



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

Sécuriser le travail de nuit en EHPAD

Rachel MILANDOU

Remerciements

À la clôture de ces deux années de formation à l'EHESP, je tiens avant tout à remercier mon maître de stage, Monsieur Abdelkabire ESSALHI, de m'avoir accordé toute sa confiance et donné l'un des meilleurs exemples de Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social que je souhaite devenir.

Merci également à toutes les équipes de la Résidence R pour leur bienveillance, leur professionnalisme et leur engagement quotidien auprès de l'ensemble des résidents accueillis au sein de l'établissement. Un remerciement particulier à Madame Mathilde M., Directrice-adjointe, Madame Louise G., Cadre supérieure de santé, Monsieur Azmi N., Cadre de santé, et à toute l'équipe administrative avec laquelle j'ai pris plaisir à travailler tout au long de ce stage de professionnalisation. J'espère que nos routes se croiseront à nouveau au cours de ma longue carrière professionnelle.

J'adresse un remerciement tout particulier aux équipes de nuit de la Résidence R, qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire en m'accueillant au sein de leurs rangs durant plusieurs nuits, et en acceptant de témoigner et de me partager, sans fioritures et en toute transparence, leur quotidien, leurs doutes, leurs joies, et leurs aspirations.

Merci également à ma référente, Madame Christelle ROUTELOUS, de m'avoir accompagnée tout au long de l'écriture de ce mémoire, et poussé dans mes retranchements dans le but de me voir donner le meilleur de moi-même.

Merci à ma famille, et à mes amis les plus chers, pour leur soutien sans faille et leurs encouragements durant la difficile période de préparation aux concours. À vous, Marie-Charlotte, Anthony, Cédric, Justine, Elise et Astrid. L'absence et la distance n'auront pas eu raison de tout l'amour que nous nous portons. Merci également à toi, Gauthier, pour ton affection, ta dévotion et ta compréhension.

Enfin, c'est avec émotion que je remercie mon père, Monsieur Augustin-Marie MILANDOU, également Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, de m'avoir transmis, depuis mon plus jeune âge, l'importance de l'empathie, de l'engagement au service des autres et de la ténacité, que je continuerai de porter tout au long de ma carrière.

Sommaire

Introduction	3
Méthodologie.....	7
1 SIMILITUDES ET DISCORDANCES ENTRE LE TRAVAIL DE JOUR ET DE NUIT EN EHPAD.....	8
1.1 Un travail de jour varié mené en pluridisciplinarité.....	8
1.1.1 Une prise en soins de jour répondant aux besoins primaires et secondaires des résidents accueillis	8
1.1.2 Une prise en soins de jour favorisée par la présence de nombreux atouts non négligeables.....	10
1.2 Un travail de nuit encore trop focalisé sur le sommeil et la sécurité des résidents..	11
1.2.1 Un travail de nuit a priori constitué par une forme de « gardiennage »	11
1.2.2 Une évolution non achevée du travail de nuit en EHPAD	12
2 PÉNIBILITÉ ET RISQUES PSYCHO-SOCIAUX GÉNÉRÉS PAR LE TRAVAIL DE NUIT EN EHPAD.....	14
2.1 Une pénibilité multifactorielle du travail de nuit en EHPAD	14
2.1.1 Une pénibilité physiquement présente au cours du service	14
2.1.2 Des répercussions avérées en dehors du service	17
2.2 Des problématiques quotidiennes majorant les risques psycho-sociaux.....	19
2.2.1 Une solitude angoissante face aux urgences et aux imprévus	19
2.2.2 Une communication difficile avec les équipes de jour.....	24
3 SÉCURISER LES ÉQUIPES DE NUIT PAR L'ORGANISATION D'UNE CONTINUITÉ DE PRISE EN SOINS DES RÉSIDENTS	26
3.1 Organiser une prise en soins de qualité le jour pour éviter les répercussions sur le travail de nuit	26
3.1.1 Garantir une continuité médicale et pharmaceutique de jour	27
3.1.2 Disposer d'un système d'information fiable et efficient	30
3.1.3 Faciliter la prise en soins de nuit des résidents par une personnalisation de leur accompagnement.....	31
3.2 Protocoliser et sécuriser les risques inhérents à la nuit	33
3.2.1 Sécuriser les équipes de nuit en protocolisant les risques liés à l'état polyopathologique des résidents	33
3.2.2 Sécuriser les équipes de nuit en protocolisant les décès, les urgences et les hospitalisations non programmées	36

3.3	Sécuriser l'équipe de nuit par une adaptation stratégique de ses effectifs.....	38
3.3.1	Maîtriser impérativement le PMP, le GMP et le taux d'occupation de l'établissement	38
3.3.2	S'assurer de la présence de qualités et compétences spécifiques lors du recrutement.....	42
4	SÉCURISER LES ÉQUIPES DE NUIT PAR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT	44
4.1	Intégrer l'équipe de nuit à la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement.....	44
4.1.1	Faire bénéficier l'équipe de nuit d'un encadrement personnalisé	44
4.1.2	Définir un volet « nuit » au sein du plan de formation	47
4.1.3	Engager une politique de prévention des risques psycho-sociaux à destination des équipes de nuit	48
4.2	Intégrer l'équipe de nuit à la vie institutionnelle de l'établissement	50
4.3	Faire évoluer la prise en soins de nuit des résidents accueillis.....	52
4.3.1	Développer l'approche non-médicamenteuse et l'utilisation de dispositifs innovants.....	52
4.3.2	Réfléchir à de nouvelles modalités d'accompagnement et d'accueil des résidents la nuit	55
	Conclusion	56
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I
	Annexe n°1 : Retranscription de l'entretien réalisé avec la Cadre supérieure de santé paramédicale de la Résidence R	I
	Annexe n°2 : Retranscription de l'entretien réalisé avec l'IDE et l'ASHQ de nuit de la Résidence R	XI
	Annexe n°3 : Retranscription de l'entretien réalisé avec l'Aide-Soignante de nuit de la Résidence R	XXXII
	Annexe n°4 : Grille d'analyse des entretiens réalisés auprès des équipes de nuit de la Résidence R	XLVII
	Annexe n°5 : Journal de terrain du 10 février 2020	
	Annexe n°6 : Retranscription de l'entretien réalisé avec un représentant du personnel de la Résidence R	IX
	Annexe n°7 : Grille d'analyse de l'entretien réalisé auprès du représentant du personnel de la Résidence R	XXI
	Annexe n°8 : Tableau de synthèse des évènements indésirables émis par les équipes de nuit de la Résidence R.....	

Liste des sigles utilisés

AFNOR	Association Française de Normalisation
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ANESM	Agence Nationale l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services sociaux et Médico-sociaux
ANSES	Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire, de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aides-soignant(e)s
ASG	Assistant de Soins en Gérontologie
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifiés
ATMP	Accident du Travail et Maladies Professionnelles
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNDEPAH	Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CSP	Code de la Santé Publique
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DLU	Dossier de Liaison Unique
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
FEI	Feuilles/fiches d'Evènement Indésirable
GCSMS	Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR	Groupes Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE	Infirmier(es) diplômé(es) d'Etat
IHNT	Indemnité Horaire pour Travail de Nuit
INRS	Institut National de la Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
IFTD	Indemnité Forfaitaire pour Travail des Dimanches et jours fériés
PAERPA	Dispositif Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PMP	PATHOS Moyen Pondéré
TMS	Troubles Musculo-squelettiques
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
URIOPPS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

Introduction



« Trois éléments majeurs troublent le travail de nuit en gérontologie : la population à laquelle le personnel s'adresse, la nature d'un travail en recherche de sens et l'unité professionnelle qui tourne autour des seuls aides-soignants et agents de service. »¹

En France, et selon une enquête publiée par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES) en 2014², le travail de nuit en France concernerait plus de 15% des salariés (21,5% d'hommes et 9,3% de femmes), avec une forte prévalence dans le secteur tertiaire puisque 30% des salariés de la fonction publique et 42% des salariés des entreprises privées de service travailleraient de nuit de manière habituelle ou occasionnelle. Le nombre de travailleurs habituels de nuit aurait par ailleurs doublé entre 1991 et 2012, passant de 800 000 (3,6%) à 1,9 million (7,2%). Selon cette même enquête, les cinq familles professionnelles les plus concernées par le travail de nuit seraient les conducteurs de véhicules, les policiers et militaires, les infirmières, les aides-soignantes et les ouvriers qualifiés des industries de process. Dans une enquête³ menée conjointement par le Ministère du Travail et la DARES en 2017, publiée en décembre 2019, dont l'objectif était de présenter les principales expositions aux risques professionnels des salariés dans la fonction publique, il a été établi que 26,7% des employés de la fonction publique hospitalière effectuaient un travail de nuit habituel ou occasionnel, entre minuit et 5h du matin.

En France, le chapitre III de la Loi du 9 mai 2001 intitulé « *De l'encadrement du travail de nuit* » précisait initialement les cas de recours autorisés au travail de nuit, ainsi que la définition de ce dernier. Introduit au sein de l'article L.213-1-1 du Code du travail dans son ancienne version, le travail de nuit est ainsi défini en 2001 comme « *tout travail [réalisé] entre 21 heures et 6 heures* » ou « *[toute] autre période de neuf heures consécutives, comprise entre 21 heures et 7 heures* ». L'article L.213-1 du même code précise également que l'introduction du travail de nuit ainsi que l'ensemble de ses modalités doivent faire l'objet d'une convention collective au sein des entreprises, tout en limitant la durée quotidienne d'un travailleur de nuit à 8 heures, et la durée hebdomadaire à 40 heures. Modifié par le chapitre II de la Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue

¹ Vercauteren, R. & Connangle, S. (2006). Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels du travail. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116(1), 133-142

² DARES Analyses, Le travail de nuit en 2012, Août 2014, N°062

³ DARES, Synthèse Stat' - Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017

social et à la sécurisation des parcours professionnels, la définition du travail de nuit est désormais codifiée à l'article L.3122-2 du Code du travail et s'entend comme « *tout travail effectué au cours d'une période d'au moins neuf heures consécutives comprenant l'intervalle entre minuit et 5 heures* »⁴.

Dans la fonction publique hospitalière en revanche, la définition du travail de nuit est restée sensiblement identique à la définition adoptée par la Loi du 9 mai 2001. L'article 7 du Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de la fonction publique hospitalière dispose en effet que le travail de nuit doit être entendu comme tout travail effectué au cours d'une « *période comprise entre 21 heures et 6 heures, ou toute autre période de 9 heures consécutives entre 21 heures et 7 heures* »⁵. Les dispositions de ce décret s'appliquent à l'ensemble des établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi du 9 janvier 1986⁶ au titre duquel figurent notamment les établissements publics de santé, les centres d'accueil et de soins hospitaliers et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En outre, le décret de 2002 précise que doit être considéré comme agent de nuit tout agent effectuant au moins 90% de son temps de travail annuel de nuit.

Le Décret du 4 janvier 2002 détermine également les durées réglementaires du travail de nuit au sein de la fonction publique hospitalière. Ainsi, la durée annuelle totale de travail d'un agent de nuit ne doit pas dépasser 1476 heures depuis le 1^{er} janvier 2004, pour une durée quotidienne de travail continu de 10 heures maximum (*contre une durée annuelle de 1582 heures et une durée quotidienne de 9 heures pour les agents de jour*). Toutefois, le décret précise qu'il relève de la compétence du Directeur de l'établissement, après avis du Comité Technique d'Etablissement (CTE) d'organiser un passage en 12 heures si les contraintes de continuité du service public l'exigent. Le reste des modalités d'organisation et de temps de travail est similaire pour les agents de nuit et de jour : lorsque le travail est réalisé en « coupés », le décret prévoit une durée de travail quotidien maximale de 10h30, répartie entre deux vacations de 3 heures minimum. La durée hebdomadaire ne doit quant à elle pas dépasser 39 heures par semaine en moyenne si l'agent est positionné sur un cycle régulier (*un cycle pouvant être compris entre une semaine et douze semaines civiles*), et pas plus de 44 heures par semaine si le cycle est irrégulier. Concernant les repos, chaque agent

⁴ Article L3122-2 du Code du Travail

⁵ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

⁶ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

doit bénéficier d'un minimum de 12 heures de repos quotidien, d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum, et de quatre jours de repos sur deux semaines, dont deux jours consécutifs comprenant un dimanche. Le temps de travail quotidien d'un agent de nuit est donc sensiblement identique au temps de travail d'un agent de jour, avec un différentiel annuel de 106 heures et une rémunération majorée. En effet, le Décret n°88-1084 du 30 novembre 1988⁷ prévoit la perception, pour tout agent de nuit des établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi du 9 janvier 1986, d'une indemnité horaire pour travail de nuit (IHTN) dont le montant, fixé par arrêté du 30 août 2001⁸, s'élève à 0,17€ de l'heure. L'IHTN peut également faire l'objet d'une majoration pour travail intensif dont le montant de 0,70€ de l'heure initialement fixé par l'arrêté du 30 août 2001 a été revalorisé à 0,90€ de l'heure par l'arrêté du 10 mai 2017⁹, conformément au Décret n°2017-995 du 10 mai 2017¹⁰. À ces indemnités s'ajoutent également l'indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés (IFTD) dont le montant s'élève à 44,89€ depuis le 1^{er} janvier 2004¹¹. À grade et à échelon similaire, une infirmière de nuit perçoit donc un traitement mensuel supérieur d'environ 150 euros par rapport à une infirmière de jour.

