonnettes du rez-de-chaussée, donc il faut que les soignants qui travaillent avec elle soient vigilants et regardent bien les écrans pour voir s'il y a un appel sur les étages couverts par Mme B et l'appeler s'il y en a un. Cependant, puisque les agents tournent souvent, ils ne sont pas tous au courant. Mme B devrait les prévenir, mais cette nuit elle avait oublié de le faire. Certains écrans de couloirs sont défectueux aussi.

Autres points de vigilance pour les DECT :

- Celui de Mme A était en silencieux, elle n'a donc pas entendu les appels de l'AS intérimaire qui attendait dehors qu'on lui ouvre, ce dernier a alors appelé l'administrateur de garde. Mme B s'est finalement rendu compte que l'aide-soignant intérimaire était dehors et lui a ouvert vers 21h45.
- Celui de Mme B était déchargé, elle ne l'avait donc plus sur elle à partir de 23h environ puisqu'elle l'a mis à recharger. Elle avait seulement son téléphone portable personnel.

Protocoles

Mme A m'a expliqué avoir connaissance de deux types de protocoles :

- Protocoles médicaux : Ils sont élaborés au cas par cas pour chaque résident. Par exemple, un résident peut avoir un protocole hypertension ou hypoglycémie. Si le résident a un problème de santé pendant la nuit, l'IDE se réfère à ses protocoles avant toute chose.
- Protocoles techniques : il y en a plusieurs, par exemple le protocole incendie ou inondation, que l'agent consulte en cas de besoin.

Les protocoles doivent être placés au même endroit dans tous les sites.

Il existe un protocole pour l'organisation de nuit, mais Mme A m'a expliqué qu'elle ne le lisait pas car il est trop long et elle n'en a pas le temps. L'organisation se définit plutôt oralement entre agents, ceux qui connaissent l'établissement expliquant aux « nouveaux ». Mme A m'a dit qu'elle apprécierait d'avoir un petit résumé rédigé par le cadre indiquant les grandes lignes du protocole d'organisation de nuit pour qu'elle n'ait pas uniquement à se fier aux dires des autres agents.

Incontinence

Mme A était à peine au courant que l'on avait changé de fournisseur de produits d'incontinence, elle n'avait donc pas d'avis sur le sujet.

Mme B a dit que ce n'était pas aussi bien qu'avant, mais elle ne s'en est pas plainte plus que cela. Elle a dit que c'était surtout ses collègues du matin que cela gênait car c'est elles qui retrouvaient les résidents et leur literie souillés. Elle a souligné qu'il devrait normalement y avoir du violet.

Mme B ne se réfère pas du tout aux protocoles incontinence. Elle se fie à sa connaissance des résidents et prend les produits qu'elle considère être appropriés. Quand je lui ai demandé si elle utilisait les protocoles, elle m'a dit qu'ils n'étaient pas du tout à jour. Elle les a consultés devant moi et a dit que même pour le jour ils n'étaient pas du tout adaptés, que ses collègues de jour utilisaient d'autres produits que ceux indiqués sur les protocoles et qu'ils devraient donc les modifier.

Pourquoi le choix du travail de nuit

Mme A a choisi de travailler de nuit pour pouvoir suivre des études en parallèle. Mme B est passée de nuit pour des raisons familiales il y a 10 ans. Aujourd'hui ses filles ont grandi mais elle reste de nuit car elle en a pris l'habitude. Elle y trouve certains avantages : plus de liberté, moins de pression de la part de ses collègues pour aller vite. Elle peut s'organiser et travailler à sa façon.

Problème de méconnaissance du résident

J'ai demandé à Mme A s'il y avait des côtés négatifs au travail de nuit. Elle m'a dit que le principal problème pour elle était de ne pas bien connaître les résidents, d'autant plus avec la mobilité entre les sites. Les réactions des résidents lors des soins sont pour elle totalement inattendues. Certains résidents ont peur lorsqu'ils voient des visages qu'ils ne reconnaissent pas. Elle ne connaît pas les résidents qui peuvent avoir des réactions brusques, sauf parfois lorsque l'infirmière de jour la prévient. Elle a peur qu'un résident la repousse lorsqu'elle tente de le piquer pour une perfusion et de se piquer elle-même accidentellement, car cela lui est déjà arrivé.

Elle a aussi expliqué que quand elle ne connaît pas les résidents, elle a l'impression de faire un travail technique à la chaîne, il n'y a pas de suivi pour les soins des résidents et elle perd le côté humain de son métier.

