



**EHESP**

---

**Diplôme d'Établissement**  
**« Direction d'EHPAD et Droits des**  
**usagers : enjeux, outils, méthodes »**

Promotion : **2014 - 2015**

---

**Optimiser l'accompagnement nocturne des**  
**personnes atteintes de la Maladie**  
**d'Alzheimer ou maladies apparentées en**  
**EHPAD :**  
**Enjeux, limites et perspectives**

**Elodie FONTENEAU**

**Responsable pédagogique :**  
**Arnaud CAMPÉON, Enseignant**  
**chercheur au département**  
**SHS-CS, EHESP**

**Responsable de l'atelier**  
**mémoire : Karine CHAUVIN**

---

# Remerciements

---

Je remercie tout particulièrement ma famille proche, la patience de mon mari et mes enfants qui m'ont soutenue tout au long de l'écriture de mon mémoire.

Je remercie Mme P. Delphine, Directrice de 2 EHPAD dans le Maine et Loire, et amie, qui a toujours cru en moi et m'a fait confiance jusqu'au bout.

Je remercie Mme R., Directrice de deux EHPAD dans le Maine et Loire, pour son accueil, sa disponibilité et sa gentillesse lors de mon stage.

Je remercie le personnel et les résidents qui ont bien voulu répondre à mes questions en toute simplicité.

Je remercie Karine Chauvin, pour ses bons conseils et sa réactivité pendant toutes ces phases de questionnement.

Et pour finir, je remercie Arnaud Campéon, pour m'avoir accepté dans cette promotion qui m'a permis de rencontrer de belles personnes.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	3
<b>1. En quoi l'accompagnement des résidents atteints de démence de type Alzheimer peut-il être considéré comme difficile la nuit en EHPAD ?</b> .....	6
1.1 <i>Le Cadre théorique et des statistiques alarmantes</i> .....	6
1.1.1 <i>La Maladie d'Alzheimer, définition et évolution</i> .....	6
1.1.2 <i>Le Sommeil chez les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer</i> .....	7
1.2 <i>Un contexte caractéristique de l'institution</i> .....	7
1.2.1 <i>L'impact de l'environnement sur la qualité de vie la nuit</i> .....	7
1.2.2 <i>Un rythme institutionnel marqué et des pratiques institutionnelles ancrées...</i> .....	8
1.2.3 <i>Le travail de nuit et ses représentations</i> .....	10
1.3 <i>Les Droits des usagers et les Recommandations des Bonnes Pratiques professionnelles</i> .....	11
1.3.1 <i>La Réglementation en faveur des Droits des usagers</i> .....	11
1.3.2 <i>Les Recommandations de Bonnes pratiques</i> .....	11
<b>2. Comment répondre aux besoins et attentes des résidents atteints de démence de type d'Alzheimer la nuit ?</b> .....	13
2.1 <i>La nuit en EHPAD, mes constats...</i> .....	13
2.2 <i>Un accompagnement nocturne réfléchi et pensé</i> .....	15
2.2.1 <i>Un accompagnement personnalisé la nuit, c'est possible...Exemple d'un EHPAD de proximité</i> .....	15
2.3 <i>Exemple de La Résidence Les S...</i> .....	17
2.3.1 <i>Contexte et environnement</i> .....	17
2.3.2 <i>Le PASA : Une alternative pour la journée qui favorise une bonne nuit...</i>	18
2.3.3 <i>Des rituels qui rassurent...</i> .....	18
<b>3. Des leviers d'optimisation possible dans l'accompagnement de nuit</b> .....	20
3.1 <i>Une conception institutionnelle « enveloppante »</i> .....	20
3.2 <i>Penser l'organisation de nuit autrement : Quelques pistes...</i> .....	21

3.2.1 Une organisation adaptée la nuit .....	22
3.2.2 Le Projet d'Accompagnement Personnalisé sur 24h.....	23
3.2.3 Une infirmière de nuit en EHPAD ? .....	24
3.2.4 Le rôle du médecin coordonnateur dans le projet d'établissement et dans le plan de formation.....	27
3.2.5 Des thérapies alternatives qui apaisent... ..	28
3.2.6 Vers l'EHPAD de demain...Un exemple à poursuivre.....	30
A- Les besoins des résidents placés au cœur de l'accompagnement .....	30
B- Une nouvelle approche de la nuit en EHPAD.....	31
C- Des résultats encourageants avec une consommation de médicaments réduite .....	31
D- Une démarche humaniste reconnue et récompensée .....	31
<b>Conclusion .....</b>	<b>31</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>34</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>37</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

UHPAD : Unité d'Hébergement pour Personnes Âgées Désorientées

AMP : Aide Médico-Psychologique

ASHQ : Agents de Service Hospitalier Qualifié

AS : Aide-Soignante

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

MA : Maladie d'Alzheimer

PMND : Le Plan maladies neurodégénératives

PRS : Plan régional de santé

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

APM : Agence de Presse Médicale

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence

CVS : Conseil de la Vie Sociale

*« On ne rajoute pas des années à la vie mais du confort à la vie<sup>1</sup> »*

*« Aussi perturbante que puisse être la maladie d'Alzheimer, elle n'éclipsera jamais notre humanité, ne nous privera pas de notre dignité et ne niera pas notre histoire de vie<sup>2</sup> »*

---

<sup>1</sup> CROISILE B. La maladie d'Alzheimer. Identifier, comprendre, accompagner. Paris, Edition Larousse, 2010.191p. (p84)

<sup>2</sup> Citation du Professeur américain Peter Whitehouse dans Ethique, droit et maladie d'Alzheimer p. 78 Chap. Témoignage d'Anne Meyer-Heine

## Introduction

*« Heure après heure, mon père restait immobile et cheminait vers la mort ; mais quand il baillait, le bâillement était le sien. J'aimais toujours, spécifiquement et individuellement, l'homme qui baillait dans ce lit<sup>3</sup> »*

La Maladie d'Alzheimer comme la vieillesse conduisent de façon inexorable vers le chemin de la mort, lentement, progressivement ou par des étapes liées à la maladie.

La maladie est précédée par de nombreuses années de perte de contact progressive avec autrui, puis de comportements aberrants, sans que l'on puisse savoir s'il s'agit d'une réalité ou d'une perception par les proches à un instant donné. *« C'est une personne riche devenue pauvre, »* disait Esquirol<sup>4</sup> de ces malades, *« et le regard que nous leur portons dépend de ces souvenirs que nous leur connaissons et qu'ils n'ont peut-être plus ou qu'ils ont enfouis ailleurs. »*

La force évocatrice des films, comme *« Se souvenir des belles choses<sup>5</sup> »* ou *« Loin d'elle<sup>6</sup> »* et d'autres, aident à réfléchir sur ce que la personne malade ressent et voudrait dire. De nombreuses pages sont émouvantes par l'amour de ceux ou celles qui les écrivent pour rester en contact avec une personne aimée qui s'éloigne d'eux, et aussi pour se retrouver eux-mêmes ou elles-mêmes, face à leur père, leur mère, leur conjoint : *« Je crois savoir où partent mes pensées perdues : elles s'évadent dans mon cœur.... Au fur et à mesure que mon cerveau se vide, mon cœur doit se remplir car j'éprouve des sensations et des sentiments extrêmement forts... Je voudrais pouvoir vivre le présent sans être un fardeau pour les autres et que l'on continue à me traiter avec amour et respect, comme toute personne humaine qui a des émotions et des pensées, même lorsque je semble « ailleurs<sup>7</sup> »*

L'amélioration de la qualité de vie et la réponse aux attentes des personnes touchées par une maladie neurodégénérative constituent une priorité nationale et s'inscrivent pleinement dans un cadre plus global d'évolution de nos politiques publiques en matière d'accompagnement et de vie sociale, de santé et de recherche. Le nombre de personnes atteintes est en progression, en particulier pour les pathologies affectant les fonctions cognitives. Au premier rang de ces atteintes, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées touchent plus de 850 000 personnes en France. La priorité donnée à la mobilisation contre la maladie d'Alzheimer a ouvert la voie à des progrès qui doivent être

---

<sup>3</sup> Citation de Jonathan Franzen *« le cerveau de mon père »*

<sup>4</sup> Jean-Étienne Dominique Esquirol, né le 3 février 1772 à Toulouse et mort le 12 décembre 1840 à Paris, est un aliéniste français. Il est considéré comme le père de l'organisation de la psychiatrie française en faisant voter la loi de 1838 obligeant chaque département à se doter d'un hôpital spécialisé

<sup>5</sup> Se souvenir des belles choses est un film français de Zabou Breitman sorti en 2002.

<sup>6</sup> Loin d'elle (Away from Her) est un film dramatique américano-britannico-canadien écrit et réalisé par Sarah Polley, sorti en 2006

<sup>7</sup> Claude Couturier, *Puzzle, journal d'une Alzheimer*, Editions Josette, Lyon

poursuivis et amplifiés, mais aussi être partagés au profit d'autres maladies et réciproquement.

Le rapport d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012 fait en ce sens un certain nombre de constats et en tirent les préconisations qui ont été utiles à l'élaboration du plan 2014-2019 autour de deux enjeux : celui de la poursuite et de l'amplification des actions, celui de l'élargissement à d'autres problématiques proches. Une priorité a été donnée à la qualité de vie à domicile comme en établissement, se traduisant par la mise en place de dispositifs spécifiques adossés aux structures médico-sociales : Identification et développement de réponses dédiées en EHPAD au travers des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) ou encore des Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) ; Développement de protocoles d'intervention à domicile par des équipes pluridisciplinaires au travers des Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA).

Mais qu'en est-il de l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer la nuit en institution ?

Les besoins de ce type de public la nuit sont-ils les mêmes que ceux d'un EHPAD dit « classique » ?

Une grande majorité d'établissements intègrent, aujourd'hui, dans leur projet d'établissement, des objectifs concernant la qualité de l'accueil mais la réflexion sur la qualité de prise en charge la nuit en établissement est trop souvent minimisée, voire ignorée. Il est vrai que les moyens font cruellement défaut, mais est-ce une raison suffisante pour gommer cette dimension importante de l'accompagnement des personnes accueillies ?

Comment être réellement crédible sur l'importance de l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer la nuit si on n'a pas été témoin soi-même d'un certain nombre de situations ? J'ai donc souhaité naturellement observer<sup>8</sup> les mouvements la nuit sur mon lieu de travail et orienter mon lieu de stage vers une structure n'ayant pas d'unité sécurisée d'hébergement mais seulement un PASA.

Partant donc de l'observation de mon établissement et d'une autre structure, j'ai fait une analyse documentaire et fait des recherches bibliographiques. J'ai rencontré des professionnels de terrain en entretiens semi-directifs : 2 Aides-soignantes du PASA, 2 Aides-soignantes de nuit, le cadre de santé, le médecin coordonnateur et la directrice (le tableau des personnes interrogées est en annexe IV). J'ai élaboré un guide d'entretien différent en fonction des activités exercées (guide en annexe III). J'ai aussi rencontré individuellement, 10 résidents de l'EHPAD dont 2 présentant des troubles cognitifs et participants au PASA dans la journée ainsi que la famille d'une des deux personnes du PASA. Les entretiens avec les 8 autres résidents ne présentant pas de troubles cognitifs,

---

<sup>8</sup> Annexe I Note d'observation

m'ont permis de recueillir leurs points de vue sur l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer la nuit. Tous ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord de chaque personne et retranscrits. Une analyse par entretien a été effectuée et explicitée à chaque citation. Les principales difficultés que j'ai pu rencontrer ont été lors des entretiens avec les personnes présentant des troubles cognitifs et malgré mes questions simples, n'ont pas réussi à y répondre. La famille interrogée, fille d'une résidente du PASA, ne m'a pas apporté de plus-value à mes analyses.

Ce mémoire a donc pour objectif de questionner la problématique suivante : « En quoi l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer peut-elle être problématique la nuit ? » Afin d'objectiver cette difficulté, il est important de définir la maladie d'Alzheimer et sa symptomatique et de faire état du contexte institutionnel au regard des politiques publiques de santé. En m'appuyant sur les constats observés au sein de l'établissement et sur mon lieu de stage, je soulignerai l'impact de l'environnement sur la qualité de vie, la nuit en EHPAD. Je ferai état du rythme et des pratiques professionnelles en institution de façon globale en me référant au travail de nuit. Parallèlement à cela, nous pourrions mettre en corrélation les pratiques observées et la réglementation en faveur des usagers, ainsi que les recommandations des bonnes pratiques impulsées par les pouvoirs publics.

Après avoir fait état de ces constats, je vous propose dans un second temps, l'analyse des besoins et attentes de ce type de public et en quoi le projet personnalisé permet de répondre aux besoins et attentes des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Pour ce faire, je m'appuierai sur mes observations durant ma nuit d'observation sur mon lieu de travail et durant mon stage en décrivant la structure, les bienfaits du PASA sur la qualité du sommeil et l'importance du projet personnalisé propre à la Résidence.

Enfin je vous propose des leviers d'optimisation possible pour une prise en charge de qualité la nuit. Cela implique la prise en compte d'un environnement architectural favorable à l'accompagnement de nuit étayé par un exemple d'EHPAD. Les organisations de travail doivent être également repensées. Je ferai un retour sur des expérimentations menées par les ARS comme celle des Pays de la Loire avec les astreintes de nuit IDE. Je qualifierai les rôles du médecin coordonnateur et du cadre de santé comme animateurs et garants de la politique de l'établissement sur l'accompagnement de la MA de jour comme de nuit. Et je vous proposerai des alternatives non médicamenteuses qui peuvent contribuer à diminuer les troubles du comportement.

Pour finaliser cette partie, je vous présenterai l'exemple d'un EHPAD ayant me semble-t-il une prise en charge adaptée la nuit pour ce public bien spécifique.

En conclusion, je vous exposerai mon projet en tant que future directrice d'EHPAD qui me semble innovant dans notre département au sein de l'établissement validé par ma direction.

## **1. En quoi l'accompagnement des résidents atteints de démence de type Alzheimer peut-il être considéré comme difficile la nuit en EHPAD ?**

Pour répondre à ce premier questionnement, il est important de connaître au préalable la Maladie d'Alzheimer (MA) et ses conséquences sur le sommeil et la qualité de vie des personnes atteintes par cette pathologie.