Toutefois, la réalité du terrain observée au sein de la Résidence R, lieu de stage et établissement témoin de ce mémoire, montre une forte inattractivité du travail de nuit en EHPAD, en particulier pour la catégorie des infirmiers (IDE). Au sein de cet EHPAD d'une capacité autorisée de 240 lits (*237 places d'hébergement permanent et 3 places d'hébergement temporaire*), deux équipes de nuit ont été constituées, composées chacune d'une infirmière (IDE), d'une aide-soignante (AS), et de deux agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ). Hors congés et absence inopinée des deux infirmières de nuit, l'établissement dispose donc actuellement de la présence d'une infirmière de nuit 7J/7 et 24H/24, et souhaite conserver cette permanence infirmière essentielle à la sécurité due à l'ensemble des résidents accueillis. En dehors de la présence de l'infirmière de nuit, cette sécurité est assurée par la mise en œuvre d'une astreinte de nuit déléguée à l'infirmière d'après-midi. L'infirmière de nuit ayant demandé une disponibilité pour convenances personnelles, l'établissement a recruté une troisième infirmière de nuit par voie contractuelle

⁷ Décret n°88-1084 du 30 novembre 1988 relatif à l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et à la majoration pour travail intensif

⁸ Arrêté du 30 août 2001 fixant les taux de l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et de la majoration spéciale pour travail intensif

⁹ Arrêté du 10 mai 2017 modifiant l'arrêté du 30 novembre 1988 fixant les taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif

¹⁰ Décret n° 2017-995 du 10 mai 2017 modifiant le décret n° 88-1084 du 30 novembre 1988 relatif à l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et à la majoration pour travail intensif

¹¹ Arrêté du 16 novembre 2004 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés

pour assurer la continuité du service public infirmier de nuit. Ne sachant si le contrat de cette nouvelle infirmière avait vocation à se prolonger dans le temps, et face au renouvellement de la disponibilité de l'infirmière de nuit, couplé au futur départ à la retraite de la seconde infirmière de nuit titulaire, le Directeur a sollicité l'ensemble de l'équipe infirmière de jour afin de déterminer leur souhait d'effectuer des remplacements de nuit à tour de rôle, sur une période déterminée allant de 6 à 12 semaines, en cas de besoin. Par note de service, l'ensemble des effectifs infirmiers de jour était donc invité à se prononcer quant au choix de la durée de la période durant laquelle ils seraient affectés aux nuits, si l'établissement ne disposait plus que d'une infirmière de nuit. La création de ce « pool infirmier remplaçant de nuit » pour une période déterminée aurait donc permis à l'établissement de réduire les astreintes de nuit de l'infirmière d'après-midi et de pallier l'attente d'un recrutement.

Or, la proposition formulée par le Directeur, en lien avec les trois Cadres de santé paramédicaux, a provoqué une forte réaction de la part de l'ensemble de l'équipe infirmière, qui, appuyée par les représentants du personnel, a souhaité rencontrer les membres de l'encadrement afin d'obtenir l'annulation de la mise en œuvre de ce dispositif. Également présentée et soumise au vote du CTE et du CHSCT en sessions extraordinaires, cette potentielle nouvelle organisation a rencontré une opposition unanime de la part de l'ensemble des membres disposant d'un droit de vote, en dehors de celui du Directeur. En tant que future directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, cette opposition ferme et virulente m'a instantanément amenée à me questionner sur le travail de nuit, son organisation, ses conséquences, et ses enjeux. Pourquoi les infirmiers de jour refusaient-ils catégoriquement de passer de nuit, même de manière temporaire ? Cette opposition aurait-elle été la même venant des aides-soignants ou des ASHQ ? Pourquoi le travail de nuit était-il si peu plébiscité ? Était-il si différent du travail de jour ? Comportait-il plus de risques, plus de pénibilité ? Si tel était le cas, serait-il possible de le rendre plus attractif ? Et si oui, comment ?

Méthodologie

C'est donc d'une prémisses de décision relative à l'organisation du travail de nuit qu'a émergé le sujet de ce mémoire, qui se fonde en premier lieu sur divers éléments d'enquête : entretiens menés avec des interlocuteurs directement concernés par le travail de nuit au sein de la Résidence R (*IDE, AS et ASHQ de nuit, représentant syndical et cadre de santé*), rapports, travaux et données relatifs au travail de nuit (*scientifiques, sociologiques, épidémiologiques, etc.*) et sur un journal de terrain. Initialement, ce mémoire avait vocation à s'interroger sur les bonnes pratiques que pouvait mettre en œuvre un Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social afin de rendre le travail de nuit attractif, en partant du postulat selon lequel le principal facteur d'inattractivité de ces postes résidait dans la période particulière durant laquelle le travail de nuit se réalisait. Toutefois, les enquêtes menées sur l'attractivité du travail de nuit ont finalement conduit à une réflexion plus globale sur le management de ces équipes, et fait émerger que l'enjeu majeur du travail de nuit en EHPAD était celui de la sécurisation des agents, c'est-à-dire le fait de leur « donner une impression de sécurité, de tranquillité, de confiance et de stabilité »¹².

En tant que Directeur d'EHPAD, s'interroger sur la manière de sécuriser ses équipes de nuit suppose avant tout d'en saisir les tenants et les aboutissants, en étudiant les similitudes et discordances entre le travail de jour et de nuit (I). Associée à une enquête relative aux facteurs de pénibilité et aux risques psycho-sociaux induits par le travail de nuit (II), cette étude permet ensuite au Directeur d'élaborer une stratégie de sécurisation fondée sur l'organisation d'une continuité de prise en soins des résidents accueillis (III) et l'accompagnement de ses équipes de nuit (IV).

¹² Définition issue du Dictionnaire Larousse

1 SIMILITUDES ET DISCORDANCES ENTRE LE TRAVAIL DE JOUR ET DE NUIT EN EHPAD

Donner aux équipes de nuit un sentiment de sécurité, de tranquillité, de confiance et de stabilité suppose avant tout de bien saisir les missions qui leur sont dévolues, et en quoi elles divergent avec celles des équipes de jour. Cette étude permet de démontrer que le travail de jour comporte des missions variées, menées en pluridisciplinarité (1), tandis que travail de nuit se focalise avant tout sur la sécurité et le sommeil des résidents (2).

1.1 Un travail de jour varié mené en pluridisciplinarité

Si le travail des équipes de jour permet de répondre à la fois aux besoins primaires et secondaires des résidents accueillis (1), leur organisation est facilitée par la présence d'une équipe pluridisciplinaire constituant un atout non négligeable dans la prise en soins (2).

1.1.1 Une prise en soins de jour répondant aux besoins primaires et secondaires des résidents accueillis

La Résidence R se décompose en six unités de vie. Les deux unités protégées de la Résidence, situées au rez-de-chaussée, accueillent chacune 29 résidents présentant une déambulation pathologique et des troubles psycho-comportementaux non canalisés. Les quatre unités « toutes dépendances », situées au premier et deuxième étage, accueillent quant à elles 47 résidents chacune. L'intensité de la cadence et de la charge de travail des équipes de jour se traduit par la grande dépendance physique et psychique des résidents accueillis, en particulier des résidents des unités protégées. L'établissement a en effet fait le choix de n'accueillir qu'une population en situation de grande vulnérabilité, se traduisant par une moyenne d'âge de 89 ans et une majorité de personnes déclarées en GIR 1 ou 2¹³. La quasi-totalité des résidents accueillis nécessite donc à la fois une prise en soins techniques, liée à leur polyopathie, et relationnelle, liée aux troubles psycho-comportementaux causés par leur(s) maladie(s) neuro-évolutive(s). En outre, la journée, les résidents accueillis ont également besoin de mener une vie sociale et de bénéficier d'une animation adaptée à leurs besoins, garantes du maintien de leur citoyenneté et des liens sociaux dont ils disposaient avant leur entrée au sein de l'établissement.

Le travail des équipes de jour est donc rythmé par les besoins des résidents et se distingue entre les missions du matin et de l'après-midi. Le matin est dévolu aux soins de

¹³ Données issues du Rapport médical 2019 et du Rapport financier et d'activité 2019 de la Résidence R

nursing, aux visites médicales, et aux soins infirmiers. L'après-midi est quant à lui consacré aux soins relationnels, à l'animation et à la vie sociale. L'organisation du travail et les effectifs sont donc adaptés en conséquence. Le matin, cinq IDE sont déployé(e)s au sein de l'établissement : un(e) IDE au sein de chaque unité de vie de 47 résidents, et un(e) IDE dédié(e) aux deux unités protégées. Ce faisant, le ratio s'établit à un(e) IDE pour 47 résidents dans les unités « toutes dépendances » et un(e) IDE pour 56 résidents au sein des unités protégées. À ces cinq IDE s'ajoute la présence de cinq aide-soignant(e)s par unité de vie « toutes dépendances » et 2,5 aide-soignant(e)s pour les unités protégées. L'après-midi, les personnels soignants et paramédicaux sont chargés d'assurer l'animation et la vie sociale des résidents, ainsi que quelques soins de nursing, en tant que de besoin (*accompagnement aux toilettes, changes, etc.*). Leurs effectifs sont réduits à trois IDE pour l'ensemble de l'établissement, et deux aides-soignants par unité de vie. À cette prise en soin des besoins primaires et secondaires des résidents par l'équipe de jour s'ajoute l'accompagnement des familles. Malgré une forte médicalisation liée à l'état de santé polypathologique des résidents, les EHPAD restent avant tout un lieu de vie, ouvert sur l'extérieur. La présence des familles constitue donc un autre mode d'accompagnement des résidents, auquel s'associent les membres du personnel médical et paramédical. Les familles doivent en effet être considérées comme des acteurs à part entière dans la prise en soins des résidents accueillis, en vertu du leitmotiv selon lequel « *une famille apaisée fait un résident apaisé.* ».

Le travail des équipes de jour est donc un travail physique et éprouvant, lié à la manutention des résidents lors de la réalisation des soins de nursing, et à la nécessité de respecter une certaine cadence et des contraintes horaires, en particulier sur la tranche horaire du matin (6H45-14H30). Si le travail des équipes d'après-midi est moins physique que celui des équipes du matin, pèse néanmoins sur elles la charge mentale liée à la présence des familles et aux sollicitations de l'ensemble des résidents. Les équipes de jour sont également confrontées aux troubles psycho-comportementaux dont sont atteints les résidents accueillis, en particulier au sein des unités protégées, s'illustrant par des refus et oppositions physiques et/ou verbales à la prise en soins, des comportements agressifs et/ou violents, une désorientation spatio-temporelle, etc.

“ « C'est tout le temps, tout le temps. Et puis on leur demande ci, on leur demande ça. Et puis il y a un tel qui sonne, et puis il faut aller là-bas ... »¹⁴

¹⁴ Annexe 1 – Extrait de l'entretien mené avec le cadre supérieure de santé de la Résidence R
Rachel MILANDOU - Mémoire de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

Toutefois, les équipes de jour, qu'elles soient du matin ou de l'après-midi bénéficient d'atouts non négligeables dans l'accompagnement quotidien des résidents accueillis.

1.1.2 Une prise en soins de jour favorisée par la présence de nombreux atouts non négligeables

Le développement de l'approche non-médicamenteuse par la Résidence R permet en effet de répondre aux besoins des résidents accueillis, tout en améliorant les conditions de travail de l'équipe de jour. Cette approche se traduit notamment par :

- 1) L'existence de deux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places chacun. Destinés à accueillir entre 10H et 16H30 un groupe de résidents ayant des troubles du comportement modérés, les PASA proposent des activités sociales et thérapeutiques, en lien avec le projet de vie du résident. Chaque PASA dispose d'une équipe attitrée composée d'un Assistant de Soins en Gériatrie (ASG), d'un accompagnant et d'un temps de psychologue dédié. Particulièrement bénéfiques pour les résidents, les PASA constituent également une amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des équipes de jour puisqu'ils réduisent le nombre de résidents que chaque équipe soignante est amenée à prendre en soins, et permet ainsi de favoriser l'accompagnement individualisé de l'ensemble des résidents.
- 2) La présence, pendant les jours ouvrés, de trois à quatre médecins salariés permet quant à elle d'apporter un soutien au personnel soignant, en particulier auprès de l'équipe infirmière (*présence aux temps de transmissions, réalisation d'ordonnances, gestion des urgences, etc.*), mais également de rassurer les résidents qui peuvent bénéficier d'une visite médicale autant que de besoin.
- 3) La mise à disposition de deux animatrices, dont une animatrice spécifiquement dédiée aux unités protégées. En plus des PASA, l'animation et la vie sociale s'invitent quotidiennement au cœur de chaque unité de vie, et s'adaptent aux besoins et souhaits des résidents.
- 4) La mise en place, depuis 2018, du « référent institutionnel » : selon ce dispositif, chaque aide-soignant(e) et chaque ASHQ est référent de trois à quatre résidents. Ils sont ainsi chargés de leur bien-être physique, psychique et environnemental, d'assurer le lien avec leur famille, mais également avec l'ensemble des acteurs de l'établissement. Sans empiéter sur les domaines de compétences des médecins et des infirmiers, les référents institutionnels constituent ainsi une personne ressource pour le résident, sa famille, et tout autre interlocuteur.