Autres points

- Les perfusions étaient déjà préparées dans le poste de soins. Mme A a dit qu'elle n'aimait pas cela car normalement c'est à l'infirmière de préparer ses perfusions. C'est elle qui doit les ouvrir pour s'assurer que rien n'a pu être mis dedans. Là c'était déjà fait, donc elle devait faire confiance à ses collègues. Elle a dit qu'ils faisaient probablement ça habituellement entre collègues qui se connaissent bien pour faire gagner du temps à l'infirmière de nuit.
- La liste des résidents par aile qui a été transmise à Mme A pour les transmissions « écrites » n'était pas à jour. Mme A devait donc demander aux AS dans quelles chambres étaient certaines personnes à qui elle devait donner des médicaments lorsqu'elles n'étaient pas sur la liste.
- L'organisation des postes de soins doit être la même sur tous les sites. Cependant quelques détails ont pu faire perdre du temps à Mme A qui ne connaissait pas les lieux :

elle n'a pas trouvé de chariots de nuit et a dû utiliser les gros chariots, et il n'y avait pas toujours de produit désinfectant sur le chariot (elle a dû le chercher dans une autre salle).

- En ce qui concerne les appels téléphoniques des familles pour leur ouvrir la porte, Mme A m'a dit qu'il arrivait effectivement qu'elle en reçoive, par exemple dans le cas de personnes en fin de vie. Elle n'a pas reçu d'appel en ma présence, cela dit son DECT était en silencieux pendant la première partie de la soirée.

A cette occasion elle a évoqué le cas d'une infirmière qui aurait été « virée » car elle n'a pas laissé rentrer la famille d'une résidente en fin de vie au milieu de la nuit. Or la résidente est décédée cette nuit-là et sa famille n'a pas pu être à ses côtés. La famille avait porté plainte.

Mme A pense que cette infirmière a eu peur. Elle a dit qu'à sa place elle aurait vérifié qui était la personne de confiance, et si ce n'était pas elle à la porte, elle l'aurait appelé pour s'assurer de l'identité des personnes qui souhaitaient entrer.

Annexe 2 : Notes d'observations sur le terrain – fin de nuit à Hector Malot **le 5 février 2016**

Je suis arrivée à 4H40 et je suis repartie vers 7h35 après les transmissions IDE.

J'ai d'abord rencontré une aide-soignante au service sécurisé (1^{er} étage). Elle a appelé l'infirmier, M. C (stagiaire), et je l'ai rejoint au poste de soins du 2^{ème} étage.

Organisation de la nuit

M. C m'a expliqué l'organisation de nuit. Cette nuit il y avait 4 AS. Il y en avait donc un à chaque étage, sauf au rez-de-chaussée et au 1^{er} étage où il n'y avait qu'une AS qui se partageait entre les deux étages. Il m'a expliqué qu'il pouvait aussi y avoir 5 AS certaines nuits.

Il m'a dit qu'il donnait les médicaments et mettait en place les perfusions en début de nuit, jusque vers 12H30-1h00.

Au même moment, les AS font les changes du soir. Un AS rencontré au cours de la nuit m'a précisé qu'il regardait si le résident dormait avant de le changer, s'il était profondément endormi, qu'il n'y avait pas de selles et que le résident n'était pas trop mouillé, il attendait le lendemain matin pour le changer pour éviter de le réveiller.

Vers 1h, l'infirmier et les AS font une pause et mangent. Ensuite commence la surveillance. M. C passe voir les personnes sous surveillance particulière toutes les heures, sinon il fait une ronde environ toutes les deux heures pour vérifier les perfusions. Il reste posté dans le poste de soins infirmier du 2^{ème} étage. Les AS font plutôt une ronde toutes les heures et appellent l'infirmier si besoin. Ils se placent plutôt dans un endroit « stratégique », proches de résidents qui déambulent souvent. Si une personne se lève pendant la nuit, les AS la raccompagnent dans sa chambre. Ils font aussi des changes s'il y a des selles.

Pendant cette période, M. C écrit des transmissions et prépare ses prélèvements.

M. C insiste auprès des AS pour qu'ils aient leur téléphone portable sur eux pour pouvoir les joindre. Avant ce n'était pas le cas et c'était compliqué.

A partir de 5h environ, M. C commence à passer pour retirer les perfusions. Il ne commence les prélèvements qu'à 6H30 pour ne pas réveiller les résidents trop tôt, ce qu'il considère comme de la maltraitance. Il donne les médicaments du matin. Pendant ce temps-là, les AS font les changes du matin. Pour effectuer les prélèvements sur certains résidents qui se raidissent, M. C fait appel à un AS pour maintenir leur bras.

Vers 6H30, des personnes viennent chercher le linge sale. Le linge propre est amené le lundi et le mercredi matin.

Lorsque les AS ont terminé les changes un peu avant 7h, ils s'installent sur l'ordinateur et font leurs transmissions écrites. Leurs collègues du matin arrivent à partir de 6H30 et ils leur font les transmissions orales au fur et à mesure.

M. C fait les transmissions à 7H15 au poste de soins infirmier du 2^{ème} étage. Cependant aujourd'hui il en a fait plusieurs par téléphone car une IDE était en retard et les autres étaient déjà à leur étage.