### *1.1 Le Cadre théorique et des statistiques alarmantes*

La prise en charge de cette maladie constitue un défi majeur à relever par les pouvoirs publics. En effet, un premier plan Alzheimer a été lancé en octobre 2001, puis deux autres ont suivi. En février 2008, Nicolas Sarkozy, estimant que cette pathologie représentait un enjeu majeur en termes de santé publique pour la France, lançait un grand plan national favorisant à la fois le soutien aux malades et aux aidants et la recherche sur la maladie d'Alzheimer, nommé « Plan Alzheimer 2008-2012 ». Après trois plans dédiés à la maladie d'Alzheimer, première maladie neurodégénérative en France, le président de la République actuel a décidé d'élargir le nouveau plan (2014-2019) à l'ensemble des maladies neurodégénératives.

#### *1.1.1 La Maladie d'Alzheimer, définition et évolution*

Dans la MA, les neurones, qui servent à programmer un certain nombre d'actions, meurent ou dégèrent entraînant de ce fait une altération des facultés cognitives. Les troubles de la mémoire sont les plus constants et les plus perceptibles des symptômes associés. Néanmoins, ils n'en sont pas les seuls. Les troubles des fonctions exécutives comme par exemple ne plus savoir comment se servir d'une fourchette ou comment préparer un gâteau jusque-là bien connus, ainsi que des problèmes d'orientation dans le temps et dans l'espace sont également très révélateurs. La maladie d'Alzheimer se traduit par des troubles progressifs du langage (aphasie), de l'écriture (dysorthographe), du mouvement (apraxie), de la reconnaissance (agnosie) associés à des troubles du comportement et de l'humeur (anxiété, dépression irritabilité).

La MA connaît une montée en puissance dans notre société. Si aujourd'hui, près de 900000 personnes en sont touchées, une personne sur deux ignore qu'elle en est atteinte. Il n'existe aucun traitement curatif pour guérir de cette maladie et si rien ne change, ce sont plus de 1275000 personnes qui souffriront de la maladie en 2020, soit un français sur quatre de plus de 65 ans<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Chiffres du ministère de la santé publié par le Fondation Recherche Médicale

Pour comprendre mon sujet, il est important de connaître la maladie en effet mais aussi ce qu'elle engendre sur le rythme de vie de la personne malade et sur son sommeil.

### *1.1.2 Le Sommeil chez les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer*

Chez la personne souffrant de maladie d'Alzheimer, les troubles du comportement nocturne et du sommeil s'associent aux altérations cognitives et fonctionnelles et contribuent à précipiter l'institutionnalisation.

Il s'agit surtout de réveils multiples, d'agitations et de déambulations. Ces phénomènes contribuent à l'utilisation élevée de psychotropes sédatifs chez ces personnes.

Mais leur traitement médicamenteux est souvent décevant : plus de 70 % des insomnies chroniques du sujet âgé sont peu sensibles aux hypnotiques classiques, et les benzodiazépines comme les molécules anticholinergiques peuvent aggraver les troubles de la mémoire, diminuer la vigilance diurne et augmenter le risque de chutes.

La désynchronisation du sommeil est complexe. Alors que l'âge entraîne en général une avance de phase, un besoin de dormir plus tôt, les résidents atteints de M.A à un stade avancé présentent une inversion de phase avec éveil, voire agitation nocturne, associés à un ralentissement psychomoteur et une somnolence diurnes.

Les horaires de la vie quotidienne devraient tenir compte de ce retard de phase et on pourrait se poser les questions suivantes :

Quelles sont les conséquences d'une nuit non maîtrisée pour la qualité de vie de la personne?

Comment l'entrée en institution peut répondre à cette problématique ?

## *1.2 Un contexte caractéristique de l'institution*

### *1.2.1 L'impact de l'environnement sur la qualité de vie la nuit*

La problématique est de savoir comment un établissement peut rendre les lieux plus agréables et rassurants pour ce type de public.

Les professionnelles que j'ai pu interroger lors de mon stage rappellent l'importance de plusieurs éléments : Une présence humaine repérable qui rassure, le rôle de la lumière et l'intérêt des collations pour calmer une petite faim...

*« Si une personne ne veut pas dormir ou est agitée, on lui propose en premier lieu une tisane et si vraiment elle ne ressent pas l'envie de se coucher, on lui propose de s'installer dans un fauteuil au salon avec une lumière pas trop forte, cela la calme et elle peut nous voir lorsque l'on sort des autres chambres...le salon étant au centre de toutes les chambres. Je pense que ce moyen peut être rassurant pour la personne car elle voit qu'il y a un quelqu'un la nuit et qu'elle n'est pas seule... » (AS de nuit, 45 ans)*

En effet, la nuit, l'environnement sensoriel change pour une personne atteinte de maladie d'Alzheimer. Pénombre, obscurité, silence et solitude génèrent une perte de stimulations sensorielles pouvant, lors des réveils, angoisser le malade et le faire déambuler voire chuter.

La quantité et la qualité du sommeil diurne et nocturne ont un impact direct sur la qualité de vie et notamment celle des personnes atteintes de la MA.

Il ne s'agit pas de dormir plus longtemps mais de favoriser le sommeil dans des conditions respectant les besoins et le rythme des personnes âgées.

Plusieurs solutions existent pour diminuer les troubles du sommeil chez les personnes atteintes de MA, telles que l'activité physique, la chronothérapie<sup>10</sup>, la balnéothérapie ou encore les thérapeutiques médicamenteuses.

Mais avant de mettre en œuvre ces moyens, parfois couteux, il est important d'apprécier l'environnement dans lequel sont accueillies des personnes atteintes de MA institutionnalisées, en tenant compte de la présence de personnels de nuit, de leur formation à l'accompagnement des résidents et enfin de paramètres environnementaux tels que la lumière, le bruit et un aménagement adapté pour favoriser leur orientation.

Si l'environnement joue son importance, qu'en est-il pour les rythmes imposés par l'institution et les pratiques médicales parfois très marquées ?

### *1.2.2 Un rythme institutionnel marqué et des pratiques institutionnelles ancrées...*

*« Travailler sur la tolérance des symptômes et l'acceptation du risque est primordial pour tous les médecins intervenants dans la structure mais ce travail ne se fait pas sans l'aide des professionnels du terrain et des familles » (Médecin coordonnateur de la Résidence Les S...).*

Cette remarque, très pertinente, doit pouvoir faire écho à toutes les personnes qui gravitent autour du résident (familles, équipes, médecins...). Accepter la chute par exemple pour une personne présentant des troubles cognitifs et déambulant peut permettre d'éviter une angoisse et/ou une agitation liées à une éventuelle contention.

Il n'est pas rare d'observer des couchers de personnes institutionnalisées à des horaires oscillant entre 19h30 et 21h15, été comme hiver dans beaucoup d'établissements. Ces horaires marquent la fin de l'activité de jour...

Or s'endormir à 21 heures signifie, dans le cas d'une personne âgée un réveil aux alentours de 3 ou 4 heures du matin. Puis, ne sachant que faire, une errance, que l'on qualifie à tort de « déambulation » s'installe dans l'attente que l'activité reprenne.

---

<sup>10</sup> La chronothérapie est une discipline qui étudie l'administration de médicaments selon les rythmes biologiques afin d'améliorer leur efficacité et de minimiser les effets secondaires indésirables.

Ce rythme institutionnel est une réalité qui se manifeste non seulement sur mon lieu de travail mais aussi dans beaucoup d'autres établissements accueillant des personnes âgées dites en perte d'autonomie ou présentant des troubles cognitifs. Mais que fait-on pour y remédier ?

Les problèmes de sommeil soulevés par l'équipe de nuit sont souvent traités par le personnel de jour qui après plusieurs constats d'errance pour certains résidents, interpellent le médecin traitant.

Ce dernier prescrira des somnifères ou des neuroleptiques afin de permettre aux résidents de « mieux dormir la nuit » mais quel en sera l'impact sur la qualité de vie du résident ?

En effet, on observe très souvent des pratiques médicales palliant ces manques de sommeil et par conséquent les troubles psychologiques et comportementaux qu'ils peuvent engendrer et auxquels sont confrontées les institutions.

Les pratiques soignantes et les médications peuvent avoir des effets négatifs, voire iatrogènes, sur les résidents alors qu'en réalité elles sont destinées en première intention à améliorer la qualité de vie et amoindrir les troubles du sommeil. Effectivement, on retrouve fréquemment un ralentissement psychomoteur, une somnolence diurne excessive ou encore des troubles de l'équilibre engendrant un risque de chute suite à ces pratiques récurrentes.

Les constats que j'ai pu observer lors de mon stage ou sur mon lieu de travail quant aux conditions d'accompagnement de nuit sont « troublants » tant ils reflètent la réalité du terrain dans sa logique institutionnelle et organisationnelle.

En effet, il n'est pas rare de rencontrer des contentions physiques (barrières), ou chimiques (somnifères, anxiolytique).

La pratique de ces mesures dans des conditions exceptionnelles (sur prescription médicale motivée toutes les 24 heures) peut être acceptable dans la mesure où elle protège la personne à laquelle elle est destinée mais chacun sait que si l'équipe ne se remet pas régulièrement en question quant aux contentions en général, ces dernières ont peu de chances d'être réévaluées toutes les 24h par les médecins traitants.

La pérennisation de ces contentions est symptomatique d'un dysfonctionnement des conditions d'accueil dans de nombreux établissements.

Ne nous leurrions pas sur l'origine de ces pratiques, car ni les équipes ni les institutions ne cherchent sciemment à nuire aux personnes qu'elles accompagnent.

En revanche, la combinaison d'éléments provenant de l'institution, des professionnels, des familles de résidents, des recommandations des autorités sanitaires et sociales est à l'origine de certains de ces débordements : Une peur irraisonnée de l'accident, une sécurisation des personnes accompagnées, une médicalisation parfois injustifiée, un manque de personnel, un épuisement professionnel, une responsabilité lourde des

directeurs, une exigence trop prononcée des familles envers l'institution et les services qu'elle propose.

Toutes ces raisons sont compréhensibles, mais on se rend compte qu'il suffit parfois de peu pour améliorer l'accompagnement des personnes atteintes de MA et plus particulièrement la nuit.

La nuit pose, de fait, des défis quotidiens aux professionnels. Nous allons à présent observer la pratique quotidienne de ces professionnels la nuit et voir la spécificité de leur travail.

### *1.2.3 Le travail de nuit et ses représentations*

L'accompagnement des résidents atteints de la MA est particulièrement difficile et délicat pour les soignants qui doivent se montrer rassurants, faire preuve de patience et d'écoute.

Il s'agit pour les professionnels de nuit d'observer attentivement les situations rencontrées pour essayer de comprendre ce que la personne cherche à exprimer.

Ensuite, ils doivent respecter les rythmes, les choix et les souhaits de chaque individu.

Il est bien sûr indispensable en tant que future directrice de soutenir l'équipe de nuit, car elle travaille souvent en effectif réduit, et de promouvoir le travail en commun, entre professionnels de jour et de nuit, afin que chacun se sente concerné et que le sentiment d'appartenance à l'équipe des soignants soit garanti.

Ce sont finalement tous ces aspects qui conditionnent un accompagnement de qualité, réellement « centrés sur la personne », favorisant une bonne nuit.

La nuit est également porteuse d'un contexte particulier pour les professionnels, en établissement qui sont, eux aussi, confrontés à la solitude, à l'isolement et à des situations angoissantes.

Dans les EHPAD, malgré les évolutions des pratiques, les spécificités du travail de nuit sont encore très peu présentes dans les projets d'établissements. Il n'est pas rare que le terme « veilleur de nuit » persiste, alors que le jour, on parle de soignants.

La symbolique des mots est toujours très parlante, et le maintien de cette dénomination pour une fonction aussi importante témoigne d'une dévalorisation du travail de nuit ou d'un manque de reconnaissance.

Face à de tels constats, que dit la réglementation et que préconisent les pouvoirs publics sur les bonnes pratiques.

### 1.3 Les Droits des usagers et les Recommandations des Bonnes Pratiques professionnelles

#### 1.3.1 La Réglementation en faveur des Droits des usagers

Dans le champ social et médico-social, la loi du 2 janvier 2002<sup>11</sup> réaffirme les missions et les valeurs devant guider l'action de ce secteur. Ont été ainsi définis sept droits fondamentaux dont peut se prévaloir chaque usager bénéficiant d'une prestation. Parmi eux, citons le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité ou encore la confidentialité des données sur la personne, ou le droit à une prise en charge individualisée.

Parallèlement, la loi a créé sept outils permettant de garantir la mise en œuvre effective de ces droits. Rappelons notamment l'obligation pour l'établissement de délivrer un livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie ou celle d'élaborer un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge.

Si l'ensemble de ces réformes législatives constitue de réelles avancées en faveur du respect des droits des personnes accueillies au sein d'établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, rappelons que la maladie d'Alzheimer, singulière et imprévisible, vient interroger ces lois, ces droits et ces principes.

*« En pratique, leur mise en œuvre soulève des questions éthiques et juridiques pour lesquelles il est difficile d'apporter une réponse globale et unique. Une réflexion pluridisciplinaire sur ces problématiques ainsi qu'une sensibilisation des professionnels concernés restent nécessaires pour favoriser l'effectivité des droits et libertés de nos aînés les plus vulnérables<sup>12</sup>. »*

Si la réglementation est très claire sur le respect des droits constitutionnels, que disent les pouvoirs publics en matière de bonnes pratiques dans l'application de la loi ?

#### 1.3.2 Les Recommandations de Bonnes pratiques<sup>13</sup>

L'objectif de la recommandation est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des résidents en leur offrant la possibilité de maintenir ou de renouer leurs relations sociales antérieures et d'en créer d'autres, tant au sein de l'établissement qu'à l'extérieur.

Les troubles du sommeil sont une des causes d'entrée en EHPAD et les insomnies sont fréquentes parmi les résidents. Ainsi, les résidents sont nombreux à ne pas s'endormir au moment du coucher et à se réveiller peu avant le petit déjeuner.

---

<sup>11</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>12</sup> Novella J.L., Sanchez S., Palermi F., 2011, Droits des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer, La revue du Praticien, Paris, vol. LXI, n°7, pp. 912-956.

<sup>13</sup> Selon l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) Qualité de vie en Ehpads (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpads

Plusieurs explications sont possibles pour ces résidents ne dormant pas ou peu. Les habitudes de vies antérieures jouent sur l'heure du coucher. Un nombre important de résidents ayant pu travailler toute leur vie de nuit, ont pris l'habitude de vivre en horaires décalés et le rythme de vie de l'EHPAD n'est pas adapté.