- 5) L'existence de trois psychologues en 0,5 ETP au sein de l'établissement, dont une psychologue spécifiquement dédiée aux unités protégées, permettant d'assurer la présence d'au moins un psychologue par jour ouvré. Pleinement inscrits dans le projet de vie de chaque résident, les psychologues ont pour rôle de leur proposer un accompagnement psychologique personnalisé, prenant notamment la forme d'entretiens ou d'ateliers thérapeutiques destinés à apaiser leurs troubles et leurs angoisses, en utilisant entre autres les équipements techniques mis à leur disposition tels que la TOVERTAFEL©, les espaces Snoezelen© et les robots émotionnels d'assistance thérapeutique.

Le travail et la composition des équipes de jour sont donc fondamentalement organisés autour des besoins des résidents accueillis. Une réponse aux besoins primaires des résidents est ainsi apportée le matin par la présence des médecins salariés, d'une infirmière et de trois aides-soignantes par unité de vie, mais également de l'ensemble des ASHQ et agents hôteliers. L'après-midi, le besoin de vie sociale des résidents est comblé par la présence des animatrices, de leur famille et de leurs proches. Par ailleurs, et tout au long de la journée, la présence de cette équipe pluridisciplinaire permet d'apporter une réponse personnalisée et individualisée à la demande et au besoin de chaque résident accueilli. Autant d'atouts dont ne disposent pas en totalité les équipes de nuit.

1.2 Un travail de nuit encore trop focalisé sur le sommeil et la sécurité des résidents

De jour comme de nuit, l'objectif poursuivi par les équipes est le même : assurer au résident accueilli un bien-être physique, psychique et environnemental. La question reste de savoir de quelle manière l'assurer la nuit. En partant du postulat selon lequel le besoin principal des résidents est de dormir la nuit, les missions de l'équipe de nuit s'apparenteraient alors plus à une forme de « gardiennage » et de « veilleur de nuit » (1). Or, si cette théorie a pu être vérifiée par divers éléments d'enquête, force est de constater que le travail de nuit en EHPAD fait l'objet d'une évolution encore non achevée (2).

1.2.1 Un travail de nuit a priori constitué par une forme de « gardiennage »

Les fiches de postes des équipes de nuit de la Résidence R séquencent le travail de l'équipe de nuit en deux missions, hiérarchisées par ordre d'importance. La mission de première ligne consiste effectivement à « s'assurer que les résidents dorment bien, et en sécurité ». Particulièrement large, cette mission se traduit de manière différente selon les catégories professionnelles. Pour l'IDE de nuit, cette mission suppose avant tout de procéder à la distribution des médicaments, de dispenser certains soins techniques infirmiers

(*vérification des perfusions, changement de sondes, réalisation de pansements, etc.*) mais également de gérer les urgences et d'accompagner les potentiels résidents en fin de vie. Pour les AS et les ASHQ, cette mission de veille et de sécurité consiste à effectuer des rondes pour procéder au changement des protections des résidents en tant que de besoin, distribuer les collations et répondre aux sollicitations.

La mission de seconde ligne des équipes de nuit consiste quant à elle à effectuer le bionettoyage des infirmeries et de différents locaux. Toutefois, les fiches de poste font également état d'une forme de « glissement de tâches » dévolues aux AS et ASHQ vers l'IDE, qui est également chargée de contribuer aux changes des résidents, à la distribution des collations et à la réponse aux sollicitations. La nuit, le rôle de l'IDE n'est donc pas simplement « technique », contrairement à ce qui se fait le jour. L'objectif de ces deux premières missions est ainsi d'offrir aux résidents un cadre propice à l'endormissement et de bonnes conditions de sommeil, passant avant tout par une sécurisation physique et psychique des résidents.

1.2.2 Une évolution non achevée du travail de nuit en EHPAD

En réalité, l'accueil en EHPAD de résidents polypathologiques présentant un âge et niveau de dépendance de plus en plus élevés, majoré par la présence de troubles psycho-comportementaux, a véritablement modifié leurs besoins, et donc le rôle dévolu aux équipes de nuit. Dans son rapport d'enquête « EHPA 2015 » rendu en 2017, la DREES analysait en effet une forte augmentation de l'âge et du niveau de dépendance des résidents accueillis en EHPAD. Fin 2015, sur les 728.000 personnes hébergées en EHPA¹⁵, la moitié était âgée de plus de 87 ans et 83% d'entre eux présentaient une perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR (c'est-à-dire classés en GIR 1 à 4). Au sein des EHPAD, les personnes en situation de grande dépendance (GIR 1 et 2) représentaient 54% de la population accueillie. L'enquête démontre également que « *hors logement-foyer, 93 % des résidents ont besoin d'aide pour réaliser leur toilette, 86 % en ont besoin pour s'habiller et 70 % pour s'alimenter. Trois résidents sur quatre ne peuvent pas se déplacer entièrement seuls à l'intérieur de leur lieu de vie. Les problèmes de cohérence et d'orientation sont relevés chez respectivement 77 % et 83 % des résidents accueillis.* »¹⁶. L'augmentation du niveau de dépendance et de la perte d'autonomie, mais également des troubles psycho-comportementaux des personnes accueillies en EHPAD, entraîne donc une évolution de leurs besoins, et, mécaniquement, une évolution du rôle que les équipes de nuit ont à jouer.

¹⁵ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

¹⁶ Etudes et Résultats, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 - Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 - DREES

En outre, si dormir reste un besoin vital pour tout être humain, il semblerait que celui-ci s'amenuise avec l'âge¹⁷. Les personnes âgées seraient ainsi plus susceptibles de souffrir de troubles du sommeil et d'angoisses nocturnes. En effet, la nuit majorerait les troubles du comportement chez les personnes âgées, en particulier chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Cette majoration des troubles cognitifs la nuit chez ces personnes est ainsi décrite par la Fondation Médéric-Alzheimer, dans son appel à projet relatif à l'accompagnement de nuit des personnes âgées¹⁸ : « *Pour les personnes malades, la perte progressive des repères temporels et les effets de l'angoisse vespérale¹⁹ peuvent engendrer de l'agitation, des épisodes confusionnels [...] ainsi que des troubles du sommeil. Les réveils et l'activité nocturnes [...] peuvent majorer le risque de blessures, de chutes ou de sorties imprévues* ». La gestion des troubles psycho-comportementaux par l'apaisement des personnes âgées constitue donc une autre mission essentielle de l'équipe de nuit.

 « Dans le temps on faisait de la surveillance pure et simple. [...] Le problème c'est que ce n'est plus un rôle de surveillance. Maintenant on est amenés à travailler comme les équipes de jour. Ce n'est plus de la surveillance, c'est fini. »²⁰

Contrairement aux équipes de jour, la majeure partie des dispositifs mis en œuvre au titre de l'approche non-médicamenteuse sont plus difficilement déployables la nuit, en particulier eu égard à la composition restreinte des équipes face au nombre de résidents accueillis. Pour autant, la mise en œuvre d'un accompagnement individualisé semble devoir se prolonger la nuit, en faisant notamment partie intégrante du projet de vie et de soins du résident. Si le besoin de dormir la nuit reste primaire, force est de constater que celui-ci ne peut en effet être comblé sans la résolution préalable d'autres besoins physiques et psychiques, en particulier liés à la sécurité et au confort. La spécificité du travail de nuit réside donc dans la capacité de répondre aux besoins des résidents durant cette période particulière.

Comme en témoignent les fiches de poste et le journal de terrain réalisé dans le cadre de ce mémoire, les missions des équipes de nuit ont été réajustées puisqu'elles se focalisent majoritairement sur des rondes destinées à vérifier l'état de santé physique et

¹⁷ Corman, B. (2006). Le sommeil des seniors. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116(1), 45-61. doi:10.3917/gs.116.0045.

¹⁸ Fondation Médéric-Alzheimer, Appel à projet 2018, Alzheimer : améliorer l'accompagnement de nuit des personnes vivant à domicile

¹⁹ Selon le Dictionnaire Larousse, une angoisse est dite vespérale lorsqu'elle se produit le soir, au coucher.

²⁰ Annexe 2 – Extrait de l'entretien mené avec l'IDE et l'ASHQ de nuit de la Résidence R

psychologique des résidents, une délivrance de soins de nursing, une gestion des urgences et une réponse aux sollicitations. Toutefois, cette évolution reste principalement fondée sur la prise en soins des besoins physiques des résidents, et semble encore devoir progresser vers le chemin d'une prise en soins davantage relationnelle et individualisée. Préjudiciable pour les résidents, cette évolution encore non-achevée du travail de nuit en EHPAD constitue également un facteur de risque psycho-social pour les équipes de nuit.

2 PÉNIBILITÉ ET RISQUES PSYCHO-SOCIAUX GÉNÉRÉS PAR LE TRAVAIL DE NUIT EN EHPAD

En débutant les travaux de recherche destinés à alimenter ce mémoire, le postulat immédiat était que le principal facteur de pénibilité du travail de nuit résidait dans les horaires de travail des équipes. Travailler en décalage avec le reste de la société semblait en effet être un risque psycho-social majeur. Toutefois, les entretiens menés avec différents agents ainsi que la lecture de rapports scientifiques ont permis de déterminer que la pénibilité du travail de nuit était en réalité multifactorielle (1) et que la rencontre quotidienne de problématiques fréquentes par les agents lors de leur service majorait l'apparition de risques psycho-sociaux (2).

2.1 Une pénibilité multifactorielle du travail de nuit en EHPAD

Si travailler de nuit induit une pénibilité physique au cours du service (1) elle se répercute également en dehors de celui-ci (2).

2.1.1 Une pénibilité physiquement présente au cours du service

La première cause de pénibilité physique résulte dans le nombre de pas réalisés par les équipes de nuit lors de leur service. Contrairement aux équipes de jour dont la répartition et l'organisation du travail leur permet de n'effectuer qu'au sein d'un sous-secteur de leur unité de vie, réduisant drastiquement le nombre de pas générés au cours de leur service, les quatre agents de l'équipe de nuit de la Résidence R sont répartis sur une surface totale de plus de 10 000m². Si chaque équipe n'est positionnée que sur un seul bâtiment, réduisant de moitié la surface à parcourir, les agents parcourent entre cinq et huit kilomètres par nuit, représentant plus de 15.000 pas. Ce nombre élevé de pas est essentiellement lié aux rondes effectuées et à la nécessité de répondre aux sollicitations des résidents.

Comme évoqué précédemment, l'angoisse dont souffrent les résidents est majorée par la nuit, engendrant de fait l'activation des sonnettes qui se répercutent sur les téléphones des agents. Chaque sonnette nécessitant une réponse, les déplacements des membres de

l'équipe de nuit sont donc perpétuels, et peuvent se répartir aléatoirement sur les trois niveaux de leur bâtiment d'affectation. En outre, l'activation des sonnettes par les résidents n'est pas forcément réalisée au regard de leurs besoins. En effet, et comme l'expliquait l'IDE de nuit, les résidents présentant des troubles cognitifs conservent certains réflexes hérités de leur vie quotidienne précédant leur entrée en établissement. Malgré la mise en œuvre de l'éclairage automatique au sein des salles de bains individuelles de chaque logement, pour cette génération, l'activation et la désactivation de la lumière reste conditionnée au fait d'appuyer sur un bouton. Les résidents cherchent donc à allumer et à éteindre la lumière en utilisant la sonnette mise à leur disposition, engendrant de fait une alerte sur le téléphone des soignants, et, de fait, un déplacement. Interrogée sur le déploiement potentiel de la visio-accompagnement au sein des logements des résidents, qui pourrait permettre de déterminer à distance le besoin du résident sollicitant une aide, l'infirmière de nuit écartait de fait ce dispositif. Si celui-ci dispose de toute sa place dans un hôpital, les troubles cognitifs des résidents le rendraient inefficace en EHPAD. Les résidents risqueraient en effet d'être mis en échec par une technologie qu'ils ne maîtrisent pas, et la visio ne remplacerait pas la présence physique, relationnelle et rassurante dont ils ont besoin. Les déplacements des équipes de nuit sont donc nécessaires, même s'ils engendrent une pénibilité physique.