Répartition du travail jour-nuit

M. C m'explique que lorsqu'il y a beaucoup de prélèvements, il ne peut pas tous les faire car il ne veut pas commencer avant 6H30 (6H20 minimum). Il doit alors souvent en laisser pour l'équipe de jour, ce qui peut créer des tensions. Il me dit aussi que par ailleurs, l'équipe de jour commence les perfusions vers 19h, avant son arrivée.

Il n'a pas pu venir à la réunion commune IDE jour/nuit, mais il trouve que c'est une très bonne initiative. En général, il trouve que la direction et l'encadrement de cet établissement prend de bonnes dispositions pour éviter de « laisser pourrir » les conflits qui peuvent exister.

La vaisselle du petit déjeuner n'est pas mise en place par les AS de nuit mais par ceux de l'après-midi de la veille.

Les AS de nuit préparent le linge pour les AS de jour avant de s'en aller.

Événements particuliers

En cas de chute, M. C essaie d'abord d'évaluer lui-même la situation. Il voit si la personne a une blessure apparente, si elle a perdu conscience etc. Si elle n'a pas de symptômes apparents, il attendra le matin pour prévenir le médecin. Si la personne a des symptômes, il appelle le médecin de garde qui lui donnera des instructions par téléphone ou se déplacera selon les cas. En cas d'extrême urgence, la personne peut être transportée à l'hôpital.

Cette nuit était calme, mais il peut parfois y avoir plusieurs chutes ou événements la même nuit.

En cas de décès, il n'appelle le médecin et l'administrateur de garde que s'il s'agit d'un décès imprévu. Dans le cas d'une personne en fin de vie, il vérifie s'il y a des indications pour savoir si la famille souhaite être prévenue pendant la nuit, et l'appelle le cas échéant.
Il a reçu la formation sur l'incendie et l'inondation.

Incontinence

M. D (AS) m'a dit que le nouveau fournisseur de produits d'incontinence convenait bien depuis que les produits mauves ont été livrés.

Il respecte les protocoles incontinence, qui ont été remis à jour le 18 janvier et correspondent donc bien aux besoins des résidents.

Observations diverses

Entre 6h et 7h30, l'infirmier a une période de travail assez intense. En effet, il doit faire le plus de prélèvements possible, en sachant que la taille du bâtiment entraîne des temps de déplacements importants, mais aussi recevoir les appels. J'ai pu constater que M. C a été appelé une fois pour ouvrir la porte et à deux reprises pour des arrêts maladie. Il a donc dû appeler l'administrateur de garde deux fois pour la prévenir. Il m'a précisé qu'il attendait 6H45-7h avant d'appeler l'administrateur pour les arrêts maladie.

Mais cette nuit était calme, il n'y avait que 2 prélèvements à faire, il n'y a pas eu de chute ou d'événement particulier.

M. C me dit que ça se passe très bien avec son équipe d'aide-soignants, qu'il peut compter sur eux.

J'ai parlé de l'enquête sur les conditions de travail à M. C. A cette occasion, il m'a dit qu'il aimerait que l'établissement mette un repas à disposition pour le personnel de nuit. Il m'a aussi dit que ce serait bien d'avoir plus de personnel (tout comme M. D), mais qu'il avait conscience que ce ne serait probablement pas possible.

Annexe 3 : Questionnaire sur les conditions de travail des agents de nuit

INFORMATIONS SUR L'AGENT

1. Grade:

- IDE
- AS/AMP

2. Statut:

- Titulaire
- Stagiaire
- Contractuel(le)

3. Ancienneté dans l'établissement:

- Moins de un an
- Entre un et cinq ans
- Entre six et dix ans
- Plus de 10 ans

4. Depuis combien de temps travaillez-vous de nuit ?

- Moins de un an
- Entre un et cinq ans
- Entre six et dix ans

5. Age:

- Entre 18 et 25 ans
- Entre 26 et 35 ans
- Entre 36 et 45 ans
- Entre 46 et 55 ans
- Plus de 55 ans

L'ORGANISATION DU TRAVAIL

6. Depuis l'ouverture des sites de Montreuil et St-Mandé, diriez-vous que vos conditions de travail:

- Se sont beaucoup améliorées
- Se sont un peu améliorées
- Sont restées les mêmes
- Se sont un peu détériorées
- Se sont beaucoup détériorées
- Je ne travaillais pas à la MRI avant l'ouverture de ces résidences

Pourquoi ?

Êtes-vous d'accord avec ces affirmations?

7. « L'organisation de mon planning est satisfaisante pour moi »

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Si « Plutôt pas d'accord » ou « Pas du tout d'accord », pourquoi ?

8. « En général, je peux prendre mes jours de congés/repos à des moments qui me conviennent »

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

9. « Je dispose d'un matériel adapté et en quantité suffisante »

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Si « Plutôt pas d'accord » ou « Pas du tout d'accord », précisez :

10. « Les locaux sont adaptés au bon fonctionnement du service »

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Pourquoi ?

11. « Mes fonctions sont clairement établies »

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

12. « Dans mon service, il y a suffisamment de personnel pour réaliser le travail demandé »

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

13. « Je me sens en sécurité au sein de l'établissement »

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Si « Plutôt pas d'accord » ou « Pas d'accord », pourquoi ?