Certaines pathologies ou handicaps peuvent également être sources d'insomnies. Le stress, l'anxiété, le deuil ou la dépression sont également des causes d'un mauvais sommeil.

Enfin, un certain nombre de résidents désorientés ont une inversion du cycle nyctéméral et peuvent être amenés à déambuler au cours de la nuit.

Ainsi, il se développe toute une vie au sein des EHPAD durant la nuit. Ce temps de la vie sociale est traité de façon très hétérogène en fonction des EHPAD. Dans la plupart des établissements, le personnel est très réduit et ne se compose que d'une à deux personnes, souvent AMP ou AS. La spécificité de l'équipe de nuit a pendant longtemps été assez peu prise en compte au sein des EHPAD.

Une évolution existe maintenant, les organismes de formation spécialisés étant de plus en plus nombreux à proposer des formations spécifiques sur le travail de nuit en EHPAD.

Cependant, certains ont développé des initiatives intéressantes qui permettent de favoriser une véritable vie sociale la nuit pour les résidents qui ne dorment pas comme par exemple la mise à disposition d'un espace collectif ouvert et animé la nuit (jeux, télévision...), le personnel qui propose une collation ou une boisson chaude, permettent de poursuivre la vie durant la nuit.

Si cette question de la vie sociale la nuit se pose dans l'ensemble des EHPAD, elle est encore plus cruciale au sein des unités spécifiques de résidents atteints de pathologies de type Alzheimer. En effet, ils peuvent être amenés à déambuler pendant la nuit, être perdus, voire perturber le calme nécessaire aux autres résidents par des cris ou des intrusions intempestives dans les chambres.

Les recommandations de l'ANESM sont opposables aux établissements médico-sociaux dans la mesure où l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements s'effectue notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Il est donc primordial de suivre ces recommandations pour l'établissement afin de garantir une qualité de vie du résident institutionnalisé.

Pour conclure cette première partie qui propose un état des lieux et des enjeux de notre problématique, il en ressort qu'en institution, les nuits peuvent paraître longues pour les personnes accueillies et qu'il est nécessaire de penser le travail soignant la nuit et de l'articuler avec les soins et l'activité sociale diurnes.

## 2. Comment répondre aux besoins et attentes des résidents atteints de démence de type d'Alzheimer la nuit ?

*« Quels que soient les épisodes de l'existence qu'il revit, le malade perçoit des émotions qu'il ne sait plus exprimer, ce qui le plonge dans l'angoisse. Seul un environnement rassurant familial, peut alors, l'apaiser. »<sup>14</sup>*

### 2.1 La nuit en EHPAD, mes constats...

Je travaille dans un EHPAD de 62 résidents dont 8 d'entre eux, sont placés dans une unité sécurisée appelée UHPAD<sup>15</sup>. Ces personnes sont toutes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et représentent un danger pour eux-mêmes. Le principal critère d'entrée dans cette unité est la déambulation engendrant un risque de fugue important et un épuisement de l'aidant. Dans cette petite unité de 8 résidents, deux professionnelles, une Aide Médico-Psychologique (AMP) et une Assistante Soins en Gériatrie (ASG) accompagnent quotidiennement les personnes de 7h30 à 20h30. Après 20h30, deux agents de nuit, une Aide -Soignante(AS) et un Agent des Services Hospitaliers Qualifiés (ASHQ) prennent le relais de la journée pour l'EHPAD soit 62 résidents dont les 8 personnes relevant de l'unité sécurisée.

L'accompagnement nocturne en UHPAD est très dépendant de l'état de santé et des troubles comportementaux des personnes. Une nuit peut être calme et le lendemain le contraire. Ces personnes ont parfois des troubles du sommeil associés, ce qui rend la prise en charge complexe et difficile aux regards des personnes présentes et des moyens alloués. Suite à ma nuit d'observation, j'ai pu constater que les résidents se retrouvaient seuls durant plusieurs heures malgré des détecteurs de mouvements qui alertent les agents sur leur téléphone mais ces dernières ne peuvent pas être présentes en même temps sur l'unité sécurisée et répondre aux sonnettes et aux imprévus sur l'ensemble de l'établissement. Les besoins sont priorités et traités en fonction des demandes. Mes observations sont les suivantes : Angoisses, chutes, énervements, violences peuvent survenir à tous moments. En effet, le temps que j'ai passé seule en début de nuit (environ 2 heures) dans l'unité m'a permis d'éviter une chute (escalade d'un petit muret pour accéder à la cuisine) et de réassurer un résident car il ne trouvait personne pour « rentrer chez lui... » Depuis, la cuisine reste ouverte. Les professionnels ont rangés la vaisselle dans les placards fermés à clé. Le risque de chute à cet endroit est donc plus limité.

---

<sup>14</sup> Linda Benattar, gériatre, Directrice Médicale du Groupe Opéra et co-auteure avec le psychiatre Patrick Lemoine de « La vie Alzheimer » (éd Armand Colin)

<sup>15</sup> Unité d'Hébergement pour Personnes Agées Désorientées

Mon stage s'est déroulé dans un EHPAD accueillant 64 résidents relevant d'hébergement dit classique + 2 résidents d'hébergement temporaire destinés à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées + 6 places d'accueil de jour au sein de l'unité de vie pour personnes désorientées. Le PASA nommé aussi L'ESCALE dans la structure qui a été labellisé en 2011, permet d'accueillir jusqu'à 14 résidents désorientés, de 10h jusqu'au coucher. Il n'y a pas d'UHPAD. La journée de 10h00 à 19h, les résidents nécessitant un accompagnement particulier sont pris en charge par le personnel du PASA soit 2 ASG voire 3 à certains moments. Le soir, les résidents sont accompagnés pour le coucher par l'équipe du PASA après le diner vers 19h et sont ensuite confiés sous la bienveillance d'une AS de nuit à partir de 21h. L'accompagnement des couchers pour les résidents du PASA dans leur chambre nécessite de les laisser seuls dans le PASA sans présence professionnelle pendant plusieurs minutes (jusqu'à 20 minutes durant mon stage). En revanche, la nuit, les constats sont différents : angoisses, chutes, énervements, violences sont plus rares car les résidents pour la plupart dorment. Est-ce l'effet PASA ?

J'ai pu effectuer 3 nuits avec 2 AS différentes et mes observations durant ces 3 nuits sont quasi identiques...Les personnes qui se lèvent régulièrement sont ciblées et couchées plus tard par l'agent de nuit.

*« Les nuits sont calmes en ce moment, en revanche, nous avons eu récemment une personne présentant des troubles cognitifs importants qui se levait toutes les nuits, criait, voulait rentrer chez elle à tout prix...Elle nous prenait beaucoup de temps et d'énergie...Nous avons demandé à la direction de trouver une solution en urgence. Cette dernière nous a écouté et a rajouté du personnel supplémentaire la nuit pendant toute cette période. Cela nous a soulagées et nous pouvions nous occuper des autres résidents plus aisément... »* Me dit une AS qui travaille de nuit.

Les nuits ne se ressemblent pas. Une nuit peut être calme et la suivante agitée. Les équipes de nuit, plus autonomes, doivent s'adapter à toutes les situations rencontrées et réussir à trouver des solutions avec les équipes de jour et l'encadrement afin que les situations « compliquées » ne perdurent pas.

Sur les deux structures, les constats sont plus ou moins identiques : La nuit, les résidents ayant le plus de besoin d'accompagnement ou de présence malgré la bienveillance des agents de nuits, sont quelquefois « livrés » à eux-mêmes entre deux passages.

Il existe un danger pour eux mais aussi pour les autres qu'il ne faut pas oublier ou négliger ...mais comment y remédier et particulièrement en unité sécurisée type UHPAD où les stades de la maladie type Alzheimer sont plus avancés ?

## *2.2 Un accompagnement nocturne réfléchi et pensé*

« Sécuriser l'environnement (lit Alzheimer), organisé « un casse-croute » en soirée, des activités calmes, pièce de repos sur le modèle SNOZELEN ou équivalent pour apaiser: lumière tamisée, musique douce... » Déclare le médecin coordonnateur de la Résidence Les S... lors de notre entretien. « Les personnes présentant des troubles cognitifs et n'ayant pas d'unité d'hébergement dédiée sont plus ou moins livrées à eux-mêmes la nuit. Mais des solutions simples existent... » C'est ce que le médecin de la structure essaie de faire comprendre aux équipes.

L'accompagnement de nuit nécessite l'intervention quotidienne du personnel présent dans l'EHPAD. Les problématiques principales de l'accompagnement de nuit concernent les activités nocturnes et les couchers. Afin de respecter les rythmes des résidents, il est intéressant de les laisser se coucher à l'heure qu'ils souhaitent ou lorsqu'ils présentent des signes de fatigue évidents. Lorsqu'un résident se lève la nuit, l'équipe de nuit cherche d'abord à comprendre la cause du réveil afin de pouvoir répondre à ces besoins et éventuellement le rassurer avant de le raccompagner dans sa chambre. Régulièrement, des collations, sont laissées dans le frigo de l'UHPAD pour la nuit. Les agents disent clairement qu'elles passent plus de temps dans l'unité qu'à l'EHPAD la nuit car les besoins et attentes de ce public ne sont pas les mêmes que dans un EHPAD dit classique. Chaque nuit est différente, quelquefois, elles allumeront la TV pour une ou deux personnes et d'autres fois s'assiéront avec une autre pour la rassurer et lui proposer une tisane et un petit gâteau.

Mais l'accompagnement ne peut-il pas être davantage personnalisé ?

### *2.2.1 Un accompagnement personnalisé la nuit, c'est possible...Exemple d'un EHPAD de proximité.*

Au sein de l'Unité de vie X qui désigne, pour l'établissement, un service situé en rez-de-jardin où vivent vingt-deux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, l'équipe pluridisciplinaire de « soignants » se demandait ce qui pouvait bien se passer la nuit pour que certains résidents soient aussi fatigués, aussi endormis ou agressifs dans la journée.

Une aide-soignante et une auxiliaire de vie (de jour) ont volontairement demandé à travailler de nuit pour observer ce qui se vivait. La Direction n'ayant pas de postes supplémentaires, l'équipe a fait le choix de se réorganiser de jour, avec deux personnes en moins, pour pouvoir mener à bien l'enquête.

Ainsi, parmi les cinq résidents qui étaient très actifs la nuit, elles ont pu constater que :

– deux d'entre eux étaient rassurés par la seule présence permanente d'un soignant dans l'Unité et allaient se recoucher ;

– trois autres s'activaient beaucoup, durant une très grande partie de la nuit, vidant armoires et placards, réveillant les voisins, se promenant...

Les nouveaux agents de nuit ont alors cherché à occuper ces résidents avec des animations collectives qui n'ont rien donné. Les différents essais furent infructueux.

Se pose donc la question de la personnalisation de l'accompagnement la nuit.

En recherchant dans « les histoires de vie » que le personnel écrivait à l'entrée du résident et qu'il complétait au fil du temps grâce aux observations et aux informations obtenues auprès des proches, le personnel a pu remarquer que les trois personnes actives la nuit avaient, dans leur vie professionnelle, suivi un rythme différent, puisque toutes les trois, avaient travaillé de nuit.

Ainsi rencontrait-on : un boulanger, une infirmière hospitalière de nuit, une ouvrière de l'industrie textile qui avait travaillé en trois-huit.

Le boulanger appréciait d'avoir de la compagnie pour discuter de tout et de rien, de son pain, et surtout pour « casser la croûte » avec quelqu'un en partageant une tranche de jambon, un bout de fromage, un bout de pain bien sûr, et un verre de vin.

L'infirmière était une cinéphile avertie. Alors l'équipe a recherché de vieux films avec l'aide d'une de ses filles et a constaté qu'en visionnant ces films, elle parlait, avec « la nouvelle veilleuse », des films et des souvenirs qui y étaient liés. Or habituellement, elle parlait peu, voire plus du tout. Elle allait ensuite se coucher spontanément, vers trois heures du matin.

L'ouvrière du textile avait un attrait particulier pour le tissu, « les chiffons ». L'équipe en question est allée chercher en lingerie un chariot de linge plat à plier et a initié le pliage avec elle ; cette activité l'intéressa.

Le personnel a pu constater avec quelle minutie et quelle application elle confectionnait les piles de linge jusqu'à épuisement du stock, puis partait se coucher, apparemment satisfaite du travail accompli...

Depuis six ans, d'autres situations se sont présentées, et chaque fois il a fallu s'adapter, trouver la clé et créer du « sur mesure ».

Les « nouvelles veilleuses » sont devenues les « animatrices de nuit ». Elles ont demeurées en service de nuit dans l'Unité de vie et personne aujourd'hui n'envisage de fonctionner autrement, malgré que l'établissement n'ait pas obtenu de postes supplémentaires pour le jour.

L'organisation a dû s'adapter. Des plateaux repas sont laissés, par le service de restauration, dans les réfrigérateurs, pour les fringales de nuit, dans cette Unité, mais également dans les trois autres services. Deux autres « veilleuses » circulent dans l'établissement pour les soixante-six autres résidents de l'EHPAD.

L'établissement a accueilli, voilà un an déjà, une nouvelle coéquipière, un labrador, âgée de trois ans, réformée des chiens d'aveugle en raison d'une claudication. Elle est devenue chien d'accompagnement social dans l'établissement. Elle a spontanément choisi ses secteurs d'activité : l'Unité de vie et l'accueil de jour réservés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Elle fait les « tournées de nuit » avec l'animatrice de nuit, devenue sa maîtresse, et lorsque cette dernière est de repos, elle vient rendre visite aux personnes présentes à l'accueil de jour. Sa présence rassure et apaise les résidents, qui jouent aussi avec elle. Elle pallie l'absence de leur animal de compagnie et reste leur interlocutrice privilégiée, car elle est la seule avec qui ils parlent...

Il faut des « révolutions » dans certaines institutions et des « évolutions » dans d'autres, pour arriver à organiser le travail des soignants pour et autour des besoins des résidents : Il est difficile de retarder le repas du soir entre 19 h 00 et 20 h 00... Il est difficile d'accepter que des agents de nuit puissent faire des couchers pour respecter les rythmes des résidents... Il est difficile de faire admettre que des agents de nuit puissent faire des toilettes aux personnes qui sont réveillées très tôt ou puissent leur donner leur petit déjeuner...

Ces obstacles tiennent aux nécessités de la vie familiale des soignants certes, mais surtout aux habitudes ancrées dans les pratiques professionnelles.