Outre les déplacements, la pénibilité physique du travail de nuit réside dans la manutention des résidents. Si cette pénibilité est également présente pour les équipes de jour qui réalisent les soins de nursing et aident les résidents dans leurs déplacements, les équipes de nuit sont confrontées à de nombreuses manutentions au lit du résident, liés aux changes, ainsi qu'aux chutes de ces derniers. L'augmentation de la dépendance physique des résidents aurait en effet augmenté le nombre de changes à effectuer par les équipes de nuit au cours de leur ronde. En sus de la liste des résidents souhaitant bénéficier d'un renouvellement systématique de leur protection, les équipes de nuit veillent également à ce que chaque résident visité lors de la première ronde de 22H puisse s'endormir dans les conditions les plus confortables possibles, ce qui implique notamment une vérification et un change de leur protection, en tant que de besoin. Pour les résidents ne nécessitant pas de protection, la manutention consiste avant tout à les aider à se lever et à se déplacer pour se rendre aux toilettes. De plus, la souillure des lits causés par une protection sale engendre une réfection totale du lit par les équipes de nuit, majorant encore la manutention à réaliser. Les chutes plus fréquentes des résidents la nuit, liées à une plus forte agitation, mais également à la prise de certains médicaments (*neuroleptiques ou psychotropes*), augmenteraient également les gestes de manutention. La pénibilité liée à la manutention réalisée par les équipes de nuit se confirme par l'analyse des statistiques des accidents du

travail et maladies professionnelles (AT/MP) de la Résidence R au cours des années 2015 à 2019, comme en témoigne le tableau ci-dessous :

Année	Grade	Titulaire/contractuel	Nature de l'arrêt	Lésion	Durée	% sur le nombre d'arrêts total
2015	ASHQ	Titulaire	Blessure par un résident	Entorse pouce gauche	2 jours	2 arrêts sur 26 soit 8%
	ASHQ	Contractuel	Manutention	Traumatisme poignet gauche	7 jours	
2016	AS	Titulaire	Contact entre agents	Traumatisme cervical		1 sur 20 soit 5%
2017	ASHQ	Titulaire	Glissade	Entorse orteil gauche	7 jours	4 sur 37 soit 10,8%
	AS	Titulaire	Chute	Entorse du rachis cervical	46 jours	
	ASHQ	Contractuel	Manutention d'un résident	Douleurs lombaires	6 jours	
	ASHQ	Contractuel	Manutention d'un résident	Lumbago	4 jours	
2018	ASHQ	Titulaire	Manutention d'un résident	Entorse main droite	19 jours	2 sur 38 soit 5%
	ASHQ	Titulaire	Manutention d'un résident	Scapulalgie droite	4 jours	
2019	ASHQ	Contractuel	Manutention d'un résident	Entorse pouce droit	6 jours	1 sur 30 soit 3%

Cette période recense un total de 10 arrêts de travail émis par les agents de l'équipe de nuit, sur un total de 151 arrêts de travail tous services confondus sur la même période, représentant 6% des arrêts de travail. Sur ces 10 arrêts de travail, cinq étaient liés à la manutention d'un résident. Si le nombre de jours d'arrêt moyen est relativement faible (entre 4 et 6 jours), l'un des arrêts de travail lié à la manutention d'un résident était de 19 jours, permettant de supposer une gravité modérée. En outre, 80% des arrêts de travail concernaient la catégorie professionnelle des ASHQ, qui s'explique probablement par l'absence de qualification de ces personnels, et permet ainsi de pointer le curseur sur la nécessité de former ces professionnels à la prise en soins de la grande dépendance. Pour le Directeur, l'analyse des AT/MP des équipes de nuit, ainsi que la consultation des agents et des cadres de santé paramédicaux constituent un premier moyen d'évaluer les besoins et priorités de formation des agents, prémisse à l'élaboration du plan de formation. Elles constituent également un moyen de développer une politique d'achat et d'investissement

destinée à doter les équipes en matériel adapté, minorant les risques liés à la manutention aussi bien pour les résidents que pour les membres du personnel.

Si la pénibilité physique du travail de nuit semble donc présenter des répercussions pour certains agents, en particulier les moins qualifiés, elle se retrouve également de manière avérée en dehors du service des agents.

2.1.2 Des répercussions avérées en dehors du service

Dans un rapport publié en 2016²¹, l'Agence Nationale de la Sécurité Sanitaire, de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) a évalué les risques sanitaires liés au travail de nuit. Selon ce rapport, le travail de nuit engendrerait des répercussions d'ordre sanitaire et socio-économique sur les agents. Du point de vue sanitaire, la première répercussion du travail de nuit, non spécifique au travail en EHPAD, concernerait le sommeil des agents. Le travail de nuit induirait un effet négatif avéré sur la qualité et la quantité du sommeil des personnes concernées. Les travailleurs de nuit rencontreraient des difficultés d'endormissement, causées par « une désynchronisation entre les rythmes circadiens²² calés sur un horaire de jour et le nouveau cycle activité-repos/veille-sommeil imposé par le travail de nuit »²³. Cette désynchronisation nécessiterait donc au travailleur de nuit de réorganiser son cycle de sommeil, mais également de trouver des palliatifs aux conditions environnementales peu propices à l'endormissement. En effet, la lumière du jour, le niveau de bruit et les températures plus élevées la journée, ainsi que le rythme social, sont autant de facteurs perturbateurs des rythmes biologiques et du sommeil, qui peuvent également engendrer d'autres répercussions physiques et psychologiques.



« Il faut savoir se reposer la journée. Il faut savoir dormir aussi. Parce que ce n'est pas évident de dormir quand il y a une vie autour de soi, ou du voisinage. »²⁴

Tout d'abord, le manque et la piètre qualité du sommeil induits par le travail de nuit seraient un facteur de somnolence, « expliquée par la désynchronisation de la journée de travail par rapport à l'horloge circadienne, et par la dette de sommeil »²⁵. Cette dette de sommeil causerait également des épisodes de somnolence entre le réveil et la prise de poste des travailleurs de nuit, préjudiciables à la réalisation de leurs tâches quotidiennes, mais également à leur service. Même si elles n'ont pas été démontrées par l'étude des

²¹ ANSES, Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit – Rapport d'expertise collective, Juin 2016

²² Le rythme circadien se définit comme les « processus biologiques cycliques d'une durée d'environ 24 heures ».

²³ ANSES, Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit – Rapport d'expertise collective, Juin 2016

²⁴ Annexe 6 – Extrait de l'entretien mené avec le représentant du personnel de la Résidence R

²⁵ ANSES, Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit – Rapport d'expertise collective, Juin 2016

AT/MP de la Résidence R, somnolence et fatigabilité peuvent engendrer des difficultés dans la réalisation des missions incombant à l'équipe de nuit, favorisant de fait les erreurs et/ou les accidents. La fatigabilité et le manque de sommeil engendreraient également une irritabilité particulièrement préjudiciable dans la prise en soins relationnelle des résidents qui nécessitent d'être en contact avec des personnels susceptibles de les apaiser en cette période particulière qu'est la nuit. En effet, l'étude de l'ANSES démontre que les travailleurs de nuit « rapportent communément des atteintes à leur santé psychique »²⁶ tels que troubles de l'humeur, dépression, irritabilité et anxiété. Enfin, le travail de nuit serait facteur de troubles métaboliques et de pathologies cardio-vasculaires. Selon les études ayant servi de support à l'avis rendu par l'ANSES en 2016, les travailleurs de nuit augmenteraient leur prise alimentaire et auraient tendance à consommer plus d'aliments sucrés afin de compenser leur manque de sommeil, et de ne pas souffrir de somnolence au cours de leur service. En ce qu'il augmente la prise alimentaire, le travail de nuit serait également facteur du syndrome métabolique. Selon la définition donnée par les Professeurs G. ALBERTI et P. ZIMMET, membres de la Fédération Internationale du Diabète, le syndrome métabolique est constitué par une obésité abdominale à laquelle s'associe au moins deux des facteurs suivants : un taux élevé de triglycérides, un faible taux de cholestérol HD, un taux élevé de glycémie veineuse, un diabète de type 2, un taux élevé de cholestérol LDL et une hypertension artérielle.

D'un point de vue socio-économique, l'ANSES démontre que le travail de nuit aurait des conséquences sur la vie sociale des agents. Celle-ci serait en effet limitée « en raison de la discordance temporelle entre [leur] rythme de vie et [celui] de l'ensemble de la société ». Cette discordance se traduirait alors par une difficulté à organiser des temps d'échange et de rencontre avec sa sphère amicale et familiale, mais également à accéder à certaines activités sociales formalisées sur le cadre de vie « classique » de la société, engendrant un isolement social et/ou une tendance à ne fréquenter que des personnes partageant le même rythme de vie, et en particulier ses collègues de travail. D'un point de vue familial, le travail de nuit peut être présenté comme une opportunité à l'agent ayant des enfants en bas-âge en ce qu'il lui permet de travailler tout en s'occupant de ses enfants la journée. Dans les faits, cette solution est vivement déconseillée par l'INRS qui, dans un guide destiné aux travailleurs de nuit²⁷, préconise « d'affecter [les femmes enceintes ou venant d'accoucher] à un poste de jour » ou de « suspendre leur contrat de travail lorsque l'affectation à un poste de jour est impossible ». Selon le rapport de l'ANSES, le travail de nuit pourrait également

²⁶ ANSES, Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit – Rapport d'expertise collective, Juin 2016

²⁷ INRS, Le travail de nuit et le travail posté : quels effets ? Quelle prévention ? Septembre 2018

induire une réduction du temps de partage entre les membres de la famille, une altération des relations conjugales et faire émerger des déséquilibres dans le fonctionnement de la famille. Cette situation engendrerait des frustrations et tensions aussi bien pour les membres de la famille que pour l'agent travaillant de nuit, qui pourrait ressentir une forme de culpabilité. Néanmoins, l'impact du travail de nuit sur la vie sociale, familiale et personnelle des agents n'est pas universel et reste intrinsèquement lié à l'individualité de chacun, comme le témoigne une AS de nuit de la Résidence R :

« J'ai vraiment bien calé ma vie sociale. C'est vrai que des fois on aurait tendance à s'éloigner du monde extérieur parce que quelque part on est isolés du monde en travaillant de nuit. [...] Je m'oblige à sortir. Ne serait-ce que d'aller voir la boulangère, la voisine. Mais s'obliger à sortir prendre l'air et voir du monde. Sinon on a tendance à s'enfermer, à s'isoler, et à rester chez soi entre deux nuits de travail. Et si derrière ça vous êtes un gros dormeur, vous ne voyez pas le jour entre deux nuits de travail ! »²⁸

2.2 Des problématiques quotidiennes majorant les risques psychosociaux

Au sein de la Résidence R, les équipes peuvent remplir des fiches d'évènement indésirables (FEI), évaluées et traitées quotidiennement par les équipes d'encadrement. Ces FEI constituent une première base de travail dans la réalisation du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), destiné notamment à prévenir les risques psycho-sociaux du personnel. L'analyse des FEI rédigées par les équipes de nuit a donc constitué le premier élément d'enquête dans la détermination de leurs risques psychosociaux, permettant de faire émerger que ceux-ci étaient avant tout liés à l'angoisse de se retrouver seul face à une situation d'urgence ou à un imprévu (1) mais également à un manque de communication avec les équipes de jour (2).

2.2.1 Une solitude angoissante face aux urgences et aux imprévus

La lecture et l'analyse des FEI rédigées par les équipes de nuit entre 2016 et 2019, ainsi que des synthèses des évènements indésirables produites sur les mêmes années, a permis de dresser plusieurs constats, comme en témoigne le tableau de synthèse joint en annexe²⁹. En moyenne, l'équipe de nuit était ainsi la plus exposée aux troubles du comportement des résidents. En 2016, l'équipe de nuit avait déclaré 62 évènements indésirables liés aux comportements des résidents, représentant 21% des évènements

²⁸ Annexe 3 – Extrait de l'entretien mené avec l'Aide-Soignante de nuit de la Résidence R

²⁹ Annexe n°6 – Tableau de synthèse des FEI émises par les équipes de nuit de 2016 à 2019

totaux déclarés. En 2017, ce type d'évènement indésirable représentait 17% des évènements, et 18% en 2018. L'équipe de nuit était ainsi considérée comme étant le deuxième service à être le plus exposé aux troubles du comportement en 2018, le troisième en 2017 et le premier en 2016. Pourtant, la synthèse des FEI comporte une distinction entre les services, dont les services des unités protégées. En 2016, les équipes de nuit semblaient donc être plus exposées aux troubles du comportement des résidents que les services de jour des unités protégées. Ce constat a donc fait émerger certaines interrogations : les résidents présentent-ils plus de troubles du comportement la nuit ? Le fait que l'équipe de nuit soit plus restreinte augmente-t-il cette sensation d'évènement indésirable ? Le fait que l'équipe de jour soit plus nombreuse permet-elle de mieux désamorcer et d'anticiper les situations critiques ?

La première hypothèse à ces interrogations tenait d'abord à la différence de composition entre les équipes de jour et les équipes de nuit : là où les équipes de jour n'auraient en effet pas forcément perçu une situation comme indésirable du fait de leur nombre et de la possibilité d'obtenir de l'aide ou un conseil auprès d'un autre interlocuteur, l'équipe de nuit pouvait considérer l'évènement comme grave et indésirable compte-tenu du stress engendré par le peu de personnel présent la nuit au sein de l'établissement. En second lieu, et du fait de leur nombre et de leur présence constante dans les services, les équipes de jour disposeraient plus facilement de la capacité d'anticiper ou de désamorcer les situations difficiles liées aux troubles psycho-comportementaux des résidents accueillis.