LES RELATIONS AVEC LES RESIDENTS

14. Rencontrez-vous des difficultés pour gérer les comportements anxieux ou violents des résidents ?

- Oui, très souvent
- Oui, régulièrement
- Non, rarement
- Non, jamais

15. Avez-vous déjà été victime d'un geste violent de la part d'un résident ?

- Oui
- Non

Si oui, décrire :

LES RELATIONS DE TRAVAIL ET L'INFORMATION

16. Selon vous, l'équipe de nuit est-elle intégrée à la vie de l'établissement ?

- Oui
- Plutôt Oui
- Plutôt Non
- Non

Pourquoi ?

17. Disposez-vous de l'information nécessaire pour bien travailler ?

- Oui
- Plutôt Oui
- Plutôt non
- Non

Si « Plutôt non » ou « Non », quelles sont les informations vous manquent ?

18. Comment êtes-vous informé(e) de ce qui se passe dans

l'établissement :

- Par d'autres agents de nuit
- Par des agents de jour
- Par votre cadre
- Par des réunions
- Par courrier
- Autre _____

19. Comment évaluez-vous vos relations avec les autres agents de nuit :

- Très bonnes
- Bonnes
- Passables
- Mauvaises

Pourquoi ? _____

20. Selon vous, l'intégration des nouveaux agents est-elle bien organisée dans votre équipe?

- Oui
- Plutôt Oui
- Plutôt Non
- Non

Pourquoi ? _____

21. Comment évaluez-vous vos relations avec les équipes de jour :

- Très bonnes
- Bonnes
- Passables
- Mauvaises

Pourquoi ? _____

22. Souhaiteriez-vous participer à davantage de réunions thématiques entre agents de l'équipe de nuit ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? _____

Si oui, sur quelles thématiques ? _____

23. Souhaiteriez-vous participer à davantage de réunions thématiques avec les équipes de jour ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? _____

Si oui, sur quelles thématiques ? _____

LA FORMATION

24. Avez-vous suivi des formations depuis votre arrivée à la MRI ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ? _____

25. Souhaiteriez-vous participer à des formations spécifiques au travail de nuit ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? _____

Si oui, sur quelles thématiques ? _____

26. Souhaiteriez-vous participer à des formations en commun avec les équipes de jour ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ? _____

Si oui, sur quelles thématiques ? _____

27. Quels sont les horaires qui vous conviennent le mieux pour une formation ou une réunion en dehors de votre temps de travail ? _____

LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL

28. D'un point de vue psychologique, votre travail est :

- Très pénible
- Pénible
- Peu pénible
- Pas du tout pénible

Pourquoi ? _____

29. Ressentez-vous du stress au travail ?

- Tout le temps
- Régulièrement
- Occasionnellement
- Jamais

Quelles sont les causes de ce stress ? _____

30. Dans votre travail, le sentiment de solitude est :

- Très présent
- Assez présent
- Peu présent
- Pas du tout présent

31. Pensez-vous souffrir d'un manque de sommeil ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non

32. Êtes-vous d'accord avec cette affirmation ?

« J'ai l'impression de contribuer directement ou indirectement à la qualité des soins fournis dans l'établissement »

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

EVALUATION GLOBALE

33. Globalement, comment évaluez-vous vos conditions de travail ?

- Très bonnes
- Bonnes
- Passables
- Mauvaises

Commentaires :

Nous vous remercions de votre participation.

Les questionnaires sont à remettre dans les urnes placées aux standards et dans les postes de soins infirmiers, d'ici le 20 mars 2016.

Annexe 4 : Réponses au questionnaire

Nombre d'agents ayant répondu : 10 (sur 32)