Il est de notre devoir en tant que directrice de rappeler aux soignants qu'ils ne sont pas que des exécutants, qu'ils doivent sans cesse réévaluer leurs pratiques et ne pas les systématiser, pour répondre au mieux aux besoins de chaque résident.

Il est donc essentiel de comprendre et d'évaluer les besoins de la personne pour adapté notre accompagnement...

Ma problématique de départ faisant suite à une difficulté de prise en charge la nuit pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sur mon lieu de travail, m'a amené à aller observer dans un autre établissement accueillant ce type de public mais possédant un PASA.

## *2.3 Exemple de La Résidence Les S...*

### *2.3.1 Contexte et environnement*

La Résidence Les S... est implantée au cœur du bourg de St..., commune de près de 3000 habitants, située à une vingtaine de kilomètres de Cholet, et à 40 kilomètres de Nantes. La résidence est bâtie sur un terrain arboré de 9291 m<sup>2</sup>.

L'établissement a été restructuré en totalité en 2002, puis étendu dernièrement pour la restructuration du PASA en 2012. L'EHPAD accueille à ce jour 64 résidents.

En 2012, l'enjeu principal de l'établissement était de répondre à l'évolution des besoins en gérontologie sur le territoire, grâce à la création d'une plateforme complète d'accompagnement proposant des formes d'accueil n'existant pas actuellement sur le territoire.

### *2.3.2 Le PASA : Une alternative pour la journée qui favorise une bonne nuit...*

Dans le cadre institutionnel, l'Etat a pris des mesures pour soutenir les aidants familiaux<sup>16</sup>. Les EHPAD ont accueilli les nouveaux pôles d'activités et de soins adaptés. Ils sont destinés aux malades dont les troubles du comportement sont modérés, et qui sont séparés des autres résidents pendant la journée pour profiter d'activités thérapeutiques et sociales spécifiques.

Le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés appelé L'Escale permet d'accueillir dans la journée les résidents de l'EHPAD (12 à 14 personnes) ayant des troubles du comportement modérés.

A l'Escale, les ASG encouragent toutes les occasions permettant aux résidents de se dépenser durant la journée comme aller se promener, profiter des parcs et jardins ou faire les courses pour la préparation d'un gâteau, et de ressentir, le soir venu, une fatigue saine et naturelle : « *On essaie de faire au mieux et en fonction de leurs habitudes d'avant. Certaines fois, on ira se promener et d'autres fois on travaillera davantage la mémoire...* » (ASG au PASA depuis son ouverture). C'est ainsi en s'occupant de manière intéressante, au travers d'activités qui font sens pour elles, car choisies en fonction de leurs goûts et préférences, que les personnes malades évitent de sommeiller par ennui en journée, et finalement préparent mieux leur nuit.

### *2.3.3 Des rituels qui rassurent...*

Le personnel de nuit de La Résidence souligne l'importance des rituels propres à chacun. Le respect des rythmes, les gestes et habitudes qui rassurent.

Ceux qui arrivent à s'exprimer, disent clairement qu'ils ont peur de la nuit : « *Je n'aime pas le noir...* » Me dit une résidente quand je lui demande si elle a des angoisses la nuit tombée.

A la question, que faites-vous la nuit pour calmer leurs angoisses ?

Une AS de nuit me répond « *Les rassurer surtout et jamais les mettre en échec, les accompagner du mieux possible* » et une autre me répond : « *On ne les force pas à se coucher, on va s'adapter.* »

Les résidents qui ont pu répondre à mes questions, me disent que le passage de l'agent la nuit les rassure et qu'ils se sentent en sécurité à la Résidence.

---

<sup>16</sup> Mesure 1b du Plan Alzheimer 2008-2012

Les nuits sont calmes à la Résidence. J'ai pu lire les transmissions sur plusieurs nuits et observer pendant 3 nuits les errances, les levers occasionnels ou les demandes récurrentes des résidents. Rien ne m'a semblé insurmontable ou ingérable pour l'AS seule avec la lingère. En revanche, le personnel de nuit est unanime, elles aimeraient être deux soignantes la nuit car toutes les nuits ne se ressemblent pas.

Mais finalement, elles y arrivent très bien comme ça :

*« Quand on est veilleuse, on s'approprie la maison, je fais comme si j'étais chez moi. Je vérifie les portes si elles sont fermées à clés et vais voir les personnes pour leur souhaiter une bonne nuit. On a bien du ménage mais on privilégie le confort et les demandes des résidents pour que la nuit se passe bien »* me dit une AS de nuit depuis plusieurs années à la Résidence.

Cette façon de penser n'est-elle pas la clé de nos interrogations ? Faire de la personnalisation dans du collectif autant au niveau des professionnels que des résidents. L'esprit « Carpe Diem » s'en inspire depuis des années depuis la création par Nicole Poirier au Québec de la première maison « Carpe Diem » destinée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il est donc important de s'interroger sur les besoins et attentes de chaque personne et sur les habitudes de chacun.

Tous ces gestes qui peuvent paraître anodins pour nous, sont indispensables, rassurants et réconfortants pour la personne.

De plus, il est prévu d'optimiser l'architecture par la création de petites unités familiales disposant chacune de lieux collectifs chaleureux.

Par son organisation des locaux, ce projet contribuera à faire cohabiter harmonieusement dans la même résidence des personnes dépendantes et d'autres qui le sont moins, des personnes désorientées et des personnes qui ne le sont pas.

Les constats observés durant mon stage et sur mon lieu de travail m'amènent à la question des leviers d'optimisation ou d'amélioration possible pour un accompagnement nocturne de qualité en institution.

Ainsi, des propositions peuvent être mises en avant en tenant compte du contexte architectural et de l'accompagnement à envisager la nuit.

L'idée d'un accompagnement de nuit personnalisé est rendu possible par l'exemple d'un EHPAD.

### 3. Des leviers d'optimisation possible dans l'accompagnement de nuit

Pour chacun d'entre nous, la maison est une référence essentielle, dans la mesure où nous la considérons comme un abri où l'on est maître chez soi.

Or, une personne atteinte de troubles cognitifs a besoin plus que n'importe qui d'un environnement qui lui soit familier, qui lui rappelle ce qu'elle a connu, et ceci à deux conditions : d'une part, que ses droits fondamentaux soient respectés par son environnement familial et professionnel, d'autre part que ceux qui l'accompagnent respectent sa propre façon d'habiter les lieux.

#### *3.1 Une conception institutionnelle « enveloppante »*

Quatre murs ne suffisent pas à créer un lieu de vie confortable et rassurant. Effectivement, il est important de considérer plusieurs aspects : Son apparence, son usage, sa configuration, son mobilier et son ambiance.

Autant d'éléments qui contribueront à rassurer la personne et lui permettront d'y évoluer de façon autonome. Ces éléments doivent participer à l'orientation dans l'espace et dans le temps.

Depuis sa création, la Fondation Médéric Alzheimer a la conviction qu'il est fondamental, pour la qualité de vie des personnes malades et de ceux qui les entourent, de développer des actions qui créent un environnement favorable pour préserver et respecter l'autonomie des personnes atteintes de troubles cognitifs et favoriser leur choix de vie.

Le programme Eval'zheimer accompagne des équipes sur des projets visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer institutionnalisées par l'adaptation de l'environnement architectural et la sensibilisation des équipes à l'accompagnement de ce type de public.

L'objectif phare de ce programme est de restituer des moments forts de la vie « domestique » afin de donner un cadre familier et de former les professionnels pour adapter l'accompagnement à cet environnement.

C'est donc toute l'architecture qui doit être mobilisée pour élaborer des bâtiments facilitant le travail des soignants et améliorer la qualité de vie des résidents même très dépendants en préservant la moindre parcelle d'autonomie et de vie sociale.

Une bonne conception des lieux peut favoriser l'autonomie. A l'inverse, un environnement non adapté peut accentuer la dépendance et devenir un véritable obstacle à la qualité de la prise en soin.

En France, la plupart des unités Alzheimer sont fermées (digicode...).

Au Danemark, cela est interdit. Certaines équipes françaises se sont inspirées du modèle danois et montrent que la question des fugues et de la sécurité des résidents peut se régler autrement que par « l'enfermement ». En effet, depuis le début des années 80, le

Danemark a pris un tournant dans sa politique en privilégiant l'autonomie, le libre choix des personnes et la continuité des soins. En pratique cela signifie que quel que soit le niveau de « fragilité » des personnes, on leur reconnaît le droit de prendre en main leur propre vie. L'avantage de cette politique est à la fois social et financier : plus longtemps les personnes restent actives, meilleure est leur qualité de vie et moins elles ont besoin de soins et de prise en charge. La construction de maisons de retraite a donc laissé place à celle de logements alternatifs destinés à ceux qui ne peuvent plus rester chez eux mais n'ont pas forcément besoin de soins ou d'une présence constante<sup>17</sup>.

Au Québec, l'approche Carpe Diem vise à offrir aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leur famille une alternative à l'institution mais également une alternative à la conception traditionnelle de l'accompagnement et des services<sup>18</sup>. Par exemple, le personnel de nuit est habillé en tenue type pyjama. Ce qui induira aux résidents un repère dans sa journée et ainsi facilitera le coucher.

L'UHPAD sur mon lieu de travail est sécurisée par un digicode...

Il n'existe pas de réel espace de déambulation. La conception architecturale n'a pas été assez anticipée et réfléchi pour répondre aux besoins de ce type de public de jour comme de nuit. Malgré tout, elle est aménagée de façon à retrouver un lieu de vie collectif qui sert aux activités et aux repas de la journée. Jouxant ce lieu de vie, se trouve une petite pièce qui pourrait servir à accueillir un résident la nuit, perdu, angoissé, en l'aménageant afin de créer une atmosphère « contenante ».

Ainsi les membres du personnel pourraient facilement orienter les résidents vers cet endroit lorsqu'ils l'estimeraient nécessaire et ne seraient pas étonnés d'y retrouver un résident le matin.

Cette proposition a été soumise à la direction et aux membres de l'UHPAD qui approuvent l'idée.

La pièce sera aménagée très prochainement par l'équipe de façon à retrouver une atmosphère apaisante et réconfortante la nuit en réfléchissant au mobilier et à une décoration adaptés.

Le cadre institutionnel peut, dans certaines conditions, favoriser l'accompagnement des personnes atteintes de la MA, dans le respect de ce qu'elles sont, mais il ne peut se réduire qu'à ses aspects techniques et architecturaux ...

### *3.2 Penser l'organisation de nuit autrement : Quelques pistes...*

---

<sup>17</sup> Source Actu Soins du 22/05/2013

<sup>18</sup> Nicole Poirier, l'approche Carpe Diem

### 3.2.1 Une organisation adaptée la nuit

Il est facile de faire des propositions, plus difficile de les mettre en place.

La vocation hôtelière des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, traîne encore derrière elle quelques mauvaises habitudes et comportements toujours bien ancrés dans les esprits.

Les autorités de tutelle en instituant un ratio minimum de personnel par résident, ne semblent pas s'inquiéter de l'organisation du travail de nuit.

En laissant au projet d'établissement toute latitude, pour cette organisation, elles paraissent adhérer à cette idée que l'équipe de nuit effectue une sorte de permanence dont la seule fonction serait la présence dans l'établissement.

En effet, je prends comme exemples mon lieu de travail et mon lieu de stage durant la nuit : Pour 62 résidents (dont 8 en UHPAD) on retrouve la présence de 2 soignants dont une AS et pour 64 résidents, on retrouve la présence d'une AS et d'une lingère.

Est-ce suffisant ? Cohérent ? Peut-être ? Peut-être pas ?

Le rôle du directeur aujourd'hui est de pouvoir s'interroger et travailler avec ses équipes sur des alternatives permettant d'offrir aux personnes institutionnalisées un accompagnement digne et de qualité de jour comme de nuit.

*« La nuit est un réel problème de prise en charge. Les nuits sont toutes différentes... Les problèmes rencontrés la nuit sont plutôt rares mais quand cela arrive, tout est bouleversé. Le personnel est réduit et malgré tout elles ne se plaignent pas ou rarement... »* Déclare la directrice de l'EHPAD des S... lors de mon stage. La première idée qui me vient à l'esprit serait de se dire qu'il est souhaitable d'augmenter les effectifs de l'équipe de nuit. Mais qui, allons-nous inviter à se joindre à cette équipe ? Il est évident que même si tous les incidents du jour peuvent se produire la nuit, leur fréquence est éminemment moindre. D'autre part sur le plan budgétaire, il est impensable d'avoir autant de personnel la nuit que le jour. Enfin, on peut se dire qu'il s'en suivrait des nuisances sonores peu propices à l'endormissement et à un sommeil de qualité.

Mais en qualité de future directrice, cela m'amène à penser à une autre organisation qui consisterait à compléter l'équipe de nuit d'un membre de l'équipe de jour, qui apporterait soutien et information, en faisant le lien avec le reste de l'équipe soignante.

Cependant, on peut aussi proposer que tous les membres du personnel de jour viennent régulièrement passer tout ou seulement une partie de la nuit moyennant une indemnité forfaitaire de nuit.

Le bénéfice en serait tout autant pour l'équipe que pour les résidents. L'animatrice en profiterait pour organiser des veillées, la psychologue apporterait son aide à l'équipe et pourrait éclairer certains comportements de résidents, l'infirmière apporterait quant à elle

son savoir technique et une aide aux soins, l'infirmière coordonnatrice leur permettrait de prendre conscience de l'importance de ce travail de nuit, et le cuisinier aurait le temps de discuter avec les résidents, de les entendre et de concocter avec eux quelques menus sortant de l'ordinaire.

L'avantage de cette proposition est de désenclaver la nuit, de la réintégrer au même titre que le jour dans le projet de vie du résident, et de faire comprendre à l'équipe de nuit qu'elle y joue un rôle aussi déterminant que l'équipe de jour.

En effet, nous constatons une attention insuffisante aux rituels d'endormissement et aux habitudes nocturnes dans les projets de vie, et plus généralement une mauvaise connaissance de ce qui se passe la nuit en institution.

Ces données apparaissent pourtant fondamentales non seulement pour la qualité de la nuit, mais aussi pour la qualité de la journée qui suivra.

Les comportements troublés sont à analyser sur vingt-quatre heures et non sur douze...

### *3.2.2 Le Projet d'Accompagnement Personnalisé sur 24h*

*« Chaque personne accompagnée à des attentes et des besoins, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet<sup>19</sup> ».*

Le projet d'accompagnement personnalisé permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins et attentes de la personne âgée dans sa dimension psychosociale et médicosociale.