Les entretiens réalisés avec les agents de nuit ont permis de déterminer que ces équipes appréhendent en effet l'arrivée d'une situation d'agression ou d'agitation d'un résident la nuit eu égard à leur nombre restreint. Cette peur est également majorée par le fait que les membres du binôme ont souvent tendance à se séparer au cours de leur ronde au sein d'une unité, dans un souci d'optimisation de leur temps de travail. En cas de difficulté ou d'agression, l'agent risque donc de se retrouver seul, et nécessiter de faire appel à son collègue qui peut se trouver dans un logement plus éloigné. Le stress d'une agression potentielle est donc majoré par la peur de ne pas obtenir d'aide immédiate et de se retrouver seul et démuni face à la situation, en particulier lorsque l'EHPAD ne dispose pas d'une IDE de nuit.



« Moi je ne descends jamais ici toute seule, c'est très rare que je laisse mon collègue ici. C'est d'une extrême violence, il faut le savoir. »³⁰

³⁰ Annexe 2 – Extrait de l'entretien mené avec l'IDE et l'ASHQ de nuit de la Résidence R

Le second constat tiré de l'analyse des FEI était que de 2016 à 2018, l'équipe de nuit était le service le plus exposé au risque de disparition ou de sortie du service d'un résident, comme en témoigne le tableau suivant :

Part des évènements indésirables déclarés liés à la sortie ou à la disparition d'un résident				
	Equipe de nuit	Unité Protégée A	Unité Protégée B	Autres services
2016	33%	21%	19%	27%
2017	35%	25%	25%	15%
2018	28%	33%	5%	34%

Pour expliquer cette prévalence, la première hypothèse était que les équipes de nuit ne pouvaient pas faire preuve d'autant de vigilance que les équipes de jour, compte tenu de leur nombre, de leurs missions et du nombre de résidents dont elles avaient la responsabilité. La mise en place en 2018 de la vidéo-accompagnement, permettant une réception des images en temps réel sur les tablettes mises à disposition des agents, étayait cette hypothèse en ce que le risque de disparition avait considérablement baissé en 2018, passant d'une moyenne de vingt disparitions par an à seulement six. En second lieu, le risque accru de disparition la nuit pouvait s'expliquer par les troubles psycho-comportementaux des résidents. La plus grande angoisse exprimée par les agents de nuit était en effet celle de la disparition des résidents ou de l'intrusion d'une personne extérieure à l'établissement. L'IDE de nuit expliquait ainsi que la majeure partie de son travail au sein des unités protégées consistait à s'assurer de la présence effective de l'ensemble des résidents.

« Dans les unités protégées c'est un enfer. Vous avez toujours peur qu'il vous en manque. [...] La dernière fois on a retrouvé Mme M. accroupie dans le fond d'une armoire, sous les manteaux. Et quand vous n'en retrouvez pas un, et bien vous trouvez le temps long ! »³¹

Au sein de la Résidence R, ce risque psycho-social est néanmoins atténué par la mise en œuvre de plusieurs dispositifs de sécurité, en particulier architecturaux. Intégralement reconstruit en 2016, la conception architecturale de l'EHPAD permet de réduire le risque de sortie des résidents. En premier lieu, aucune unité de vie ne dispose d'un accès immédiat sur l'extérieur. La porte de sortie de chaque unité est en outre équipée d'un digicode donnant sur un « SAS d'entrée », dont la porte de sortie vers l'intégralité de l'établissement est également équipée d'un second digicode. Si le code est inscrit sur chaque digicode afin d'assurer la liberté d'aller et venir des résidents, la probabilité qu'un

³¹ Annexe 2 – Extrait de l'entretien mené avec l'IDE et l'ASHQ de nuit de la Résidence R
Rachel MILANDOU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2020

résident atteint de troubles cognitifs réussisse à taper une première fois le code menant vers le SAS, puis une seconde fois le code menant vers l'extérieur reste faible. En outre, l'établissement n'est doté que d'une seule porte d'entrée et de sortie vers l'extérieur, elle-même équipée d'un SAS et de deux digicodes. En cas de sortie d'un résident à l'extérieur, celui-ci se retrouverait dans le jardin de l'établissement ou sur le parking « visiteurs », dont la seule sortie à l'extérieur de l'enceinte de l'établissement est le portail. Or, le portail extérieur a été conçu pour se fermer automatiquement la nuit, et ne s'ouvrir qu'à l'approche d'une voiture provenant de l'intérieur du parking. Ces six dispositifs cumulés permettent donc de sécuriser la potentielle disparition d'un résident. En outre, et comme évoqué précédemment, le système de vidéo-accompagnement dont bénéficient les équipes de nuit depuis 2018 leur permet de visionner en direct l'intégralité de l'établissement, et de rechercher plus aisément un potentiel résident disparu.

Si l'architecture de la Résidence R reste particulière au regard de sa reconstruction récente, bon nombre d'EHPAD ne bénéficient toutefois pas d'un tel modèle architectural, et présentent un taux de vétusté assez élevé. Dans son rapport sur la situation des EHPAD en 2017, publié en avril 2019, la CNSA actait ainsi que le taux de vétusté des constructions des EHPAD s'élevait en moyenne à 39%³². Dans un EHPAD ne bénéficiant pas d'une architecture sécurisée par l'existence de petites unités fermées et de SAS permettant de réduire les potentielles sorties ou disparitions, d'autres moyens destinés à sécuriser les équipes de nuit de la survenance du risque de disparition peuvent tout de même être envisagés. L'installation d'un éclairage automatique permettant aux équipes de nuit d'être alertées des déplacements des résidents, ainsi que de digicodes et d'équipement de vidéo-accompagnement peuvent ainsi être identifiées comme prioritaires et intégrées au plan d'investissement de l'établissement. La mise en œuvre d'un système de vidéo-protection nécessite néanmoins d'être anticipée par le Directeur puisqu'elle doit bénéficier d'une autorisation expressément délivrée par le Préfet du Département, soumise à la constitution d'un dossier préalable par le CERFA N°13806*03, et renouvelable tous les cinq ans. En outre, le risque de disparition d'un résident doit faire l'objet d'un protocole et d'un mode opératoire mis librement à disposition des équipes de nuit, et facilement mémorisable.

Si la mise à disposition de matériel technique et informatique peut considérablement aider et sécuriser les équipes de nuit, l'analyse des FEI révèle un plus grand nombre de

³² CNSA, La situation des EHPAD en 2017, Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents, Avril 2019

signalement des défaillances techniques la nuit, en particulier au titre de l'année 2017, année postérieure au déménagement au sein de la nouvelle structure :

Nombre d'évènements indésirables déclarés liés aux défaillances techniques							
	Equipe de nuit	UP A	UP B	Service C	Service D	Service E	Service F
2016	23	26	24	20	10	12	15
2017	61	32	17	23	25	8	32
2018	39	12	4	9	11	17	16

Si la prévalence de déclaration en 2017 peut être mise en lien avec le déménagement au sein de la nouvelle structure et l'appropriation de nouveaux locaux et équipements, l'équipe de nuit reste le service ayant en moyenne déclaré le plus d'évènements indésirables liés aux défaillances techniques au cours de ces trois années. Du fait de leur nombre restreint, de leur solitude, de l'absence physique de personnel technique au sein de l'établissement, et du nombre de résidents dont ils assurent la prise en soins, les défaillances techniques constituent en effet une difficulté et un facteur de stress supplémentaire pour l'équipe de nuit.

« Une autre particularité de la fonction nocturne tient à la visibilité de ces incidents qui sont singularisés par la solitude du soignant. Le jour, où une multitude d'acteurs interagissent, les incidents sont proportionnellement plus nombreux mais nettement plus difficiles à attribuer. »³³

Les équipes de nuit sont en effet plus dépendantes des matériels techniques que les équipes de jour en ce qu'ils constituent une grande partie des facteurs contribuant à l'amélioration de leurs conditions de travail. Les téléphones leur permettent ainsi de communiquer entre eux, mais aussi vers l'extérieur, les ascenseurs limitent le nombre de pas à effectuer et contribuent à réduire la fatigue engendrée par une montée fréquente des escaliers, et les digicodes les rassurent quant à la faible potentialité d'une disparition des résidents. En cas de problème, la défaillance technique prend donc de plus amples proportions que si elle avait eu lieu la journée, et constitue une charge de travail supplémentaire.

En conséquence, une vigilance particulière doit être apportée quant aux potentielles défaillances techniques qui pourraient survenir la nuit. Si la Résidence R a fait le choix de se doter d'un 0,5 ETP informaticien et d'une équipe technique présente sur site tous les jours

³³ Perraut Soliveres, A. (2006). La nuit et l'institution, un mépris partagé. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116(1), 95-107

de la semaine, permettant ainsi de solutionner les problématiques émergentes la journée et de sécuriser les équipes de nuit, tous les EHPAD ne disposent pas de cette capacité et se doivent donc de trouver des solutions alternatives. En effet, dans une enquête relative au déploiement des systèmes d'information en établissement et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), l'ARS Centre-Val de Loire notait que 65% des ESSMS déclaraient « ne pas disposer de ce type de personnel » en raison « [d'un] manque de formation en informatique de leur personnel et [...] de moyens financiers »³⁴. En tant que Directeur, la première démarche réside donc dans la vigilance quant à la conclusion des marchés publics et des appels d'offre concernant le matériel et les installations techniques. Le Directeur ou la personne habilitée à conclure les marchés publics doit ainsi s'assurer de la présence d'une clause relative à la mise en œuvre d'une astreinte technique et de dépannage 24H/24 et 7J/7, qui intégrera de fait les modes opératoires et protocoles mis à disposition de l'administrateur de garde, mais également de l'équipe de nuit, en cas de survenance d'une défaillance technique majeure lors de leur service (ex. *coupure d'eau ou d'électricité, panne d'ascenseur, etc.*). L'astreinte technique peut également faire l'objet d'une organisation par le biais de coopération avec d'autres établissements du territoire regroupés par exemple sous forme d'un GCSMS³⁵.

2.2.2 Une communication difficile avec les équipes de jour

En sus de l'anxiété causée par la peur de devoir gérer seuls des situations d'urgence ou des imprévus, le manque de communication avec les équipes de jour peut renforcer le sentiment de solitude et d'isolement des travailleurs de nuit. Les temps de liaison et de communication avec les équipes de jour sont en effet très réduits. Ils sont avant tout constitués par les transmissions dont la durée est établie à quinze minutes au sein de la Résidence R. Ces temps de transmissions permettent aux équipes d'après-midi de communiquer aux équipes de nuit les informations essentielles à leur prise de poste et à l'organisation de leur service, qui concernent principalement l'état de santé des résidents (*température, surveillance des selles et des urines, risque d'hospitalisation, fin de vie, etc.*). Si tous les éléments figurent dans le dossier de soins des résidents, les plus importants doivent impérativement être communiqués. Si les équipes de nuit ont en effet une trame d'organisation prédéterminée par leurs fiches de poste, celle-ci peut être modifiée au regard de l'état de santé des résidents et des difficultés qui pourraient en émerger. Les

³⁴ ARS Centre-Val de Loire, Synthèse : État des lieux des systèmes d'information dans le secteur médicosocial en région Centre-Val de Loire, 2018

³⁵ En effet, l'article R312-194-4 du CASF dispose qu'un GSCMS peut être constitué « notamment en vue de permettre à leurs membres de créer et de gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités ».

transmissions sont donc capitales pour permettre aux équipes de nuit d'anticiper leur service, en ce qu'elles leur permettent de réduire l'anxiété liée aux potentielles situations d'urgence à venir et d'anticiper les mesures à prendre au cours de la nuit. À l'inverse, les informations délivrées par l'équipe de nuit aux équipes du matin sont également capitales pour adapter la prise en soins des résidents par l'équipe de relève, et déterminer les priorités à mettre en œuvre au sein de chaque unité de vie.