- Q.1. AS/AMP : 8 IDE : 2
Q.2. Titulaire : 8 Stagiaire : 0 Contractuel(le) : 1 Non renseigné : 1
Q.3. Moins de un an : 1 Entre un et cinq ans : 0 Entre six et dix ans : 0
Plus de dix ans : 9
Q.4. Moins de un an : 1 Entre un et cinq ans : 4 Entre six et dix ans : 5
Plus de dix ans : 0
Q.5. Entre 18 et 25 ans : 0 Entre 26 et 35 ans : 1 Entre 36 et 45 ans : 1
Entre 46 et 55 ans : 4 Plus de 55 ans : 3 Non renseigné : 1
Q.6. Se sont beaucoup améliorées : 0 Se sont un peu améliorées : 2 Sont
restées les mêmes : 3 Se sont un peu détériorées : 4 Se sont
beaucoup détériorées : 1
Q.7. Tout à fait d'accord : 5 Plutôt d'accord : 2 Plutôt pas d'accord : 2
Pas du tout d'accord : 1
Q.8. Tout à fait d'accord : 3 Plutôt d'accord : 6 Plutôt pas d'accord : 0
Pas du tout d'accord : 1
Q.9. Tout à fait d'accord : 1 Plutôt d'accord : 7 Plutôt pas d'accord : 0
Pas du tout d'accord : 2
Q.10. Tout à fait d'accord : 2 Plutôt d'accord : 5 Plutôt pas d'accord : 1
Pas du tout d'accord : 0 Non renseigné : 1
Q.11. Tout à fait d'accord : 1 Plutôt d'accord : 6 Plutôt pas d'accord : 2
Pas du tout d'accord : 0 Non renseigné : 1
Q.12. Tout à fait d'accord : 0 Plutôt d'accord : 4 Plutôt pas d'accord : 4
Pas du tout d'accord : 2 Non renseigné : 0
Q.13. Tout à fait d'accord : 1 Plutôt d'accord : 6 Plutôt pas d'accord : 3
Pas du tout d'accord : 0 Non renseigné : 0
Q.14. Oui, très souvent : 1 Oui, régulièrement : 4 Non, rarement : 4
Non, jamais : 1
Q.15. Oui : 10 Non : 0
Q.16. Oui : 2 Plutôt oui : 3 Plutôt non : 2 Non : 3
Q.17. Oui : 3 Plutôt oui : 5 Plutôt non : 1 Non : 1
Q.18. Tout coché : 5 Par des agents de jour : 4 Autre : 1
Q.19. Très bonnes : 6 Bonnes : 2 Passables : 2
Mauvaises : 0
Q.20. Oui : 3 Plutôt oui : 4 Plutôt non : 0 Non : 2
Non renseigné : 1
Q.21. Très bonnes : 2 Bonnes : 6 Passables : 2
Mauvaises : 0
Q.22. Oui : 6 Non : 2 Non renseigné : 2
Q.23. Oui : 3 Non : 5 Non renseigné : 2
Q.24. Oui : 9 Non : 1
Q.25. Oui : 4 Non : 4 Non renseigné : 2
Q.26. Oui : 4 Non : 3 Non renseigné : 3
Q.28. Très pénible : 0 Pénible : 6 Peu pénible : 3 Pas du tout pénible : 1
Q.29. Tout le temps : 0 Régulièrement : 1 Occasionnellement : 5
Jamais : 3 Non renseigné : 1
Q.30. Très présent : 0 Assez présent : 2 Peu présent : 0 Pas du tout
présent : 7 Non renseigné : 1
Q.31. Oui : 3 Plutôt oui : 1 Plutôt non : 1 Non : 5
Q.32. Tout à fait d'accord : 6 Plutôt d'accord : 3 Plutôt pas d'accord : 1
Pas du tout d'accord : 0
Q.33. Très bonnes : 0 Bonnes : 6 Passables : 4 Mauvaises : 0

Annexe 5 : Verbatim des commentaires au questionnaire

Q. 6 : Depuis l'ouverture des sites de Montreuil et St Mandé, diriez-vous que vos conditions de travail :

- « Je suis plus souvent affectée à St Mandé qui est plus proche de mon domicile. »
- « Car certaines IDE venant de la MRI ne lèvent pas le petit doigt pour aider les AS, je demande juste une petite aide. »
- « Parce que l'effectif des agents a diminué. »
- « Mauvaise organisation, pas d'écoute, réunion prévue et pas organisée. »
- « Car pas assez de personnel pour combler les arrêts, chaque site devrait avoir son personnel. »
- « Nous ne sommes pas en nombre, le travail est pénible et il faut descendre aider au 2^{ème} étage c'est bcp et la charge est lourde. »

Q. 7 : L'organisation de mon planning est satisfaisante pour moi.

- « J'aurais préféré être fixe à St Mandé, non seulement pour le suivi des résidents qui est la raison pour laquelle on est là, mais aussi car le site est à 45mn de chez moi et les autres sites à plus d'une heure »
- « Quand nous ne sommes pas en nombre il faut aller faire des résidents au 2 c'est beaucoup, la charge de travail importante a changé, il faut être équitable à ce niveau. »

Q. 9 : Je dispose d'un matériel adapté et en quantité suffisante.

- « A St Mandé il nous manque un charriot pour les IDE de nuit comme sur les autres sites (charriot léger) »
- « Problème de protections jamais en quantité suffisante. »
- « Pas assez de matériel, signalé mais pas de retour de l'encadrement. »

Q.10 : Les locaux sont adaptés au bon fonctionnement du service.

- « Il fait souvent froid dans les couloirs et à certains étages (RDC de Montreuil). »
- « 2 étages de service sécurisés pour un seul agent de nuit. »
- « plutôt d'accord pour DB et MAP, plutôt pas d'accord pour HM et LS »

Q. 11 : Mes fonctions sont clairement établies.

- « Il est important de rédiger un protocole de soins, voire une organisation du travail de l'IDE et des AS. A Montreuil par exemple, l'IDE doit se poser au 1^{er} ou au 2^{ème} pour surveiller les résidents à problèmes. Mais ce n'est marqué nulle part. Donc polémique entre IDE et AS. »
- « ça dépend. »

Q.12 : Dans mon service, il y a suffisamment de personnel pour réaliser le travail demandé.