Si la personnalisation de l'accompagnement est une obligation légale, le législateur n'a ni défini une démarche type du projet ni une procédure unique qui s'imposerait à tous. Ainsi, chaque établissement est libre de choisir sa méthode et de mener cette réflexion en fonction de son histoire, de son identité et du type de prestations offertes.

La nuit en structure d'hébergement, il est recommandé de prendre en compte le rythme de sommeil de la personne (respecter l'heure de réveil et d'endormissement), de prévoir une veille pour assurer la sécurité des personnes et surveiller les circulations, rassurer en cas de réveil nocturne.

Dans certains cas, il peut être utile de prévoir un espace d'accueil et d'activités pour la nuit et de prévenir les risques de chute par des mesures adaptées et expliquées à la personne et sa famille<sup>20</sup>.

Parfois, dans nos établissements, nous évoquons des troubles du sommeil ou d'état confusionnel lorsque la personne réclame un petit déjeuner à 4h du matin. Mais peut-être a-t-elle tout simplement suffisamment dormi ?

Pareillement, comment demander à une personne qui se levait tous les matins à 3h00 pour se rendre au travail, d'admettre qu'il faut patienter jusqu'à 8-9 h avant d'être levé ?

---

<sup>19</sup> Selon l'ANESM : *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*

<sup>20</sup> Selon les RBBP de l'ANESM : *Les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-sociaux*

Il n'est pas rare que le personnel de jour veuille mettre absolument les personnes en pyjama pour le coucher alors qu'elles refusent, ou vouloir absolument que la personne s'endorme dans son lit ou encore enlever le dentier le soir pour le nettoyer.

Mieux vaut ne pas insister, proposer plus tard. Il faut toujours rechercher le bénéfice pour la personne avant de vouloir lui imposer quelque chose.

La déambulation sans but est fréquente dans la maladie d'Alzheimer et entraîne un état d'épuisement.

La personne marche pendant des heures et des heures. Elle s'assied deux minutes puis se lève pour marcher à nouveau ; elle fait mine de s'asseoir mais repart aussitôt... L'empêcher de marcher et la contraindre à s'asseoir puis l'attacher entraîne agitation et colère.

Apprendre à changer constitue parfois un véritable travail d'acceptation pour les professionnels.

Aujourd'hui, dans mon établissement, lors des réunions sur les projets d'accompagnement personnalisés, les équipes de nuit sont invitées à se joindre aux professionnels de jour afin que chacun puisse donner son avis et participer à l'élaboration de ces derniers.

Les horaires sont adaptés afin que les équipes de nuit puissent y participer. Les échanges sont intéressants et le regard des différents acteurs sur la prise en charge du résident de jour comme de nuit sont enrichissants et se complètent. Ainsi, nous arrivons à construire un projet personnalisé autour du résident sur 24h.

Les PAP<sup>21</sup> sont plus complexes et compliqués pour les personnes atteintes de la MA. La maladie évoluant rapidement, les projets personnalisés doivent être réévalués régulièrement par les référents.

Afin de se sentir moins démunis et impuissants, les soignants peuvent interroger les proches et la famille du résident sur les habitudes, les activités et la vie d'avant la maladie. Cette étape indispensable aidera le personnel à mieux décrypter les réactions souvent surprenantes des résidents et à y répondre de la façon la plus appropriée.

Une proposition plus classique consisterait à compléter l'équipe de nuit d'une infirmière...

### *3.2.3 Une infirmière de nuit en EHPAD ?*

*« Je pense que les personnes entrent de plus en plus tard en EHPAD et les problèmes médicaux : poly pathologies évoluées et fin de vie requièrent une présence IDE si on veut que ces situations soient correctement accompagnées quand elles se présentent. Heureusement ce n'est pas quotidiennement »* déclare le Médecin coordonnateur de la

---

<sup>21</sup> Projet d'Accompagnement Personnalisé

Résidence. Cette configuration est très rare en EHPAD car les soins infirmiers ne sont pas nombreux la nuit. Son avantage réside dans le fait que la présence d'une infirmière rassure l'équipe et elle permet d'éviter un certain nombre d'hospitalisations liées à des chutes quelquefois sans gravité. Là encore, la pression psychologique endurée par l'équipe de nuit se relâchera du fait que les responsabilités seront partagées et prises par un personnel qualifié.

L'EHPAD n'a pas pour vocation de se transformer en alternative à l'hôpital. Sa mission première est bien l'hébergement au long cours. Cependant, force est de constater que l'âge d'entrée en EHPAD est de plus en plus élevé que du même coup l'état de dépendance est également de plus en plus grand et les poly pathologies de plus en plus lourdes du fait de leur ancienneté. Le vieillissement de la population ainsi que le retardement de l'entrée en EHPAD sous l'effet notamment du prolongement du maintien à domicile, entraîne une augmentation du degré de dépendance des résidents accueillis, évalué par le GMP. En effet, on constate le recul de l'âge moyen d'entrée en établissement (passé de 80,2 ans il y a 25 ans, à 85,06 ans en 2013) ainsi qu'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (il y a aujourd'hui 1,2 millions de personnes dépendantes et elles seront 1,8 millions en 2050<sup>22</sup>). L'entrée plus tardive s'accompagne d'un état de plus grande fragilité, tant sur le plan sanitaire que sur celui de la dépendance. La médicalisation des établissements d'hébergement, a permis d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population vieillissante, et de prendre le relais de la prise en charge à domicile, dont l'offre s'est considérablement améliorée tant quantitativement que qualitativement.

*« Seuls 14% des EHPAD disposent de personnel infirmier de nuit. En effet, les interventions purement infirmières dans un EHPAD de taille moyenne n'excèdent guère une heure et demie par nuit. C'est pourquoi, en général, deux aides-soignantes, ou une aide-soignante et un agent de service, officient en nocturne. Cependant, ces "veilleurs" ne sont pas qualifiés pour prendre en charge certaines situations comme les perfusions à réinstaller, ou encore les crises d'angoisse. D'où les nombreux transferts vers l'hôpital de proximité. Or, non seulement ces hospitalisations se révèlent coûteuses pour l'assurance maladie, mais elles génèrent de lourds effets secondaires sur les personnes âgées, qui reviennent dans un état de désorientation et d'agitation aggravé, souffrant d'affections connexes, elles aussi aggravées (escarres, dénutrition)<sup>23</sup> »*

Par ailleurs, la présence d'une infirmière de nuit en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes semble diminuer le nombre d'hospitalisations notamment

---

<sup>22</sup> Source Observatoire des EHPAD, avril 2014

<sup>23</sup> Article publié dans Hospimedia le 27 Novembre 2013.

pour les personnes en fin de vie, d'après les premiers résultats d'une étude présentée pendant la séance plénière du comité national de suivi du développement des soins palliatifs : 35% des résidents ont connu une hospitalisation dans le cas d'une présence infirmière, contre 43% sans infirmière. Sa présence diminuerait le nombre d'hospitalisations des personnes en fin de vie.

Mais il faut aussi accentuer l'effort de formation. Dans ces conditions, une astreinte infirmière entre un hôpital de proximité et des EHPAD géographiquement proches ou entre EHPAD proches permettrait d'assurer la continuité de la prise en charge des soins techniques. Le coût des heures d'astreinte se révèle moins onéreux que le cumul des journées d'hospitalisation.

### **Une continuité des soins en EHPAD sur 24h...Exemple des Pays de La Loire<sup>24</sup>**

Selon l'agence régionale de santé (ARS), l'intervention des IDE mutualisés entre plusieurs établissements a déjà permis d'éviter des hospitalisations. Nommée directrice générale de l'ARS Pays-de-la-Loire en octobre 2014, Cécile Courrèges a tenu sa première conférence de presse le 6 mai. Elle a notamment abordé les astreintes d'infirmiers de nuit à même d'intervenir dans un délai de 30 minutes dans plusieurs EHPAD. Cette expérimentation, initiée en 2013, avait à l'époque permis de retenir cinq structures pilotes (trois EHPAD, un groupement de coopération et l'hôpital de Doué-la-Fontaine en Maine-et-Loire). Désormais, 10 expérimentations sont en cours, dans toute la région, avec 58 établissements participants, accueillant au total 4.900 résidents, indique un dossier de presse de l'ARS.

Un deuxième appel à projets a été réalisé en 2014. L'ARS a voulu tester plusieurs formes d'organisation et non pas un modèle unique, a expliqué Cécile Courrèges. Soit plusieurs EHPAD mutualisent un infirmier d'astreinte, soit un hôpital en met un à disposition, contre remboursement. Il peut s'agir de professionnels hospitaliers, mais aussi libéraux.

L'évaluation se déroule en trois temps: un relevé d'indicateurs avant la mise en place du dispositif, un suivi mensuel pendant les trois ans de l'expérimentation, puis une appréciation finale. Même si l'ARS dispose encore de peu de données, les premiers retours suggèrent que cette astreinte apporte "un plus" aux EHPAD et semble avoir évité des hospitalisations dans "beaucoup de situations", a rapporté la directrice générale. Le simple fait de la mettre en place a amené chaque établissement à revoir son processus de gestion de l'urgence, de suivi des dossiers, de mise à disposition de l'information médicale et soignante, ainsi que ses conventions avec les établissements de santé, a-t-

---

<sup>24</sup> Article du 13/05/2015 Gérontonews Actualité locale, Ressources humaines  
Pays-de-la-Loire: 58 Ehpads expérimentent des astreintes d'infirmiers de nuit

elle poursuivi. Plusieurs SAMU ont transmis des retours POSITIFS, a noté Christophe Duvaux, directeur général adjoint de l'ARS. La présence d'un infirmier sur place "sécurise bien la régulation" la nuit, car il peut consulter des données auxquelles un aide-soignant n'a pas accès. Son appréciation de la situation permet de déterminer s'il y a urgence ou non, et s'il faut faire intervenir un médecin ou une équipe du SMUR. Le dossier de presse indique que "peu d'appels" aux infirmiers sont apparus injustifiés. Il fait état d'un "sentiment de sécurité partagé des résidents et de leur famille ainsi que des équipes de nuit", ou encore d'un "renforcement de la dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre les établissements d'un même territoire qui ne se connaissent avant peu ou pas".

Le coût global de ces expérimentations sur trois ans est évalué à 1,65 million d'euros, a précisé l'agence à l'APM<sup>25</sup>.

Cécile Courrèges a affirmé qu'il serait possible de pérenniser cette dépense en cas de résultats probants, car "à partir du moment où on mutualise, le montant n'est pas inaccessible »

Mais en attendant les résultats de ce dispositif expérimental, il est important de clarifier le rôle du médecin coordonnateur en EHPAD et plus particulièrement dans le projet d'établissement et dans le plan de formation de la structure.

#### *3.2.4 Le rôle du médecin coordonnateur dans le projet d'établissement et dans le plan de formation*

Je pense que le projet d'établissement doit aborder tous les aspects de la vie institutionnelle, de l'accueil à la fin de la vie en passant par l'accompagnement nocturne. Son objectif premier est la qualité de vie des résidents.

L'organisation du travail de nuit est identique dans tous les établissements. Ce qui m'amène à penser et à émettre l'hypothèse suivante :

« Dans les projets d'établissements, la nuit n'a peut-être pas le même intérêt et la même valeur que le jour ? »

Le jour, on vit, on reçoit les souffrances, les difficultés, les questions, les angoisses.

Il est de la responsabilité du médecin coordonnateur, de piloter et animer les projets de soins, d'analyser ce qui se passe la nuit dans l'EHPAD, de relever les situations à risque ou les insuffisances de soins. Il relève du médecin coordonnateur de pointer ces dysfonctionnements en lien avec le cadre de santé encadrant les équipes et de sensibiliser la direction de l'établissement.

---

<sup>25</sup> Agence de Presse Médicale

Pour corriger certaines problématiques, il convient de construire un plan de formation, en collaboration avec le cadre de santé, adapté aux besoins de l'établissement et de prioriser des actions de formations indispensables à la sécurité des résidents.

L'équipe de nuit a reçu la formation incendie, elle maîtrise les protocoles d'urgence, mais a-t-elle reçue une formation à l'accompagnement de fin de vie, une formation sur la maladie d'Alzheimer, sur la prise en charge des troubles du comportement, et si oui, dispose-t-elle du temps nécessaire pour les mettre en application ? S'engager dans cette voie de formation, de qualification et d'accompagnement c'est la reconnaissance que la population que nous accueillons a des besoins et des désirs spécifiques.

Sur mon lieu de travail, le personnel de nuit est formé aux situations d'urgence et certains à la MA. L'entretien professionnel annuel permet de faire un point sur les besoins en formations nécessaires à une prise en charge de qualité.

En revanche, le personnel de nuit de la Résidence d'accueil de mon stage, n'est pas formé aux gestes et soins d'urgences ni à la maladie d'Alzheimer. Elles font référence à des procédures d'urgence si besoin.

*« Ce sont des actions de formation à prioriser. Elles sont prévues pour 2015 pour certaines et 2016 pour d'autres »* m'affirme le cadre de santé de la structure.

Suite à mon stage, la directrice de l'établissement m'a remercié de mon passage chez eux : *« Depuis votre passage chez nous, j'ai demandé au cadre de santé de revoir le plan de formation du personnel de nuit et de prioriser certains actions de formations...et je vais aménager, très prochainement et en attendant les futurs travaux, l'espace du salon de façon à retrouver une atmosphère calme et apaisante avec l'aide des équipes pour les personnes qui déambulent et qui souhaitent être rassurées la nuit... Il est important de dire aux résidents et à leurs familles que la nuit les projets de vie continuent à vivre et ne s'endorment pas. »*

### *3.2.5 Des thérapies alternatives qui apaisent...*

De nouvelles approches non médicamenteuses sont depuis quelques années, proposées aux personnes atteintes de la MA. Et leur palette ne cesse de s'élargir. Leur point commun : La stimulation sensorielle et une bonne gestion de relationnel.

Parmi les prises en soins non médicamenteuses utilisées, on y retrouve le soin relationnel qui commence dès le réveil et jusqu'à l'endormissement du résident. Cela sous-entend une interaction en douceur avec lui, l'objectif étant de le mettre en confiance et de l'apaiser.