« Oui, les transmissions sont importantes. Que les transmissions qu'on nous donne soient vraiment bien claires, qu'on sache exactement comment s'organiser. Si on nous dit : là tu as une urgence, tu as telle personne qui a eu un problème aujourd'hui, à surveiller plus que d'autres. »³⁶

Toutefois, les entretiens menés avec les agents de nuit ainsi que la Cadre supérieure de santé font état de certaines difficultés rencontrées en matière de communication entre les équipes de nuit et les équipes de jour. Cette difficulté est tout d'abord liée au manque de connaissance du travail des équipes de nuit par les équipes de jour. Les équipes de jour auraient en effet encore des difficultés à s'affranchir de la vision de « gardiennage » autrefois dévolue aux équipes de nuit. N'ayant pas encore conscience que le travail de l'équipe de nuit se rapproche de plus en plus de celui des équipes de jour en ce que les besoins des résidents tendent à s'homogénéiser entre le jour et la nuit, les équipes de jour ne peuvent donc pas appréhender toute l'importance des informations qu'elles délivrent aux équipes de nuit, et plus particulièrement l'importance des répercussions nées d'une omission involontaire. Pourtant, leur positionnement temporel en début de prise de service de l'équipe du matin peut favoriser l'oubli et la perte d'information, comme en témoigne l'IDE de nuit :

« D'une manière générale les équipes de nuit sont très ... On ne les écoute pas ou peu. [...] Venez une fois le matin et vous verrez. On porte finalement assez peu d'intérêt à ce que l'on dit. Mais c'est pas méchant ! Les gens sont déjà dans leur truc *Elle mime quelqu'un entrain de courir*. Ils sont déjà dans leur truc, ils sont presque partis. Ils vous écoutent sans vous écouter. »³⁷

Pour pallier ces difficultés de communication, les équipes de nuit de la Résidence R disposent d'un cahier qu'elles réceptionnent et lisent tous les soirs. Ce cahier permet d'assurer un lien avec les équipes de jour et d'y noter des informations qui pourraient avoir été omises, ou n'ont pas de lien direct avec la prise en soins des résidents³⁸. En outre, les équipes de nuit de la Résidence R disposent d'une bannette spécifique dans laquelle leur

³⁶ Annexe 3 – Extrait de l'entretien mené avec l'Aide-Soignante de nuit de la Résidence R

³⁷ Annexe 2 – Extrait de l'entretien mené avec l'IDE de nuit de la Résidence R

³⁸ C'est notamment par ce cahier que les équipes de nuit obtiennent une information quant à l'organisation de réunions de service ou à la disponibilité de leur fiche de paie au bureau des ressources humaines.

sont notamment communiquées d'autres informations telles que les notes de service et d'information rédigées par l'encadrement. Enfin, le déploiement de tablettes numériques sur lesquels figureront l'ensemble des dossiers de soins des résidents permettra aux équipes de nuit de disposer en temps réel et à portée de main des informations essentielles et nécessaires à l'organisation de leur ronde, et de pallier la rapidité des temps de transmissions ainsi que l'omission potentielle d'informations.

À l'aune de ces premières considérations, la difficulté de répondre à certains besoins des résidents de manière identique aux équipes de jour, corrélée à la pénibilité et aux risques psycho-sociaux engendrés principalement par un isolement social et institutionnel, seraient les principaux facteurs d'inattractivité et d'insécurité ressentis par les agents de nuit en EHPAD. En ce sens, il incombe donc au Directeur d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de sécurisation de ses équipes de nuit. Au regard des difficultés rencontrées par ces équipes et de leurs appréhensions, cette sécurisation passe avant tout par la définition d'une organisation médicale, pharmaceutique et paramédicale permettant d'assurer une continuité de prise en soins des résidents la nuit (III), mais également par un management centré sur l'accompagnement des équipes de nuit (IV).

3 SÉCURISER LES ÉQUIPES DE NUIT PAR L'ORGANISATION D'UNE CONTINUITÉ DE PRISE EN SOINS DES RÉSIDENTS

Pour le Directeur d'EHPAD, sécuriser les équipes de nuit par l'organisation d'une continuité de prise en soins des résidents suppose de répondre à deux questions majeures : d'une part, la question de savoir que mettre en œuvre le jour pour que la nuit se déroule dans les meilleures conditions possibles ; d'autre part la question de savoir que mettre en place spécifiquement la nuit pour aider et sécuriser les équipes. Pour ce faire, il revient au Directeur d'organiser une prise en soins de qualité le jour destinée à éviter les répercussions la nuit (1), de protocoliser et de sécuriser les risques inhérents au travail de nuit (2), mais également d'adapter stratégiquement ses effectifs de nuit (3).

3.1 Organiser une prise en soins de qualité le jour pour éviter les répercussions sur le travail de nuit

En ce qu'ils poursuivent le même objectif, à savoir assurer au résident une prise en charge de ses besoins physiques, psychiques, sociaux et environnementaux, le travail de jour et de nuit sont en réalité complémentaires. En effet, une mauvaise prise en soins de jour se répercute indéniablement de nuit, et un sommeil perturbé du résident la nuit se reflète sur le comportement des résidents le jour.



« Si le coucher s'est déjà bien passé, la nuit en général se passe bien. Et, la nuit, elles ressentent quand le résident a été calme ou pas calme la journée. Ça se ressent aussi sur la nuit. Et nous, la journée, ça se ressent si la nuit ça s'est mal passé. C'est vraiment ... tout est lié ! Oui, tout est lié. Comme quoi on a besoin des uns et des autres, c'est vraiment une continuité de soins. »³⁹

La continuité des soins implique que les équipes de jour « préparent le terrain » afin d'éviter la réalisation la nuit d'un risque inacceptable⁴⁰. Pour ce faire, le Directeur d'EHPAD se doit, en lien avec ses équipes, de développer une organisation permettant d'assurer une continuité médicale et pharmaceutique (1), de disposer d'un système d'information fiable permettant d'assurer la bonne transmission des informations entre le jour et la nuit (2), mais également de faire en sorte que les résidents soient le plus apaisés possible afin de faciliter leur prise en soins la nuit (3).

3.1.1 Garantir une continuité médicale et pharmaceutique de jour

Organiser une continuité médicale et pharmaceutique de jour permet d'alléger la charge mentale pesant sur les équipes de nuit, de leur garantir de bonnes conditions de travail mais également de sécuriser l'ensemble des résidents accueillis. Cette prise en soins médicale et pharmaceutique de jour doit ainsi avoir pour objet de pallier ou d'atténuer les troubles somatiques, physiques et psychiques liés à l'état de grande dépendance des résidents accueillis au sein des EHPAD, mais également d'anticiper. Elle suppose donc d'abord que l'établissement soit en mesure de « [proposer] et [dispenser] des soins médicaux et paramédicaux adaptés »⁴¹ mais également d'éviter la survenance d'hospitalisations non programmées, en particulier la nuit. Selon la Haute Autorité de Santé⁴², une hospitalisation non programmée se définit comme une hospitalisation ou un passage aux urgences qui aurait pu être évité « si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en EHPAD ». Selon cette même autorité, ces hospitalisations potentiellement évitables représenteraient 19 à 67% des hospitalisations en EHPAD. Sont également considérées comme des hospitalisations non programmées les « hospitalisations inappropriées » définies comme des hospitalisations pour lesquelles « la pertinence et/ou le rapport bénéfice/risque sont discutables par rapport à des soins qui pourraient être réalisés dans l'EHPAD ou selon d'autres organisations que le recours à l'hospitalisation, sans perte de chance pour le résident. »

³⁹ Annexe 6 – Extrait de l'entretien mené avec le représentant du personnel de la Résidence R

⁴⁰ Est qualifié de risque inacceptable un risque connu et évitable.

⁴¹ Article D312-155-0 du Code de l'Action Sociale et des Familles

⁴² Haute Autorité de Santé, Juillet 2015, Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD

Au sein de la Résidence R, la continuité des soins et la prise en charge médicale sont assurées par la présence tous les jours de la semaine de trois à quatre médecins salariés de l'établissement. Cette organisation reste néanmoins exceptionnelle dans le paysage des EHPAD français, dont la seule obligation réglementaire fixée à l'article D312-155-0 CASF impose aux EHPAD de se doter d'une « équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur [...], un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs ». À cet égard, la Haute Autorité de Santé recommande aux Directeurs d'EHPAD de mettre en œuvre une « prise en charge optimale des maladies chroniques et des syndromes gériatriques par les médecins traitants » mais également de définir une politique de prévention des risques. L'implication des médecins traitants des résidents doit donc être au cœur du projet médical porté par le médecin coordonnateur de l'établissement, mais également renforcée par l'organisation a minima annuelle d'une Commission de Coordination Gériatrique. En l'absence de médecins salariés, et pour pallier la potentielle indisponibilité des médecins traitants en cas d'urgence survenant le jour, il incombe également à l'établissement de renforcer et de mobiliser des ressources externes :

- En intégrant la filière gériatrique de son département ou du Groupement Hospitalier de son Territoire (GHT) lui permettant ainsi de disposer d'un accès facilité à un hôpital de jour, à un service de médecine interne gériatrique, de psycho-gériatrie, etc. ;
- En mobilisant la venue d'une expertise gériatrique au sein de l'EHPAD (*équipe mobile gériatrique, intégration d'un réseau de santé, etc.*) ;
- En renforçant l'expertise relative aux Soins Palliatifs par la conclusion de conventions destinées à intégrer la filière de soins palliatifs de son territoire de santé, à mobiliser une équipe mobile de soins palliatifs ou tout autre réseau de santé disposant d'une telle compétence ;
- En conventionnant avec un ou plusieurs établissements d'hospitalisation à domicile permettant « de fournir dans l'EHPAD, au [résident] pris en charge, des soins hospitaliers complexes et/ou techniques, et de lui assurer une coordination des soins et une permanence des soins infirmiers 24/24H »⁴³.

⁴³ Haute Autorité de Santé, Juillet 2015, Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD

La continuité pharmaceutique ne doit également pas être négligée. Dans son rapport relatif à la situation des EHPAD en 2017, la CNSA attestait ainsi que le premier poste de dépense de soins de ville financé sur l'enveloppe « soins de ville par place installée » était consacré aux médicaments avec une médiane de 1092€ par an et par place. En outre, et selon l'enquête PAQUID EHPAD réalisée en 2005, 56% des résidents d'EHPAD consommeraient plus de quatre médicaments par jour. L'établissement doit donc veiller à mettre en place des protocoles, procédures et conventions destinées à éviter les trois « dérives » médicamenteuses identifiées par le Ministère de la Santé en 2007⁴⁴, que sont *l'overuse*, *le misuse*, et *l'underuse*⁴⁵. Au sein de la Résidence R, une convention liant l'EHPAD avec une officine de ville organise le circuit du médicament de sa prescription à sa délivrance aux résidents. Cette convention prévoit notamment que la pharmacie d'officine réceptionne l'ensemble des ordonnances des résidents adressées par les médecins salariés ou traitants par VPN⁴⁶, préparées ensuite par robot et livrées directement sous sachet blistérié nominatif tous les soirs au sein de l'établissement. La convention prévoit également une astreinte du pharmacien 24H/24 et 7J/7 en cas de défaut de livraison ou d'urgence, permettant ainsi de sécuriser l'ensemble des équipes de jour comme de nuit, et d'assurer aux résidents la continuité de leur prise en soins pharmaceutique. La délivrance de médicaments de manière nominative sous sachets blistériés réduit presque à néant les potentielles erreurs de distribution médicamenteuse et facilite le travail des infirmières qui n'ont pas à préparer les piluliers des résidents accueillis au sein de l'EHPAD. Si cette prestation pharmaceutique est rendue possible au sein de la Résidence R en ce que l'établissement dispose du forfait global depuis 2009, elle représente également un coût important rendu supportable par la grandeur de l'établissement et un taux d'occupation annuel de plus de 99%. Cette organisation ne peut donc pas se transposer à l'ensemble des EHPAD et nécessite de la part de ses Directeurs de trouver d'autres protocoles visant à sécuriser les résidents et les équipes de nuit. Ces protocoles pourraient néanmoins prévoir de conventionner avec une pharmacie d'officine ou hospitalière pour la préparation et la livraison des médicaments, qui seraient par suite préparés et mis sous piluliers par l'infirmière de l'établissement.

⁴⁴ Ministère de la Santé, Les Bonnes Pratiques de Soins en EHPAD, Direction Générale de la Santé et Direction Générale de l'Action Sociale, Octobre 2007.

⁴⁵ L'*overuse* se définit comme un abus de traitement, le *misuse* comme un traitement dont les risques dépassent les bénéfices, et l'*underuse* comme une insuffisance de traitement.

⁴⁶ En informatique, un réseau privé virtuel ou réseau virtuel privé, plus communément abrégé en VPN, est un système permettant de créer un lien direct entre des ordinateurs distants, qui isole leurs échanges du reste du trafic se déroulant sur des réseaux de télécommunication publics.

Toutefois, et afin que cette continuité médicale et pharmaceutique produise l'ensemble des effets escomptés, il convient de veiller à la bonne transmission de l'ensemble des informations essentielles à l'équipe de nuit, passant notamment par le développement de systèmes d'information efficaces.

3.1.2 Disposer d'un système d'information fiable et efficace

Un système d'information se définit comme un ensemble organisé de ressources qui permet de collecter, stocker, traiter et distribuer de l'information, en général grâce à un réseau d'ordinateurs. Selon une synthèse établie par l'ARS Centre-Val de Loire sur l'utilisation des systèmes d'information en établissement médico-social⁴⁷, « le système d'information doit être centré sur l'utilisateur car il est la « mémoire » de l'accompagnement et celui qui en garantit la traçabilité ». À cet égard, l'un des principaux enjeux identifiés par l'ARS Centre-Val de Loire, en lien avec l'URIOPSS Centre était le « partage et le décloisonnement de l'information dans une logique de parcours des personnes accompagnées par des établissements de santé et des établissements et services sociaux et médico-sociaux ». En effet, l'enquête démontrait qu'en région Centre-Val de Loire, seuls 30,7% des EHPAD utilisaient un logiciel pour communiquer et échanger de l'information avec des établissements de soins ou des professionnels de santé, 9,8% utilisaient un logiciel sécurisé et 15,1% étaient dotés d'un système de messagerie de santé sécurisée. En revanche, 84% des EHPAD attestaient disposer d'un système d'échange sécurisé avec un laboratoire d'analyse médicale.