- « La charge de travail est énorme à HM. C'est un risque pour la santé des résidents et de l'IDE. Pour plus de 200 résidents, il faut 2 IDE. »
- « ça dépend des nuits. »

Q.14 : Rencontrez-vous des difficultés pour gérer les comportements anxieux ou violents des résidents ?

- « Comme les IDE roulent très souvent les résidents ne nous ont pas en mémoire des fois on a beau les rassurer mais ils peuvent être réticents »

Q.13 : Je me sens en sécurité au sein de l'établissement.

- « Trop grande dimension »
- « Parfois les portails ne ferment pas, les lumières extérieures restent allumées. »
- « car trop grande superficie, les portails ne sont pas toujours fermés, faire face aux inondations risque avec l'électricité, etc. »

Q.15 : Avez-vous déjà été victime d'un geste violent de la part d'un résident ?

- « Violence verbale. C'est surtout lié au fait que le résident voit une nouvelle personne de temps en temps et il peut être réticent aux soins et même insulter. J'ai déjà été traitée de « pouffiasse », « sale conne », etc. Mais je comprends le résident. Je le recadre en lui expliquant calmement que je ne lui veux que du bien, ça prend du temps mais en général ça se passe bien. »
- « J'étais à la MRI, j'accompagnais un résident qui s'endormait au fauteuil dans sa chambre et tout d'un coup il s'est retourné et m'a donné un coup de poing sur mon nez, heureusement que mes lunettes ont protégé un peu mon nez, qui a fait que mon nez n'a pas été cassé, je n'ai pas vu le coup venir. »

« L'un m'a donné des coups et l'autre m'a poussé et aussi craché. »
« verbale et physique »
« dans le service sécurisé »
« claque ou insultes »
« Refus de soin (frappe, pince, crachats) ; insulte »
« Coups données, griffures, insultes verbales, menaces. »
« tape, griffe, coup de poing, et violence verbale »
« Il y a des résidents qui donnent des coups, qui griffent, qui hurlent mais il faut les mettre en confiance, leur expliquer et tout redevient calme. »

Q.16 : Selon vous, l'équipe de nuit est-elle intégrée à la vie de l'établissement ?

« Les AS de nuit le sont peut-être, mais les IDE non. Trop de mouvement d'IDE entre les 4 sites. C'est impossible de bien suivre un résident. On n'est pas seulement là pour appliquer les soins prescrits mais pour s'intégrer à la vie du résident et de l'établissement et cela ne sera possible que si les postes sont fixes. »
« Parce que nous ne sommes pas au courant des réunions, nous nous sentons exclus. »
« Nous contribuons au bon fonctionnement de l'établissement. »
« Nous ne sommes jamais au courant des changements (hospitalisation, visite en famille et autre). Non transmis sur TITAN. »
« Mauvaises transmissions, ignorance des IDE de jour de l'organisation de la nuit. »
« Échange de transmissions entre équipes »
« Sur certaines choses l'équipe de jour est mieux intégrée que l'équipe de nuit qui est un peu mise à l'écart. »
« Ne sommes pas toujours au courant des nouveautés, des réunions »

Q. 18 Comment êtes-vous informé de ce qui se passe dans l'établissement ?

« voir PSI »
« Les transmissions, l'ordinateur, l'infirmier »

Q.19 : Comment évaluez-vous vos relations avec les autres agents de nuit ?

« Je suis assez ouverte et je vais vers eux pour améliorer notre travail en équipe. »
« Une bonne entente et chacun se respecte et respecte l'autre aussi. »
« on se voit rarement »
« bonnes avec les AS et passables avec certaines IDE »
« Pour les AS et certaines IDE »
« Il faut que ce soit équitable. »

Q.20 : Selon vous, l'intégration des nouveaux agents est-elle bien organisée dans votre équipe ?

« Sur les nouveaux sites l'organisation du travail des AS et des IDE de nuit n'est pas protocolée. Et donc les AS qui sont là depuis longtemps font leur loi et imposent des fois aux IDE des soins qui n'incombent pas à leur cahier des charges. Utilité d'établir l'organisation du travail des IDE et des AS de nuit. »
« Je ne peux pas vous répondre car je travaille seul. »
« Pour l'encadrement »
« Pas avec certaines IDE qui se prennent pour des cadres »
« Respectent les consignes »

Q.21 : Comment évaluez-vous vos relations avec les équipes de jour ?

« On peut se soutenir et se relayer quand il reste des soins à faire parce qu'on a eu des urgences en journée ou la nuit. »
« Des fois il y a des incompréhensions. »

Q.22 : Souhaiteriez-vous participer à davantage de réunions thématiques entre agents de l'équipe de nuit ?