Il existe aussi la démarche SNOEZELEN, qui participe largement à l'éveil des sens. Derrière ce concept appliqué depuis longtemps dans la prise en soin du polyhandicap on retrouve les notions de détente, de plaisir et d'explorations sensorielles apportées au

résident atteint d'Alzheimer. Il s'agit d'une position d'écoute et de stimulation dans des salles aménagées. La finalité est d'éveiller ses sens. On observe en particulier chez des malades d'Alzheimer une baisse des comportements agressifs. La communication entre personnel soignant et personnes âgées est apaisée, des relations de meilleure qualité s'instaurent. Les espaces Snoezelen permettent ainsi de briser le rythme du quotidien de l'établissement et s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Lorsque certaines personnes âgées très dépendantes ne sont plus capables de s'exprimer verbalement, il devient ainsi possible de rétablir un lien par le biais des émotions<sup>26</sup>.

D'autres approches sont possibles. C'est le cas de la musicothérapie qui stimule l'ouïe à travers des caissons vibrants ou des panneaux sonores. Elle permet d'accompagner les personnes, en stimulant les zones intactes de leur mémoire. « *On ne va pas soigner la maladie d'Alzheimer, ni faire repousser des neurones avec des chansons* », tempère Francis Eustache, directeur d'une unité de recherche de l'Inserm au CHU de Caen. « *Mais on peut stimuler la cognition, et redonner une vie affective et sociale à ces personnes en les faisant chanter, peindre ensemble.* » Ces découvertes ont amené une réflexion sur la prise en charge, incitant les soignants à abandonner les activités « occupationnelles » classiques pour aider ces malades à sortir de leur apathie<sup>27</sup>. Pierre Lemarquis<sup>28</sup> raconte l'histoire bouleversante d'un patient atteint d'Alzheimer avancé : « Celui-ci ne reconnaissait plus sa femme, ni ses filles. Ces dernières ont alors l'idée d'amener la vieille clarinette de leur père lors d'une consultation avec le neurologue. Dans le cabinet de ce dernier, l'homme se saisit naturellement de son instrument, et, retrouvant son assurance d'ancien musicien, entonne un air de Mozart. À la fin du morceau, le patient se souvient du nom de son village natal et son discours se fait plus fluide. Puis, s'approchant tout près du neurologue, il lui glisse : « *Comme ça vous savez... je suis un peu là encore* ».

Quant à la médiation animale, elle offre la possibilité aux résidents souffrants de la MA d'être en contact avec un animal de compagnie de leur choix. Sachant que certains parmi les résidents sont souvent angoissés, l'échange avec les animaux peut contribuer à les détendre. Pour autant, leur avis sur « l'ami » à introduire dans leur milieu est déterminant. Dans l'unité sécurisée, la direction a fait le choix d'adopter un chat après consultation auprès des résidents et des équipes. Aujourd'hui, il fait parti de l'unité. Il n'est pas rare

---

<sup>26</sup> Article publié le mardi 15 janvier 2008 et classé dans Maisons de retraite

<sup>27</sup> Article écrit par Liza Fabbian le 16/08/2013 sur La Vie

<sup>28</sup> Neurologue. Membre de la Société française de neurologie, de la Société de neurophysiologie clinique de langue française et de l'Académie des sciences de New York, attaché d'enseignement d'éthologie à l'université de Toulon-La Garde, il est notamment l'auteur de *Sérénade pour un cerveau musicien*, qui a été un grand succès.

que je le retrouve endormi sur les genoux d'un résident dans la journée ou sur un lit la nuit...A cela s'ajoutent les ateliers culinaires, les joies du jardin, les soins socio-esthétiques, tous contribuant à apaiser, améliorer les capacités cognitives et réduire les troubles du comportement. A l'UHPAD, l'équipe a fait le choix de préparer les repas du dîner avec les résidents et de cultiver des légumes dans un petit jardin dédié à l'unité. Les hommes accompagnés des agents sèment, bêchent, cultivent, arrosent le jardin et les femmes, équeutent, épluchent et préparent le repas du soir. Certains résidents retrouvent des habitudes perdues...et apprécient ces moments quotidiens.

Tout comme la balnéothérapie et l'aromathérapie...L'unité possède une salle de bain collective. L'établissement, depuis, quelques années, a investi dans une baignoire à balnéothérapie avec possibilité d'aromathérapie. Quelquefois, les AMP proposent aux résidents qui le souhaitent, lorsqu'ils sont angoissés ou énervés, des séances de relaxation. Les résultats sont concluants et apaisants.

En clair, chacun des résidents est pris en soin en fonction de ses souhaits et de son histoire de vie. Grâce à ces thérapies alternatives, des personnes apathiques, en retrait, rejetant parfois les sorties à l'extérieur ou le contact avec autrui, s'ouvrent peu à peu à leur environnement. Et grâce à des activités qui font sens pour eux la journée, ils retrouvent une sérénité qui se ressent la nuit.

### *3.2.6 Vers l'EHPAD de demain...Un exemple à poursuivre*

L'EHPAD de la résidence du Parc à St... accueille 101 résidents, la plupart atteints de la maladie d'Alzheimer. Le coucher est souvent un moment difficile pour ces personnes pour qui la notion de jour et de nuit est confondue. L'EHPAD de la Résidence du parc, sous l'impulsion de sa directrice innove et a mis en place avec le soutien de l'ARS : Le Noctambule, lieu d'accueil de nuit pour les résidents.

#### *A- Les besoins des résidents placés au cœur de l'accompagnement*

Face à des personnes présentant des troubles du comportement de nuit, les EHPAD ont la possibilité de donner des calmants aux résidents.

Au Québec, l'institution Carpe Diem a développé une nouvelle approche pour apaiser les résidents et l'EHPAD de St... s'en inspire avec le Noctambule. Cette nouvelle approche permet de répondre à la problématique suivante:

« Comment préparer au mieux le sommeil des résidents ? »

### *B- Une nouvelle approche de la nuit en EHPAD*

Le premier élément très visible est que le personnel de nuit chargé de l'animation du Noctambule est en pyjama ou plus exactement en robe de chambre, ce qui permet de créer une cohérence et des repères pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Une musique douce, une lumière tamisée, des infusions de tilleul, tout est pensé pour créer une ambiance apaisante et préparer doucement le sommeil des résidents dans ce lieu d'accueil des résidents angoissés par la nuit ouvert de 19h à 5h. A leur rythme, au fil de la nuit, les résidents regagnent leur chambre pour aller dormir après être totalement apaisés et gagnés par le sommeil.

### *C- Des résultats encourageants avec une consommation de médicaments réduite*

Un cercle vertueux est créé. Les résidents apaisés s'endorment plus facilement, sans calmant. Ils dorment plus, donc ils récupèrent mieux et ils sont plus calmes la journée. Effet corollaire, ils ne « dérangent » plus les autres résidents la nuit et donc tout l'établissement (résidents et professionnels) gagne en sérénité et en calme.

### *D- Une démarche humaniste reconnue et récompensée*

Lancé en Octobre 2011, le Noctambule fait son chemin. Soutenu par l'ARS, il a permis à l'établissement de recevoir le 1er prix de la Fondation Médéric Alzheimer dans le cadre de leur appel à projet.

## **Conclusion**

Comme nous avons pu le constater, l'accompagnement de nuit ne se résume pas à la surveillance des résidents après les avoir couchés.

De nuit comme de jour, il est nécessaire qu'une attention particulière leur soit portée, à leurs rythmes, à leurs préférences, ainsi qu'à leur confort quotidien.

*« Mettre la personne malade au cœur du dispositif... »* A rappelé le professeur Ménard dans la lettre au président de la république qui accompagnait son rapport en 2007, *« ...n'est pas une formule aussi anodine qu'il y paraît. »*

L'on pense bien sûr spontanément en termes de dispositifs de prise en charge médicale ou encore d'accompagnement psycho-social. Tout cela est nécessaire mais au-delà, il est impératif pour chacun d'entre nous de se souvenir, à tout instant, qu'il existe une

personne derrière la maladie, ou plutôt que la personne ne soit pas réductible à sa pathologie.

Les personnes atteintes de la MA ont des droits et des compétences. Il faut apprendre à les écouter et les respecter. Dès le diagnostic posé, les laisser définir les modalités d'accompagnement qu'elles souhaitent, parce qu'elles savent mieux que quiconque ce dont elles ont besoin.

L'EHPAD peut être une vraie bonne réponse si la personne y entre au bon moment avec un bon accompagnement.

En effet, le cadre institutionnel peut, dans certaines conditions, favoriser l'accompagnement des personnes atteintes de la MA, dans le respect de ce qu'elles sont, sans se limiter à la prise en compte des incapacités qu'elles présentent.

Mais pour cela, les espaces dédiés doivent donner à ceux qui y vivent des repères familiers, une certaine autonomie et un cadre contenant qui peuvent contribuer à réduire quelques peu leur angoisse.

Il est important de penser l'environnement et il s'agit de « faire comme à la maison » en reproduisant un espace de vie familial avec des repères qui interpellent la personne.

Et à mon sens, tout l'enjeu du futur est d'arriver à faire de la personnalisation dans du collectif. *« Le concept de personnalisation est la pierre angulaire de la qualité de vie dans la mesure où il implique que chaque projet d'accompagnement est basé sur les attentes de la personne et non seulement sur ses besoins. La mise en place des projets personnalisés dans lesquels la personne est « acteur » tant dans l'élaboration que dans l'évaluation des réponses apportées remet fortement en question les habitudes et les conditions de travail des professionnels.<sup>29</sup> »*

Les soignants et les familles ont tendance à imaginer ce qui est bon pour la personne, or, la connaissance des résidents est possible grâce au projet de vie individualisé.

Nous devons nous structurer autour des souhaits et des plaisirs des résidents et connaître les petits détails fondamentaux comme les rythmes de sommeil.

Bien qu'il reste encore du chemin à parcourir, l'usager doit rester au centre des préoccupations de l'EHPAD, d'autant plus lorsqu'il est en incapacité d'exprimer clairement ses besoins et ses attentes.

Il appartient au directeur de l'établissement de garantir un accompagnement de qualité auprès de toutes personnes, vulnérables ou non, et de promouvoir une politique de bienveillance dans le respect des droits et libertés des personnes accueillies de jour comme de nuit.

---

<sup>29</sup> Selon l'ANESM volet 3 Qualité de vie en EHPAD

En cela, le directeur tient toute sa place de fédérateur et de responsable.

« L'important est d'entretenir la « flamme », le désir de faire<sup>30</sup>. »

C'est en cela que j'ai rédigé un projet<sup>31</sup> en tant que future directrice d'EHPAD que j'ai soumis à ma direction pour améliorer l'accompagnement nocturne des résidents atteints de la MA dans l'unité sécurisée au sein de l'établissement.

Cette dernière a validé mon projet en m'encourageant dans ma démarche :

*« Il existe un réel besoin dans l'accompagnement des résidents de l'unité. Cette problématique ancienne, avait été évoquée lors des CVS et pendant les réunions mensuelles des équipes de nuit. De plus, les familles, avaient demandé une présence professionnelle à l'UHPAD mais faute de moyens supplémentaire, il m'était impossible de répondre à cette demande... Aujourd'hui, nous pouvons proposer une solution intermédiaire en nous appuyant sur un projet novateur afin d'accompagner les résidents de l'unité une partie de la nuit et soulager les équipes de nuit... »<sup>32</sup>*

---

<sup>30</sup> J.M.MIRAMON, G.PEYRONNET, penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social, 2009, p.184

<sup>31</sup> Annexe VI

<sup>32</sup> Mme P, directrice EHPAD

---

## - Bibliographie

---

### Ouvrages

- Anne Meyer-Heine. Ethique, droit et maladie d'Alzheimer. Edition Academia
- Geneviève de Cazaux. Elle rit dans la nuit, Alzheimer au quotidien.
- Nuit et vieillissement : la nuit des malades âgés au domicile et en institution.
- Actes de la 64e Journée régionale de Gériatrie, 24 octobre 2000, Grenoble, Société Rhône-Alpes de Gériatrie, 84 p.
- Cattenat F., Bonte C., Alicot F., Bizenbach D., Jallaguiet J., crias, adsp, uripss Rhône-Alpes. Les services d'aide et de garde itinérante de nuit. Chronique d'une recherche-action, Département du Rhône, Rapport, septembre 2001
- Guisset-Martinez M. J., avec la collaboration de Villez M. L'identité retrouvée, Nouveaux liens, nouvelles solidarités pour une autre approche de la maladie d'Alzheimer
- Guide Repères, Fondation Médéric Alzheimer, 2010
- La nuit Gériatrie et Société, cahier n°116, Fondation nationale de gériatrie, 2006, 260 p.
- Papé et sa maison de retraite. Regards croisés sur le quotidien
- Darnaud T., Gaucher J., préf., Chronique Sociale, Lyon, 2004, 208 p.
- Nuit et vieillissement : la nuit des malades âgés au domicile et en institution
- J.M.MIRAMON, G.PEYRONNET, penser le métier de directeur d'établissement social et médico-social, 2009, p.184

### Articles

- Ispenian Ingrid, « La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers » Gériatrie et société, 2005/4 n° 115, p. 49-62.
- Dessaulle Marie Sophie, « La personne en situation de handicap : usager ou citoyen ? » Gériatrie et société, 2005/4 n° 115, p. 63-74.
- Moreno-Elgard Paloma, « Les services et les usagers entre droits, contraintes et opportunités », Gériatrie et société, 2005/4 n° 115, p. 89-89.
- Karine Henchoz et Christian Lalive d'Épinay Fond. « Le sommeil et les significations de la nuit dans la grande vieillesse » Gériatrie et société 2006/1 - n° 116 p. 25 à 44
- Anne Perraut-Soliveres « La nuit et l'institution, un mépris partagé » Fond. Nationale de Gériatrie | Gériatrie et société 2006/1 - n° 116 p. 95 à 95
- Bruno Corman « Le sommeil des séniors » Fond. Nationale de Gériatrie Gériatrie et société 2006/1 - n° 116 p. 45 à 61
- Mireille Trouilloud « La nuit, la vie continue » Fond. Nationale de Gériatrie Gériatrie et société 2006/1 - n° 116 p. 119 à 131

- Claudine Badey-Rodriguez « La nuit auprès des personnes âgées : La face obscure des projets » Fond. Nationale de Gériatrie | Gériatrie et société 2006/1 - n° 116 p. 109 à 118
- Jean-Claude Reinhardt « Les rituels du coucher » Fond. Nationale de Gériatrie | Gériatrie et société 2006/1 - n° 116 p. 143 à 152
- France Alzheimer 22/12/2012 La nuit : J'accompagne un proche malade : Accompagner au quotidien
- Guillaume BESSE, Médecin, 14 janvier 2014 « Maladie d'Alzheimer et nuits paisibles : un défi ? »
- Anne Meyer –Heine Ethique, droit et maladie d'Alzheimer