Si l'absence de logiciel destiné à favoriser la communication avec les partenaires externes est moins préjudiciable le jour en ce que l'obtention d'informations est rendue plus aisée par la présence diurne de multiples acteurs, celle-ci peut engendrer des difficultés pour les équipes de nuit dont le nombre d'interlocuteurs disponibles est nettement plus restreint. Pour les équipes de nuit, disposer d'informations rapidement et facilement accessibles depuis un système d'information est donc indispensable à la bonne réalisation de leurs missions, en particulier pour anticiper les potentielles priorités à mettre en œuvre au cours de leur service, voire de réorganiser ce dernier. En outre, l'existence d'un système d'information efficace permet également aux EHPAD d'organiser de la télémédecine⁴⁸, de la

⁴⁷ ARS Centre-Val de Loire, Synthèse : État des lieux des systèmes d'information dans le secteur médicosocial en région Centre-Val de Loire, 2018

⁴⁸ Selon l'article L. 6316-1 du CSP, la télémédecine se définit comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ». Elle regroupe cinq

téléexpertise⁴⁹ ou des téléconsultations⁵⁰ et ainsi d'assurer une continuité de prise en charge médicale de leurs résidents en cas d'urgence ou d'indisponibilité des médecins traitants, évitant de fait des répercussions néfastes pour les équipes de nuit, comme la gestion d'un décès ou le nécessaire transfert d'un résident pour une hospitalisation non programmée au regard de la dégradation de son état de santé. Pourtant, seuls 18% des EHPAD interrogés au cours de l'enquête indiquaient pratiquer de la télémédecine.

En conséquence, la mise en œuvre du dossier médical partagé (DMP) ainsi que du dossier de liaison unique (DLU) est essentielle pour partager l'ensemble des informations médicales, paramédicales et pharmaceutiques du résident avec tous les acteurs internes concernés par sa prise en charge, et notamment avec les équipes de nuit. Les systèmes d'information de l'EHPAD doivent également permettre aux acteurs externes (*établissement du GHT, du GCSMS, ambulanciers, HAD, services de Soins Palliatifs, UHR, etc.*) de consulter et de diffuser des informations à destination des personnels médicaux et paramédicaux de l'établissement, en particulier en provenance des médecins traitants. Ils impliquent également que les équipes soient formées à son utilisation afin de les remplir correctement et de ne pas omettre d'informations importantes. Une attention particulière doit aussi être portée au dossier de soins du résident et au logiciel sélectionné en ce sens. Il incombe à cet égard aux équipes de jour de le renseigner de manière exhaustive pour que les équipes de nuit bénéficient de l'ensemble des informations leur permettant d'anticiper la survenue d'un potentiel évènement nécessitant une surveillance médicale ou infirmière accrue, une potentielle intervention médicale ou un transfert de nuit vers un service hospitalier.

3.1.3 Faciliter la prise en soins de nuit des résidents par une personnalisation de leur accompagnement

Enfin, la continuité de l'accompagnement de jour et de nuit repose sur sa personnalisation. Cette personnalisation nécessite pour les équipes de bien connaître les résidents accueillis et de disposer d'outils en conséquence. La réalisation et la mise à jour régulière du projet de vie personnalisé des résidents constituent l'élément fondamental d'une prise en soins personnalisée, bénéfique aussi bien pour le résident que pour les équipes chargées de l'accompagner, de jour comme de nuit. L'élaboration du projet de vie suppose

catégories d'actes que sont : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.

⁴⁹ Selon le Ministère de la Santé, la téléexpertise se définit comme la sollicitation à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication

⁵⁰ La téléconsultation se définit comme se définit comme une consultation médicale à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

tout d'abord qu'un recueil de données et d'informations relatives à l'expérience de vie du résident ait été réalisé en amont de son entrée, et focalise ici l'importance des dispositifs d'admission des résidents. La procédure d'admission doit en effet permettre de vérifier que le profil du résident correspond à celui de l'établissement, afin de déterminer qu'il sera en mesure de lui apporter les soins et l'accompagnement adaptés à son état physique et psychique. En disposant d'un recueil de données de vie, puis d'un projet de vie correspondant, les équipes de l'établissement sont par suite en mesure d'adapter l'accompagnement proposé ainsi que leurs modalités d'intervention auprès du résident, lui garantissant ainsi un séjour serein et confortable, contribuant notamment à réduire son anxiété causée par la nuit. La Fondation Médéric Alzheimer disposait ainsi que « *l'accompagnement de nuit effectué de manière personnalisée, associé à un cadre social et architectural de type résidentiel, viendrait accentuer le caractère domestique et familial du lieu d'accueil des résidents et reflèterait un mode et un rythme de vie proches de celui que l'on peut adopter chez soi. Il est possible, également [...] que l'accompagnement des résidents lorsqu'ils se lèvent la nuit, [participe] à un vécu moins anxiogène de la nuit et ainsi à l'amélioration du cadre de vie des résidents.* »

Ces éléments permettent ainsi aux équipes de nuit de connaître les résidents accueillis, et d'adapter leur prise en soin. L'ANESM recommande ainsi notamment que « *le projet personnalisé prenne particulièrement en compte les rythmes et habitudes de vie et de sommeil de la personne afin de mettre en œuvre un projet partagé par tous les acteurs concernés, personnes accueillies, aidants et professionnels* »⁵¹. La connaissance des besoins des résidents permet ainsi de réguler l'organisation du travail de l'équipe de nuit et les tâches qui lui incombent, tout en la sécurisant puisqu'elle bénéficie ainsi d'un cadre organisationnel inscrit dans un projet global mené à l'échelle de l'établissement. Disposer d'une politique d'admission prédéfinie et personnaliser l'accompagnement des résidents permet ainsi d'élaborer des fiches de postes claires, au plus proche des besoins des résidents accueillis. Si l'organisation d'une continuité de prise en soins des résidents permet en partie de sécuriser les équipes de nuit, elle doit également être corrélée à une anticipation et une protocolisation des risques inhérents à la nuit.

⁵¹ ANESM, 2009, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »

3.2 Protocoliser et sécuriser les risques inhérents à la nuit

Dans son enquête SUMMER 2017 consacrée aux risques psycho-sociaux rencontrés par les agents des trois fonctions publiques⁵², la DARES indiquait que 65,8% des salariés de la fonction publique hospitalière étaient exposés à la contrainte organisationnelle de devoir abandonner fréquemment une tâche pour une autre tâche imprévue, et 28,8% nécessitaient de faire appel à une autre personne en cas d'incident. En EHPAD, l'anticipation et la prévenance de la survenance des risques liés à l'état polypathologique des résidents constitue ainsi une première étape dans la sécurisation des équipes de nuit par la protocolisation (1). En cas de réalisation du risque, une protocolisation de leur gestion, et en particulier de la gestion des urgences et des hospitalisations non programmées, doit également être mise en œuvre (2).

3.2.1 Sécuriser les équipes de nuit en protocolisant les risques liés à l'état polypathologique des résidents

Dans sa fiche dédiée au repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées⁵³, l'ANESM identifie six risques majeurs que sont : la malnutrition, la dénutrition et la déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise de médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique et les troubles psycho-comportementaux. Parmi ces risques, les chutes, la prise de médicament et la souffrance physique et psychique sont les plus susceptibles d'avoir une incidence sur l'organisation du travail des équipes de nuit, et doivent donc faire l'objet d'une protocolisation destinée à aider les équipes à les prévenir, éviter leur réalisation, ou les prendre en charge.

Première cause de mortalité accidentelle chez les personnes âgées, avec une moyenne de 9000 décès par an en France, les chutes peuvent avoir des conséquences particulièrement néfastes pour les résidents et pour les équipes chargées de leur prise en soin. Dans un article consacré à la prévention des chutes en EHPAD, la Revue de Gériatrie évaluait ainsi le nombre de chute par an et par lit en EHPAD à 1,7. 42% des chutes des résidents avaient lieu lors de leur transfert, avec une prévalence entre six heures et huit heures du matin, correspondant ainsi à une partie du service de l'équipe de nuit. Le plus souvent, les chutes étaient identifiées comme ayant eu lieu au sein de la salle de bain ou du logement des résidents, endroits au sein desquels ils se trouvent le plus souvent la nuit. 20% des chutes nécessiteraient une intervention médicale et 10% se compliqueraient avec la

⁵² DARES, Synthèse Stat' - Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017, Synthèse Stat' Numéro 31, Décembre 2019

⁵³ ANESM, Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées Volet EHPAD, Février 2016

survenance d'un traumatisme grave de type contusion, hématome ou traumatisme crânien, dont la prévalence augmenterait avec la prise d'anti-coagulants. De plus, 37% des chutes entraîneraient une hospitalisation, passant à 44% lorsque la personne est âgée de plus de 90 ans. En cas de chute ayant occasionné une fracture du fémur, le taux de mortalité serait quant à lui évalué de 20 à 25%. Selon cette étude, les chutes seraient causées par une faiblesse musculaire, une dénutrition, des affections neurologiques, une incontinence et par la polymédication (en particulier la prise de psychotropes). Les troubles psycho-comportementaux doubleraient quant à eux le risque de chute et multiplieraient par trois le risque de fracture, ainsi que le risque de décès dans les six mois suivant une fracture de la hanche. En outre, et selon l'ANSM⁵⁴, 13% des personnes âgées de plus de 65 ans bénéficieraient d'un traitement par anticoagulant, dont le risque hémorragique peut être majoré en cas de chute.

Pour pallier ces risques, la Revue de Gériatrie préconise de faire de la prévention des chutes une partie intégrante du projet d'établissement et du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Les chutes doivent toutes faire l'objet d'un signalement et d'un rapport circonstancié précisant les causes et conséquences de celles-ci pour le résident accueilli. Un benchmark annuel, voire semestriel, recueillant le nombre de chutes par an au sein de l'établissement doit également être engagé, puis comparé aux données des autres établissements du territoire afin d'identifier les écarts entre les objectifs des actions réalisées et les effets constatés, et ainsi envisager des actions correctives. À cet effet, une formation du personnel sur la conduite à tenir en cas de chute doit être engagée, de même que la rédaction d'un mode opératoire mis facilement et librement à disposition de l'ensemble des agents. Des aides techniques doivent également être proposées aux agents. La conception architecturale de l'établissement ne doit pas non plus être négligée. Si les chutes sont en partie causées par une difficulté de vision des résidents, la mise en œuvre d'un éclairage automatique doit être recherchée. L'établissement doit également disposer d'espaces de déambulation libres de tout obstacles (et veiller notamment au désencombrement des logements des résidents), d'un sol non glissant, de rampes et de barres d'appui, ainsi que de sonnettes facilement utilisables et positionnées à proximité immédiate des résidents.

Outre les chutes, les risques liés aux souffrances physiques et psychiques des résidents, en particulier à la fin de vie, ainsi qu'aux troubles psycho-comportementaux doivent faire l'objet de protocoles spécifiques à la nuit. Afin d'éviter que certaines situations

⁵⁴ ANSM, Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance – Avril 2014

ne se réalisent ou ne se transforment en urgence, les équipes de nuit doivent bénéficier de modes opératoires destinées à guider leurs actions. À titre d'exemple, la prise en charge médicamenteuse de nuit doit faire l'objet d'un protocole et d'un mode opératoire spécifique, en particulier en cas d'absence d'IDE de nuit au sein de l'établissement. Si les aides-soignant(e)s sont en effets compétent(e)s pour procéder à la distribution des médicaments, celle-ci ne peut se faire que sous la responsabilité d'un(e) IDE, et sous couvert d'une prescription infirmière ou médicale. Toutefois, les événements peuvent se compliquer en l'absence de prescription, et qui plus est d'IDE.

« Je n'ai aujourd'hui aucun suppositoire [à administrer] à un résident qui vomit. Comme chaque résident est servi à l'unité (les médicaments sont préparés par robot par une pharmacie externe) ... On devait avoir des stocks tampons mais ça n'a pas duré. [...] Mais ils pourraient me dire : il y'a une boîte au premier, une boîte au deuxième, moi ça me suffit ! J'ai de l'expérience. [...] Je vais en mettre un, ça suffit pour qu'il puisse se sentir mieux. »⁵⁵

En présence d'une IDE de nuit, l'anticipation de la prescription nécessite une liaison continue avec les médecins traitants afin d'obtenir des prescriptions en « si besoin », mais également une anticipation des livraisons. La mise en œuvre de stocks tampons peut ainsi être envisagée, malgré l'absence de pharmacie à usage interne (PUI) au sein de l'EHPAD, pour les traitements les plus récurrents. Dans la région Grand-Est, les EHPAD du département de la Lorraine ne disposant pas de PUI ont ainsi demandé à l'Agence Régionale de Santé « de définir une dotation de médicaments pour besoins urgents relevant des articles R.5126-108 et 109 du Code de la Santé Publique ». Mise en ligne sur le site internet de l'ARS Grand-Est, cette liste permet ainsi aux EHPAD de se doter de médicaments et dispositifs médicaux destinés à répondre à des besoins de soins prescrits en urgence. Les articles R. 5126-108 et 109 du Code de la Santé Publique autorisent en effet les EHPAD à « détenir certains médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 et des dispositifs médicaux stériles pour répondre à des besoins de soins prescrits en urgence ». Ces articles précisent néanmoins que ces médicaments et dispositifs doivent être inscrits sur une liste établie par un pharmacien, supposant de fait l'organisation préalable d'une coopération par convention avec un établissement de santé ou un GCS du territoire. En outre, cette liste doit être établie en coopération avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Si les « stocks tampons » peuvent être mis en œuvre au sein des EHPAD ne disposant pas d'une IDE de nuit, ils nécessitent de prévoir la possibilité pour les aides-

⁵⁵ Annexe 2 – Extrait de l'entretien mené avec l'IDE de nuit de la Résidence R

soignantes de disposer d'une prescription adéquate en urgence, et d'une délégation de délivrance par une infirmière. À cet égard, l'organisation d'un dispositif d'astreinte mutualisée d'IDE de nuit prend tout son sens en ce qu'il permet à l'IDE d'astreinte de se déplacer au sein de l'établissement pour constater le besoin de prise en soins médicale ou médicamenteuse, ou autoriser l'aide-soignant(e) à procéder à la délivrance d'un médicament prescrit en amont.