« organisation du travail des IDE de nuit dans les différents sites, la charge de travail, les repas, les formations, la communication, l'hygiène et la sécurité au travail, les primes de nuit, risque incendie »
« peu importe »
« Complémentarité d'expériences vécues. »
« sur les conditions de travail »
« conditions de travail »
« Je pense que nous avons le même problème : manque de personnel. »

Q. 23 : Souhaiteriez-vous participer à davantage de réunions thématiques avec les équipes de jour ? Agents ayant répondu non :

- « Nous n'avons pas la même charge de travail. »
- « Cela se passe bien, ce sont de bons travailleurs. »

Q.24 : Avez-vous suivi des formations depuis votre arrivée à la MRI ?

- « L'informatique, l'Alzheimer, formation avec un kiné »
- « Humanitude, la sexualité de la personne âgée, trouble du sommeil de la personne âgée etc. »
- « Initiation informatique »

Q.25 : Souhaiteriez-vous participer à des formations spécifiques au travail de nuit ?

- « Les thématiques que vous avez. Je veux tout connaître. »

Q. 26 : Souhaiteriez-vous participer à des formations en commun avec les équipes de jour ?

- « ça dépend »
- « informatique »

Q. 27 : Quels sont les horaires qui vous conviennent le mieux pour une formation ou une réunion en dehors de votre temps de travail ?

- « 17h-18h »
- « 8h à 15h »
- « 9h »

Q.28 : D'un point de vue psychologique, votre travail est :

- « ça dépend des sites. A St Mandé par exemple la charge de travail est acceptable et le fait de mettre moins de temps dans les transports diminue la fatigue. »
- « Si je fais les 2 étages. »
- « Très pénible à HM et LS, Pénible à DB, Peu pénible aux MAP »
- « car la nuit il faut être attentif et disponible aux demandes des résidents »
- « Travaille très souvent seule, sauf pour les personnes difficiles. »
- « car seul pour gérer 60 résidents »
- « Parfois il manque de l'aide pour les plus lourds »

Q. 29 : Ressentez-vous du stress au travail ? Quelles sont les causes de ce stress ?

- « La charge de travail d'une nuit à l'autre. »
- « Travailler avec certaines IDE qui n'ont pas d'esprit d'équipe. »
- « Quand il y a pas d'esprit d'équipe et matériel adapté »
- « le manque de personnel »
- « Le stress je le laisse à la porte mais ça va en entrant on oublie tout au travail. »

Q.32 : J'ai l'impression de contribuer directement ou indirectement à la qualité des soins fournis dans l'établissement.

- « Mais on peut faire plus en réglant le problème de poste fixe des IDE de nuit »
- « relativement bonnes »

Q.33 : Globalement, comment évaluez-vous vos conditions de travail ?

- « Requête : un chariot de nuit à St Mandé ; je vis à Fresnes à 45mn de St Mandé et c'est le site le plus proche de mon domicile. Je souhaiterais être fixée de nuit là-bas s'il vous plaît afin de garder un suivi rapproché des résidents. »
- « Mes conditions de travail sont bonnes mais seraient très bonnes si certaines IDE pouvaient faire quelques changes. Je trouve inadmissible qu'une résidente demande à une IDE de lui mettre une protection, sachant que j'étais occupé à l'étage supérieur, cette IDE est venue me chercher pour me demander de faire le change de cette résidente. Je pense qu'il faudrait faire quelque chose au niveau des IDE car ce n'est plus possible, parfois ne répondent à aucune sonnette, en les appelant pour une urgence ne répondent pas non plus au DECT, à cette allure là je laisserai ma peau, disent qu'elles sont fatiguées à 22H15. »
- « Je suis content de travailler de nuit dans cet établissement et contribuer au succès de celui-ci. »
- « Le travail de nuit est satisfaisant, il reste quelques points à améliorer : manque de matériel, travail d'équipe avec l'IDE »
- « Le travail de nuit me convient tout à fait mais je déplore le manque d'esprit d'équipe entre corps de métiers, le manque de matériel et la dévalorisation du statut d'AS. »
- « Mes conditions de travail ont changé il nous manque du personnel, la seule chose pour prendre des jours et nos vacances ce sont toujours les mêmes qui prennent les mêmes vacances, il faut varier les jours et au niveau étage des résidents il faut rester sur les 60 mais faire 4 de plus c'est beaucoup car le service est lourd partout, s'organiser et faire son travail sans problème. »

Annexe 6 : Projet de formation de la FNAQPA « La nuit en établissement »

Objectifs

- Améliorer sa pratique professionnelle de soignant la nuit
- Connaître et comprendre les besoins de la personne âgée la nuit et savoir apporter des réponses adaptées
- Renforcer la qualité de la prise en charge de la personne âgée la nuit pour la continuité, la sécurité et l'efficacité de l'accompagnement