### **Recommandations**

- Qualité de vie en EHPAD (volet 2 et 3)/RBPP ANESM
- Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne/RBPP ANESM

### **Sources Internet**

- Santé.gouv.fr
- CNSA
- Programme Eval'zheimer

### **Rapports, études ou plans**

- Professeurs Joël Ankri et Christine Van Broeckhoven, juin 2013. Rapport Évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012, ▪ Plan maladies neurodégénératives 2014-2019
- Constat au sein de l'EHPAD de Saint G... la Ville/ Au pays des songes

### **Références juridiques**

- INSTRUCTION N°DHOS/DGAS/RH2/2009/359 du 27 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de la mesure 20 du plan ALZHEIMER sur les assistants de soins en gériatrie
- Loi n° 2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie (art L.311 du CASF)

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : La note d'observation

Annexe II : Grille d'observation

Annexe III : Grilles d'entretien

Annexe IV : Grille vierge d'Analyses verticales et horizontales

Annexe V : Mon Projet innovant en EHPAD

Annexe VI : Fiche de mission du volontaire en service civique

# ANNEXE I : La note d'observation

## Introduction

Ma note d'observation est la résultante d'un questionnement que j'avais à travers les problématiques rencontrées la nuit au sein de l'établissement où je travaille en qualité de Cadre de Santé. En effet, les nuits en EHPAD sont peuplées de ceux qui ne dorment pas, de ceux qui dorment de façon séquentielle, de ceux qui ont peur, de ceux qui s'angoissent, de ceux qui viennent voir ce qui se passe en dehors de leur chambre, de ceux qui pensent que c'est le temps de la journée, de ce qui souffrent dans leur lit, de ceux qui ont besoin d'aide parce qu'ils sont souillés, de ceux qui tombent, de ceux qui crient, de ceux qui ont faim, de ceux qui veillent, travaillent, soignent... La nuit est un extrait de ce qui se joue le jour.

Puis, au fur à mesure de l'avancement de mon projet et des constats observés au sein de la structure, mon questionnement a muri et s'est porté sur la qualité de l'accompagnement des résidents, les nuits, atteints de la maladie d'Alzheimer et plus précisément :

### **Comment l'établissement répond-il aux besoins des usagers la nuit en unité Alzheimer ?**

L'établissement dans lequel je travaille possède une unité sécurisée de 8 résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés.

L'organisation actuelle dégage **2 personnels de jour pour 8 résidents** de 7h30 à 20h30. Les professionnels (AMP<sup>33</sup> et ASG<sup>34</sup>) sont formés à l'accompagnement spécifique que demande cette population.

**L'équipe de nuit (1 AS<sup>35</sup> et 1 ASHQ<sup>36</sup>)** arrive à 21h pour **62 résidents** dont l'unité Alzheimer et pour la plupart non formée à ce type de population.

La maladie d'Alzheimer demande une surveillance et une présence permanente même la nuit...

Afin d'être pertinente dans mes propos et affiner ma problématique, je décide de passer une nuit d'observation avec l'équipe soignante dans mon propre établissement et ainsi y observer les mouvements dans l'unité la nuit et pouvoir les comparer avec les mouvements de la journée à l'aide d'un guide d'observation élaboré en amont de cette démarche. Mon attention s'est donc portée, lors de cette nuit, notamment sur la population ciblée dans ce mémoire. Les temps forts observés ont été dans l'unité. Au-delà

---

<sup>33</sup> Aide Médico-Psychologique

<sup>34</sup> Assistant de Soins en Gériatrie

<sup>35</sup> Aide-Soignante

<sup>36</sup> Agent de Soins Hospitaliers Qualifié

de ces moments, j'ai observé les lieux, leur conception, l'environnement, l'organisation, les conditions matérielles et humaines.

## **I/Environnement**

L'unité est sécurisée par un digicode. L'espace de vie est petit mais convivial et familial. Un long couloir parcourt les chambres. Les couleurs sont neutres, des photos des résidents collées par-ci par-là rendent l'atmosphère plus agréable. La température de la pièce de vie est plutôt agréable mais dans le couloir il fait plus frais. Une odeur d'urine se propage au fil des heures. L'ambiance est plutôt calme en début de nuit puis devient de plus en plus agitée en fin de nuit.

## **II/La nuit**

A mon arrivée dans l'unité, un résident déambulait, les autres étaient couchés et dormaient. Il était 20h30. A ma vue, il se précipita vers moi et me fixa un long moment sans parler, le regard perdu dans ses pensées. Que pouvait-il penser à ce moment-là? Je m'interroge et me pose la question à sa place : qui est-elle ?

Je restais donc avec lui sur l'unité à l'observer. L'intervention des soignants fut tardive. La première arriva à 22h suite à ses couchers et aux imprévus rencontrés pendant « son tour à l'EHPAD ». Si je n'avais pas été présente sur l'unité, que ce serait-il passé ? J'ai été obligé d'intervenir malgré les sonnettes d'alarme de détecteur de mouvements sur les téléphones des soignants.

Chute ? Urine au sol dans la pièce de vie?angoisse, peur...En peu de temps, j'ai pu observer 3 risques potentiels portant atteinte à la sécurité du résident.

Cette personne s'est enfin couchée vers 23h après avoir regardé la TV un petit moment dans la pièce de vie. C'est calme, l'ambiance est plutôt rassurante.

1H12, lever de Mme A qui a faim. Elle aura une compote donnée par les 2 agents avec petit moment de discussion avant de se recoucher.

2H07, déambulation de Mr B qui a froid dans le couloir et qui est trempé. Il a uriné au sol dans sa chambre et dans son lit. Les agents vont nettoyer sa chambre, le changer et le recoucher.

3H18, lever de Mr B (première personne du début de nuit) qui se prépare pour sa journée devant son lavabo. Il explique qu'il a assez dormi et que sa femme va bientôt se lever pour le petit déjeuner. Il sera recouché avec difficultés par les agents qui essaient de le resituer dans le temps et l'espace.

4H22, nettoyage de la chambre de Mme P qui a uriné près de son lit. Elle sera changée et réassurée par les agents. Elle dormira tout le reste de la nuit.

5H05, déambulation de Mr B qui a de nouveau froid mais qui a malencontreusement fermé sa porte et qui ne peut y retourner sans le « pass » des soignants. Il sera recouché sans difficultés.

5H15, déambulation de deux résidents qui ne veulent plus dormir. Recouchés par les soignants.

5H38, même situation que 5H15. Recouchés par les agents en expliquant que ce n'est pas l'heure de se lever.

6H08, l'unité s'agite. Les résidents ont peu dormi pour certains. Comment vont-ils se comporter la journée ? Que va-t-on leur proposer ? Seront-ils réceptifs ?

6H27, déambulation à nouveau de Mr B qui ne veut plus dormir. Il restera à errer jusqu'à 7h30, heure de l'arrivée de la première AMP dans l'unité. A ce moment, la professionnelle lui propose son petit déjeuner. Il paraît ravi et reconnaît la personne. Il ne la quittera pas des yeux durant la préparation et la distribution de son café.

### **III/L'organisation de La journée**

De 7h à 7h30, aucune présence professionnelle. Arrivée du premier soignant à 7h30. Début de l'accompagnement quotidien pour certains résidents et petits déjeuners pour d'autres. 8h30, second soignant, accompagnement et début des activités vers 11h : lecture du journal, sortie extérieure pour 2 ou 3 résidents à la boulangerie, mise du couvert pour le déjeuner, lessive et pliage du linge pour ceux qui le souhaitent.

12h, déjeuner puis mise à la sieste pour certains résidents. 15h, activités proposées aux résidents. 16h, gouter puis préparation du repas du soir, activités ou sorties puis dîner et couchers vers 19h15 jusqu'à 20h30.

### **Conclusion**

Le jour, une équipe formée dans l'unité de 7h30 à 20h30 avec des activités et un accompagnement personnalisé pour chaque résident et la nuit, une équipe soignante encore appelée « veilleuses » par les équipes de jour de 20h45 à 7h pour un EHPAD de 62 résidents dont l'unité sécurisée.

Sachant que les résidents pour la plupart en unité Alzheimer ont tendance à « vivre » et déambuler la nuit, et sachant que la nuit est source d'angoisse, l'établissement est-il en mesure de s'adapter et de proposer un accompagnement personnalisé de jour comme de nuit ?

Aujourd'hui, « pas totalement » mais je vais essayer de comprendre les enjeux et limites à travers ma problématique et proposer des alternatives possible afin d'optimiser au mieux l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer la nuit en EHPAD.

## **ANNEXE II : Grille d'observation**

Chaque professionnel a son rôle spécifique à jouer dans l'accompagnement global et personnalisé des personnes selon ses fonctions et ses moments d'intervention. C'est pour cette raison que je souhaite transformer ma journée d'observation en nuit d'observation sur mon propre lieu de travail et expliquer aux équipes ainsi qu'aux résidents (qui me le demanderont) que j'y suis pour comprendre les problématiques que l'on peut rencontrer la nuit en tant qu'usager et non en tant que « Responsable hiérarchique » et ainsi pouvoir comparer mon lieu de travail avec mon lieu de stage. Je décide donc de me positionner en tant qu'usager de mon âge et observer d'une façon globale les problématiques rencontrées par les usagers la nuit. Afin d'englober toute la dimension autour des besoins et attentes des usagers la nuit, je vais arriver à l'heure des couchers et observer l'organisation des professionnels et les retours des usagers post diner dans leur chambre. La nuit, l'établissement est calme et silencieux. Je vais ensuite me positionner dans un lieu stratégique qui me permettra de constater les mouvements des résidents sans parasiter le personnel de nuit. En effet, je vais me positionner dans le bureau de l'UHPAD<sup>37</sup>, celui-ci ayant une vue directe sur l'ensemble des chambres ainsi que de la pièce de vie. De plus, il n'y a pas de personnel dans cette structure. Je noterai ce que je vois et perçois et ce qui est fait par les soignants lorsque les résidents déambulent ou errent dans les couloirs. Afin de constater les demandes des résidents sur la totalité de l'établissement, je vais me munir d'un téléphone qui reçoit les appels « sonnette », ce qui me permettra de me déplacer rapidement sans gêner le personnel soignant. Je ne vais pas juger des réponses apportées par le personnel aux résidents mais constater et observer ce qui est fait au regard de ce qui est demandé et des besoins des usagers. Afin d'être au plus juste dans ma note d'observation, je vais m'aider de mon guide d'observation ci-dessous et répondre à la question suivante : Comment l'établissement répond aux besoins des usagers la nuit ?

	Problématiques rencontrées la nuit	Réponses apportées par les soignants
Incontinence		
Déambulation		
Douleur		
Chute		
Angoisse nocturne		
Faim		
Cris		
Urgences		

<sup>37</sup> Unité d'hébergement pour les personnes âgées désorientées

## **ANNEXE III : Grilles d'entretiens**

### **Questionnement :**

#### **Atouts et limites de la personnalisation de l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer la nuit en EHPAD**

- La maladie d'Alzheimer a-t-elle des conséquences sur les rythmes de vie des résidents atteints de cette maladie ?
- Quelles sont les différents types de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD ?
- Le travail de nuit : Quelles missions ?
- Quelles sont les outils nécessaires à un accompagnement de qualité auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

### **Grilles d'entretien à destination des professionnels**

*Objectif de l'entretien : Comprendre l'accompagnement nocturne des résidents nécessitant un accompagnement spécifique la journée : PASA*

Présentation de mon parcours aux professionnels et mon projet professionnel.

Nom :            Prénom :            Fonction :

Nombre d'années dans la fonction :

Formations effectuées :

1/Quelles sont les différents types de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ?

Quelles sont les spécificités de ce public ? Les besoins ?

Comment les accompagnez-vous dans l'EHPAD ? D'une manière générale, Comment accompagnez-vous le coucher ? Que faites-vous lorsqu'un résident dans la journée déambule ou refuse de se coucher la nuit ? Comment gérez-vous les personnes déambulant la nuit ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez la nuit avec ce type de public ?

2/La maladie d'Alzheimer a-t-elle des conséquences sur les rythmes de vie des résidents atteints de cette maladie en EHPAD?

Quelle personnalisation de l'accompagnement de ce public la nuit ?

L'ouverture du PASA a-t-il changé quelque chose dans la prise en charge des résidents Alzheimer au sein de l'EHPAD ?

Quels sont les rapports qu'entretiennent les résidents ayant des troubles du comportement avec les autres résidents ? Comment les qualifiez-vous ? La nuit ?

Selon vous, quels sont les besoins de ce public la nuit ?

Selon vous, répondez-vous aux besoins individuels des personnes ayant des troubles cognitifs de jour comme de nuit ? Pensez-vous que les jours et horaires du PASA sont

adaptés ? Selon vous, l'accompagnement nocturne des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer est-il personnalisé ? Exemples ? Selon vous, quel est l'intérêt du PAP ? Ses limites ?

### 3/Le travail de nuit : Quelles missions ?

Pouvez-vous me décrire les missions du personnel de nuit ? Les tâches et missions du personnel de nuit sont-elles spécifiques à votre travail de nuit et au public accueilli ? Existe-t-il selon vous des besoins spécifiques la nuit pour ce type de public ? Selon vous, le personnel de nuit doit-il être formé à ce type de public ? Si oui, pourquoi ?

### 4/Quelles sont les outils nécessaires à un accompagnement de qualité auprès des résidents atteint de la maladie d'Alzheimer

Selon vous, Quels sont les ressources nécessaires pour prendre en charge ce public ? Quels sont les obstacles ou les atouts que vous rencontrez actuellement pour un accompagnement de qualité la nuit auprès des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? Avez-vous des pistes d'amélioration ou des idées d'actions à la personnalisation de l'accompagnement la nuit ?

### Grille d'entretien à destination du directeur

Quelles étaient vos problématiques avant la création du PASA ?

Comment avez-vous sélectionné le personnel dédié au PASA et la nuit ?