Programme pédagogique

- RYTHMES DE SOMMEIL DE L'ETRE HUMAIN A TRAVERS LES AGES ET LE SOMMEIL DE LA PERSONNE AGEE
- RYTHME CIRCADIEN (JOUR / NUIT) ET SES INCIDENCES SUR LA PERSONNE AGEE
 - Activité diurne
 - Repos nocturne
- TROUBLES DU SOMMEIL
 - Insomnie et hypersomnie
 - Dépression
 - Angoisse, anxiété, peurs
 - Solitude
- SOMMEIL, ALIMENTATION, HYDRATATION ET TRAITEMENTS MEDICAUX
- SOMMEIL ET REVEIL
 - Deuil et fin de vie
- LE SOIGNANT LA NUIT
 - Soins et relation d'aide
 - Rôle et organisation du travail
 - Procédures et protocoles
 - Responsabilité
 - Caractéristiques du travail de nuit
- COORDINATION JOUR/NUIT POUR LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE
 - Communication et transmission

METHODOLOGIE

Analyse des pratiques
Apports théoriques
Etudes de cas
Livret pédagogique

Brochure d'information et de prévention destinée aux agents de nuit

Pourquoi faut-il faire attention à sa santé lorsque l'on travaille de nuit ?

L'exposition à la lumière du jour et la régularité du rythme de vie permettent d'être actif le jour et de dormir la nuit. Mais, lors du travail de nuit, notre « horloge interne » est perturbée.

Cela a un impact sur le sommeil et la vigilance :

- Temps de sommeil plus court que ceux qui travaillent de jour
- Somnolence plus importante, ce qui augmente le risque d'accidents de la circulation et d'accidents de travail

Le travail de nuit peut aussi entraîner d'autres troubles :

- Dépression ou anxiété liées aux troubles du sommeil
- Prise de poids ou troubles digestifs liés à de mauvaises habitudes alimentaires

Il nécessite aussi un suivi médical renforcé pour :

- Le suivi de la grossesse
- Le dépistage du cancer du sein



TOURNEZ LA PAGE SVP

Comment réduire les risques pour sa santé ?

- ❖ **Prendre soin de son sommeil**
 - Avoir des horaires de lever et de coucher réguliers
 - S'isoler de la lumière et du bruit pendant le sommeil
 - Éviter les psychostimulants et les hypnotiques
 - Dormir au moins 7 heures par tranche de 24 heures, si besoin avec des siestes
 - S'exposer à la lumière en début de poste, l'éviter en fin de poste

- ❖ **Anticiper la somnolence**
 - Reconnaître les signes : concentration difficile, raideur de la nuque et tête lourde, picotement des yeux, sensations de paupières lourdes, bâillements
 - Être particulièrement vigilant à ces signes lors du trajet de retour en voiture. Ne pas hésiter à s'arrêter pour dormir quelques instants si le besoin. C'est à ce moment que les accidents de circulation sont les plus fréquents

- ❖ **Adopter une bonne hygiène de vie**
 - Manger 3 repas variés et équilibrés par jour, si possible à des horaires réguliers
 - Prendre sa collation avant minuit pour une meilleure digestion
 - Éviter les excès de café, thé, cola et boissons énergétiques
 - Limiter le grignotage!
 - Pratiquer une activité sportive régulière

- ❖ **Au médecin du travail et/ou à son médecin traitant :**
 - Expliquer sa profession et ses horaires de travail
 - Informer de ses antécédents médicaux
 - Signaler ses difficultés de sommeil et baisses de vigilance
 - Signaler ses troubles digestifs, dépressifs ou anxieux
 - Signaler tout accident ou endormissement au volant
 - Informer de la grossesse ou des difficultés à concevoir un enfant
 - Demander un aménagement de poste à partir de 3 mois de grossesse

POUR TOUTE QUESTION OU COMPLÈMENT D'INFORMATION, N'HÉSITEZ PAS À CONSULTER LE MÉDECIN DU TRAVAIL OU VOTRE MÉDECIN TRAITANT.

LE NEVEU-DEJAULT	Violette	Septembre 2016
DESSMS 2015-2016		
Les conditions de travail des agents de nuit en EHPAD : l'exemple de la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Au vu du constat de quelques dysfonctionnements organisationnels et d'une difficulté de recrutement d'infirmiers de nuit à la Maison de Retraite Intercommunale de Fontenay-sous-Bois (EHPAD public de 486 lits répartis sur 4 résidences), nous avons décidé de mener une étude sur les conditions de travail des agents de nuit, afin de mieux connaître les spécificités du travail de nuit, l'organisation de ces équipes et les difficultés auxquelles elles sont confrontées.</p> <p>Une enquête a été réalisée de novembre 2015 à mai 2016, par le biais d'observations sur le terrain, d'entretiens avec les acteurs-clés et d'un questionnaire sur les conditions de travail transmis à l'ensemble des agents de nuit.</p> <p>Cette étude a pour but de formuler des préconisations permettant d'améliorer la qualité et la continuité des soins apportés aux résidents, d'améliorer les conditions de travail des agents, de clarifier l'organisation du travail et d'augmenter l'attractivité des postes de nuit.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Nuit ; EHPAD ; conditions ; travail ; organisation ; soins ; infirmiers ; aides-soignants</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		