Est-il formé ? Quels sont les besoins de ce public ? En quoi le PASA répond ou non à ces derniers ? Qu'en est-il de l'accompagnement la nuit ? La nuit est-il un moment d'accompagnement particulier ? Pourquoi ? Comment est organisé la nuit dans l'établissement ? Pensez-vous que votre équipe personnalise l'accompagnement la nuit ? Si oui comment ? Si non pourquoi ? Et plus particulièrement les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ? Quelles sont selon vous les alternatives à une prise en charge médicamenteuse ou une contention la nuit ?

### Grille d'entretien à destination des usagers atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

Comment se passe vos nuits ici ? Vos besoins et attentes ? Y répond-t-on ? Comment ? Avez-vous des problèmes de sommeil ? Avez-vous faim la nuit ? Si vous n'avez pas envie de dormir, que vous propose-t-on ? Faites-vous des activités la nuit comme la journée ? Avez-vous besoin d'une présence la nuit ? Si oui, pourquoi ?

### Grille d'entretien à destination des usagers

Etes-vous satisfait de l'accompagnement des résidents atteints e troubles cognitifs dans la journée ? La nuit ? Si oui pourquoi, sinon pourquoi ?

Avez-vous des difficultés d'endormissement ? Si oui, pourquoi ?

Comment se passe vos nuits ? Avez-vous des difficultés ou des angoisses la nuit ?

Que vous propose-t-on alors ? Etes-vous réveillé la nuit ? Si oui, par qui ? Par quoi ?

Avez-vous des rituels de couchers ? Pensez-vous que le personnel de nuit est en nombre suffisant ? Prenez-vous un médicament pour dormir ?

Avez-vous une idée d'amélioration pour un meilleur accompagnement la nuit, plus personnalisé ?

### **Grille d'entretien à destination du cadre de santé**

Comment est organisée la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer la journée ? La semaine ? Et la nuit ? Déroulement d'une nuit type ?

Quel est le ratio d'encadrement ? Les agents sont-ils tous formés à l'accompagnement de ce type de public ? Les activités sont-elles adaptées à chaque personne ?

Comment est organisé le retour des résidents après le PASA ?

Sont-ils pris en charge individuellement ?

Mangent-ils avec les autres résidents ? Comment se passe la cohabitation ?

Comment est organisé la nuit pour les personnes présentant des troubles cognitifs et déambulant la nuit ?

Le personnel de nuit est-il formé à ce type d'accompagnement spécifique ?

Proposez-vous des activités nocturnes ? Combien d'agents travaillent la nuit ?

Quels sont les difficultés que rencontrent les équipes la nuit ?

Quelles sont selon vous les alternatives à une prise en charge médicamenteuse ou une contention la nuit ?

### **Grille d'entretien à destination du médecin coordonnateur**

Participez-vous aux projets de vie personnalisée des résidents ainsi que les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ?

Si oui, que pensez-vous de l'accompagnement la nuit des personnes participant au PASA la journée ? Selon vous, est-il personnalisé ?

Selon vous, Le PASA a-t-il ses limites de prise en charge ?

Que pensez-vous du travail de nuit ?

Le personnel est-il en nombre suffisant ?

Doit-il être formé à ce type d'accompagnement ?

Quelles sont selon vous les alternatives à une prise en charge médicamenteuse ou une contention la nuit ? Que peut faire l'établissement pour améliorer cet accompagnement afin qu'il soit personnalisé de jour comme de nuit ?

### **Documents utiles pour mon mémoire :**

PAP

Compte rendu PASA

Compte rendu d'activités / compte rendu CVS

Projet d'établissement : projet de soins Fiche de tâches du personnel de nuit

## ANNEXE IV : Grille vierge d'Analyses verticales et horizontales

	Age	Ancienneté dans le métier	Ancienneté en EHPAD de nuit	Ancienneté dans l'EHPAD	Fonction précédente
<b>Usagers de 1 à 10</b>					
<b>Famille A</b>					
<b>ASG PASA</b>	50 ans	ASG depuis 13 ans		27 ans	AS
<b>AS PASA</b>	48 ans	25 ans		28 ans	AS de nuit pendant 25 ans
<b>AS nuit</b>	25 ans	3ans 1/2	4 mois	3 ans	AS jour
<b>AS nuit</b>	36 ans	14 ans	12 ans	12 ans	AS jour
<b>CDS</b>	41 ans	11 ans		11 ans	Infirmier
<b>Méd Co</b>	59 ans	10 ans		10 ans	En activité libérale
<b>Directrice</b>	57 ans	17 ans		12 ans	Directeur financier

## **ANNEXE V : Mon Projet innovant en EHPAD**

**« Développer l'innovation en tant que future directrice d'EHPAD »**

### ***Proposition de mission de service civique***

Le Président de la République a annoncé lors de sa conférence de presse le 5 février 2015, l'augmentation du nombre de jeunes volontaires en service civique et a fixé l'objectif de 150 000 missions service civique proposées en 2015, afin que chaque volontaire en demande de réaliser un service civique puisse avoir une mission.

Les établissements de santé et médico-sociaux doivent s'inscrire dans cet objectif et proposer des missions de service civique car accueillir des jeunes volontaires en service civique c'est :

**Améliorer l'accueil des usagers et des patients notamment dans les lieux d'attente et de consultation et durant leur hospitalisation,**

#### **Accompagner et améliorer la qualité de vie des résidents,**

**Accompagner les résidents dans l'accès à la vie sociale, citoyenne et culturelle,**

**Fournir un soutien important aux personnes hospitalisées et leur famille**

**Permettre la mise en œuvre de la démarche hospitalité et des actions de solidarité**

#### **La mission**

L'objectif de la mission du service civique devra permettre d'expérimenter un nouveau projet de service en lien avec le thème de mon mémoire et de mes constats de départ. Projet innovant et expérimental sur une période de 6 mois avec évaluation de la période par les équipes de nuit et l'encadrement. Existe-t-il une plus-value pour les résidents et le personnel de nuit ?

La mission du volontaire devra être complémentaire de l'action des salariés de l'établissement. Elle devra impliquer un échange avec le public, un contact direct avec celui-ci, en privilégiant les missions sur le terrain.

**« Favoriser l'accompagnement la nuit des personnes atteintes de la MA par une présence humaine dans l'unité afin de retrouver un sommeil de qualité »**

La mission consistera à préparer la nuit des résidents atteints de la MA de façon participative via des activités adaptées et proposer une présence humaine dans l'unité, repérable par les résidents et rassurante avant le coucher et pendant une partie de la nuit. Ainsi, les horaires des volontaires seront adaptés au rythme de couchers et de sommeil des résidents de la structure.

Cette mission aura pour effet de renforcer les équipes de nuit qui sont sollicitées régulièrement par les résidents de l'unité et d'accompagner les résidents une partie de la nuit.

Proposition d'horaires : 17h30-0h30 ou 18h-1h

A partir de 1h du matin, l'EHPAD est plus calme, la majorité des résidents dorment et il est plus aisé pour les agents de nuit d'intervenir dans l'unité si un résident se réveille.

Pour mener à bien cette mission 1 volontaire suffirait. Effectivement, pour débiter l'expérimentation, on proposerait le service civique 5 jours par semaine. A terme, et selon le budget et le retour des équipes de nuit, nous déploierons la mission 7 jours sur 7 et remplacerions le volontaire pendant ses congés annuels.

### **L'essentiel**

L'objectif de l'engagement de Service Civique est à la fois de mobiliser la jeunesse face à l'ampleur de nos défis sociaux et environnementaux, et de proposer aux jeunes de 16 à 25 ans un nouveau cadre d'engagement, dans lequel ils pourront mûrir, gagner en confiance en eux, en compétences, et prendre le temps de réfléchir à leur propre avenir, tant citoyen que professionnel.

Il a également pour objectif d'être une étape de vie au cours de laquelle des jeunes de toutes origines sociales et culturelles pourront se côtoyer et prendre conscience de la diversité de notre société.

Loin du stage centré sur l'acquisition de compétences professionnelles, le Service Civique est donc avant tout une étape de vie d'éducation citoyenne par l'action, et se doit d'être accessible à tous les jeunes, quelles qu'aient été leur formation ou leurs difficultés antérieures.

### **Au préalable...**

Les demandes d'agrément des établissements hospitaliers sont traitées par les Directions Régionales Jeunesse et Sports et Cohésion Sociale ; les agréments sont accordés par les Préfets de Région qui sont les délégués territoriaux du Service Civique. Les référents du Service Civique dans les services déconcentrés de l'Etat accompagnent dans la construction de notre projet de Service Civique.

L'agrément est délivré pour 2 ans au vue de :

- De la nature des missions proposées
- De la capacité de l'établissement à assurer l'accompagnement des volontaires

La décision d'agrément mentionne notamment :

- Les missions que l'établissement peut proposer
- Le calendrier d'autorisation de recrutement de volontaires (exprimé en mois)

L'établissement est responsable de la consommation de son enveloppe conformément au calendrier validé dans l'agrément.

### **Les devoirs de l'établissement hospitalier accueillant des volontaires**

- Désigner un ou plusieurs tuteur(s) en fonction du nombre de volontaires accueillis et des missions qui leur seront confiées
- Verser une indemnité mensuelle d'une valeur de 106,31€ au volontaire
- Proposer une formation civique et citoyenne à chaque volontaire

Je m'engage à préparer et accompagner le volontaire dans la réalisation de sa mission et l'accompagner dans sa réflexion sur son projet d'avenir afin que le service civique s'inscrive comme une étape d'un parcours plus large.

Cette proposition de mission innovante en EHPAD a été proposée à la direction le 10/07/2015.

Cette dernière, favorable à ma démarche, a validé mon projet pour l'amélioration de la qualité de vie des résidents de l'UHPAD. Je m'engage en tant que future directrice à développer mon projet dans ma structure et à le présenter au conseil d'administration pour validation dès que ma demande d'agrément aura abouti.

## **ANNEXE VI**

### **Fiche de « mission » du volontaire en service civique**

#### **Cadre de la mission :**

La personne volontaire sera accompagnée par un tuteur salarié formé à la relation de soutien et aux aspects pédagogiques du tutorat. Le tuteur sera chargé de transmettre à la personne volontaire ses connaissances de l'environnement, des problématiques du public rencontré, mais également d'assurer un suivi régulier et de veiller à l'intégration du jeune au sein de l'équipe. Le tuteur devra également aborder avec le volontaire la question de son projet d'avenir. Le volontaire disposera du matériel nécessaire pour la mise en place de sa mission. La préparation à la mission consistera en une période d'observation de l'ensemble des activités de l'unité d'accueil et une information adaptée aux particularités de l'activité et du public accueilli.

#### **Intitulé de la mission :**

Favoriser l'accompagnement une partie de la nuit, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées via des activités adaptées et une présence humaine dans l'unité repérable et rassurante pour les résidents de façon à préparer la nuit plus sereinement et retrouver un sommeil de qualité.

**Structure d'accueil :** EHPAD Les Troènes 2 rue du centre 49110 St Pierre Montlimart

**Lieu de travail :** dans l'unité sécurisée appelée UHPAD

**Activités principales :** Activités de veillée, activités nocturnes, aide au coucher, présence dans l'unité.

**Objectif du service civique :** Accompagner et améliorer la qualité de vie des résidents dans l'unité.

#### **Compétences attendues : Savoirs faire et savoirs être**

- Sens du relationnel/Capacité d'initiatives/Travail en équipe/Intérêt pour la personne âgée en situation de handicap/ Connaissance de la maladie d'Alzheimer/ Etre force de proposition/ Etre patient/faire preuve d'empathie/ Etre attentif et attentionné/ Etre souriant et calme/Alerter en cas d'urgence

**Conditions d'activités :** 35h / semaine sur 12 mois/Contribution de 106,31 Euros mensuel /Date d'embauche : à déterminer/ Mise à disposition d'un bureau à l'UHPAD si besoin, d'un poste informatique avec connexion internet et téléphone mutualisé avec l'équipe de l'UHPAD.

#### **Missions :**

Sous le tutorat du Cadre de santé, le volontaire du service civique sera chargé de :

- Présence au sein de l'unité de 18h à 1h du matin tous les jours sauf le we dans un premier temps et les congés annuels
- Proposer des activités de veillée adaptées au public accueilli
- Proposer des solutions alternatives au coucher : Collations, tisane, TV, jeux...
- Transmettre les informations à l'équipe de nuit, relatives à l'accompagnement du coucher et aux activités proposées pendant une partie de la nuit
- Suivi quotidien des activités par résidents
- Transmission écrite et orale sur le logiciel de soin

FONTENEAU	Elodie	<Date du jury>
<b>Diplôme d'Établissement</b> <b>« Direction d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »</b>		
<b>Optimiser l'accompagnement nocturne des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en EHPAD : Enjeux, limites et perspectives</b>		
Promotion 2015		
<p>Résumé :</p> <p>La vie en EHPAD ne s'arrête pas après le diner ...</p> <p>L'anxiété pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est souvent accrue en fin d'après-midi ou en début de soirée. Elle est liée à la tombée de la nuit et à la fatigue accumulée tout au long de la journée. Mais la nuit, les angoisses se décuplent... Comment y remédier ? Que peut faire l'institution pour accompagner ces personnes perdues dans leurs pensées la nuit en EHPAD ?</p> <p>Plusieurs options sont envisageables, accentuer nos efforts sur les projets personnalisés en nous centrant principalement sur les habitudes de vie des personnes accueillies, revoir l'organisation de travail des soignants en harmonisant nos pratiques sur les besoins et attentes des résidents sur 24h ou encore aménager des espaces afin de donner à ceux qui y vivent des repères familiaux, une certaine autonomie et un cadre contenant qui peut réduire quelque peu leur angoisse la nuit.</p> <p>Il suffit de peu pour améliorer l'accompagnement nocturne des résidents. Ainsi, changer, penser autrement est peut-être le seul frein à nos pratiques et que le levier d'amélioration possible serait un accompagnement vers une autre philosophie...</p> <p>« Nous sommes des êtres à part entière avec les mêmes droits que les personnes bien portantes » écrit Fabienne Piel, Auteur du livre « J'ai peur d'oublier » et vice-présidente de l'association « la vie sans oubli ».</p> <p>Il est de notre devoir en tant que Directeur d'EHPAD de ne pas l'oublier...et de promouvoir l'innovation au sein de nos établissements afin de garantir un accompagnement de qualité auprès des résidents institutionnalisés.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  Maladie d'Alzheimer ; Nuit ; Sommeil ; Angoisse ; Accompagnement ; Projet Personnalisé ; civisme, architecture, projet d'établissement, droits et obligations, directeur EHPAD</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>		