Si la prévention des risques inhérents à la perte d'autonomie des résidents accueillis en EHPAD permet de les réduire, elle n'empêche néanmoins pas leur réalisation. En conséquence, les EHPAD doivent se doter de protocoles destinés à guider leurs équipes de nuit face à la réalisation de ces situations, en particulier les fins de vie, urgences et hospitalisations non programmées.

3.2.2 Sécuriser les équipes de nuit en protocolisant les décès, les urgences et les hospitalisations non programmées

Selon l'enquête EHPA 2015⁵⁶ réalisée par la DREES, « deux tiers des sorties définitives [des résidents] sont causées par le décès de la personne accueillie ; dans 75 % des cas, ce dernier survient dans l'établissement ». Ces chiffres sont corrélés par l'ANESM qui estime « qu'en France, plus de 150000 résidents décèdent chaque année en EHPAD [et que] dans trois-quarts des situations le décès survient au sein même de l'établissement et un quart à l'hôpital. Un quart des résidents décède au cours de l'année, [signifiant] qu'il survient en moyenne plus d'un décès par mois en EHPAD. »⁵⁷ Selon une étude publiée en novembre 2014 par un groupe de médecins de l'Université Paris-Descartes⁵⁸ formés à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD, « 53% des décès [en EHPAD] ont lieu entre minuit et huit heures du matin ». Selon ces médecins, « la mort survient volontiers la nuit chez les résidents de l'EHPAD. Les causes de ces décès sur ces créneaux horaires seraient liées à l'absence d'IDE de nuit et au nombre restreint en personnels, défavorable pour garantir une bonne continuité des soins. » En outre, dans son rapport relatif à la fin de vie des personnes âgées⁵⁹, l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) disposait que « les professionnels d'EHPAD rencontrés [...] ont, de leur côté, insisté sur la fréquence des hospitalisations

⁵⁶ DREES, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015, Numéro 1015, Juillet 2017

⁵⁷ ANESM, Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, Janvier 2017

⁵⁸ Kakou Augustine, Le Pellerin Laurent, Mabrouki Messaouda, Ouldkada Laalia, Randrianasolo Nadira, Razafindrainibe Zanajohary, Sadeddine Mohamed, Tsilanisara Karine, Y a-t-il des plages horaires en EHPAD pendant lesquelles les décès surviennent plus volontiers ? Mémoire collectif Soutenu le 21 Novembre 2014, DIU Inter Universitaire « Formation à la fonction de Médecin Coordinateur d'Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes », Université Paris-Descartes

⁵⁹ Observatoire National de la Fin de Vie, Fin de vie des personnes âgées : Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France, Rapport 2013

générees non par un motif strictement médical, mais d'avantage par un effet de peur-panique des soignants de nuit confrontés à la décompensation soudaine d'un résident ou encore à des signes d'agonie qui peuvent s'avérer impressionnants. » Au regard de ces considérations, il importe aux EHPAD de « penser la mort et lui conférer une place humanisée »⁶⁰ en mettant notamment en œuvre des protocoles spécifiques à la fin de vie, destinés à la fois à accompagner les personnes âgées accueillies, mais également les professionnels intervenant la nuit, afin de les sécuriser en ces situations qualifiées d'angoissantes et d'impressionnantes. En outre, et selon l'enquête de l'ONFV, la présence d'une IDE de nuit influencerait directement le lieu de décès d'un résident : « la proportion de décès à l'hôpital passe ainsi de 35% lorsque l'établissement dispose d'un poste d'IDE la nuit, à 44% lorsqu'il existe simplement une astreinte téléphonique, et à 55% lorsqu'il n'existe ni l'un ni l'autre ». Or, et selon un sondage IFOP 2010, « 81 % des français souhaiteraient passer leurs derniers instants chez eux ».

Les préconisations de l'ONFV peuvent ainsi être reprises par les Directeurs d'établissement pour sécuriser les équipes de nuit. Tout d'abord, l'ONFV insiste sur la nécessité pour les établissements de disposer d'une IDE de nuit ou, à défaut, d'une astreinte d'IDE de nuit mutualisée ou d'un service de soins infirmier à domicile (SSIAD). Il recommande également aux chefs d'établissement d'assurer une intervention effective des équipes mobiles de soins palliatifs au sein de l'EHPAD, par voie de convention. Une formation du médecin coordonnateur et des équipes de nuit à l'accompagnement de la fin de vie doit également être envisagée. Enfin, le rôle des familles ne doit pas être négligé dans cette étape particulière. Selon l'ANESM, 75% des résidents en fin de vie sont entourés par leurs proches durant la semaine précédant le décès. Cette propension augmenterait lorsque les proches disposent de la possibilité d'être présents sur place la nuit, et qui plus est de passer la totalité de la nuit aux côtés de leur proche. Si cette possibilité offerte aux familles leur permet d'accompagner le résident durant les derniers instants de sa vie, elle peut se révéler anxiogène pour les équipes de nuit qui peuvent alors être amenées à gérer les fortes réactions émotionnelles des familles et des proches. Si le choix d'ouvrir aux proches les portes de l'EHPAD la nuit relève du Directeur, en lien avec ses équipes, une procédure d'information des familles doit à tout le moins être mise en œuvre à destination des équipes de nuit en cas de décès. Cette procédure doit notamment permettre de recueillir au préalable la volonté des familles d'être prévenues ou non au cours de la nuit en cas de décès de leur proche, et figurer dans le dossier de soins informatisé du résident.

⁶⁰ HECQUET, M. Les EHPAD, lieux de vie, lieux de mort. Le journal des psychologues, 2011, vol. 4, n°287, pp. 31-34.

Outre la fin de vie, la gestion des urgences et des hospitalisations non programmées doit aussi être protocolisée. À cet effet, des protocoles à destination des IDE et des aides-soignant(e)s relatifs à la conduite à tenir en cas d'urgence ont été élaborés par les ARS⁶¹. Disponibles en version numérique, ces protocoles peuvent également être mis à portée de main des agents de nuit au moyen de tablettes informatiques, ou sur un smartphone propre à l'établissement. Ces protocoles doivent également être distribués et faire l'objet d'une information et d'une formation des membres du personnel de nuit. Selon l'ARS Ile-de-France, « l'appropriation de ce nouvel outil passe également par une formation rapide, mais nécessaire. L'objectif : informer le personnel des établissements de son existence et s'assurer qu'ils sont en mesure de transmettre les bonnes informations à l'infirmière de nuit ou au SAMU en cas de besoin. Il s'agit également de vérifier qu'ils sont capables d'effectuer un certain nombre de gestes techniques (prendre la tension, le pouls, la saturation...) et de repérer les signes de gravité tels que les marbrures. ». Si l'anticipation et la mise à disposition de protocoles contribuent à sécuriser les équipes de nuit, elles nécessitent toutefois une adaptation stratégique de leurs effectifs afin de les mettre en œuvre.

3.3 Sécuriser l'équipe de nuit par une adaptation stratégique de ses effectifs

Afin d'être parfaitement adaptée aux besoins des résidents accueillis et en mesure de répondre de manière adéquate aux risques inhérents la nuit, la composition de l'équipe de nuit doit être élaborée stratégiquement par le Directeur de l'établissement, en lien avec le médecin coordonnateur et le cadre de santé paramédical. Cette composition suppose avant tout de maîtriser le PMP, le GMP et le taux d'occupation de l'établissement (1), mais également de rechercher des compétences et qualités personnelles lors du recrutement des agents (2).

3.3.1 Maîtriser impérativement le PMP, le GMP et le taux d'occupation de l'établissement

Si le nombre et la catégorie des personnels à affecter aux nuits en EHPAD ne sont pas légalement définis⁶², les risques inhérents à la nuit évoqués précédemment nécessitent

⁶¹ Ces protocoles comportent des fiches pratiques sur la conduite à tenir en cas de situations inhabituelles réparties en une vingtaine de catégorie concernant notamment les agitations, chutes, plaies cutanées, symptômes neurologiques, respiratoires et digestifs.

⁶² Proposition de loi instaurant un taux d'encadrement responsable dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 février 2020

de disposer d'un personnel spécifiquement formé à la prise en soins de la grande dépendance, à la manutention, à la distribution des médicaments, et à la gestion des urgences, décès et hospitalisations non programmées. La présence d'une infirmière permet en effet de s'assurer de la disponibilité d'une personne qualifiée pour « mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique »⁶³ et gérer les urgences et les fins de vie. Par sa capacité à « identifier les signes et symptômes liés à la pathologie » et à « poser des hypothèses interprétatives »⁶⁴, l'infirmière de nuit est également à même de communiquer les informations strictement nécessaires et essentielles au diagnostic réalisé par le médecin du SAMU ou de SOS Médecins, en cas d'évènement nécessitant une intervention médicale ou une hospitalisation non programmée. En outre, sa capacité à « évaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation » et à « déterminer les mesures prioritaires »⁶⁵ à prendre en conséquence rend sa présence plus qu'indispensable au sein d'un établissement prenant en soin des personnes fortement dépendantes, polypathologiques, désorientées et/ou présentant des troubles du comportement.

“ « L'autre nuit, j'avais un souci avec quelqu'un qui s'était ouvert le crâne, et SOS Médecins n'a pas voulu venir. Elle avait une plaie qui pour moi ne nécessitait pas de points. [...] Le médecin me demande des précisions [sur] le traitement [...]. C'était du Kardégic, rien de bien méchant. Il me dit « appelez le 15, il faut un scanner. » [...] J'ai appelé le 15, je leur raconte l'historique et je leur dis que moi je veux juste une confirmation comme quoi la résidente n'a pas besoin d'agrafes et de points parce que c'était une bosse qui avait éclaté, et pour moi il n'y avait pas à suturer. »⁶⁶

Disposer de la présence d'une IDE de nuit semble donc a priori indispensable, en particulier pour gérer les situations d'urgence ou de fin de vie. Selon la Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées (CNDEPAH), 5 ETP dédiés à la nuit seraient nécessaires dans un EHPAD de 100 lits pour permettre la présence effective de deux agents par nuit au sein de l'établissement. Or, et comme le constate Monsieur Claude PICHON, chargé d'évaluation au sein de l'ARS Pays de la Loire, dans une très large majorité de cas, « au mieux, seul un binôme aide-soignant (AS)/agent de service hospitalier (ASH) est [présent la nuit] pour faire face aux incidents »⁶⁷. Pourtant, et selon l'instruction n°121 du 15 mai 2018 relative à la campagne budgétaire des établissements

⁶³ Annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 fixant le référentiel de compétence du Diplôme d'Etat Infirmier

⁶⁴ Ibid

⁶⁵ Ibid

⁶⁶Annexe 2 – Extrait de l'entretien mené avec l'IDE de nuit de la Résidence R

⁶⁷ Infirmières de nuit en EHPAD, des astreintes sous contrainte, Direction[s] N° 167 - Septembre 2018

médico-sociaux⁶⁸, la présence physique d'une IDE de nuit en EHPAD permettrait d'éviter 18.000 hospitalisations annuelles liées à la fin de vie des résidents et abaisserait de 37% le risque d'hospitalisation dans les quinze jours précédant le décès. En outre, l'absence d'une IDE de nuit ferait peser un risque juridique sur les aides-soignant(e)s. Dans un article consacré à la mutualisation des IDE de nuit, publié dans le magazine Direction[s], Malika BELARBI, membre de la fédération CGT action sociale, disposait ainsi que : « *La responsabilité des AS peut être mise en cause pour défaut de soins, faute d'avoir respecté une prescription médicale. Ils peuvent certes administrer des médicaments, mais uniquement sous la responsabilité des infirmiers ...* »⁶⁹.

Or, la capacité d'un EHPAD de se doter d'une IDE de nuit, mais également d'aides-soignantes, dépend avant tout des moyens financiers dont il dispose, et plus précisément du montant de ses dotations soins et dépendance, respectivement délivrées par les ARS et Conseils Départementaux, dont le montant est déterminé à la fois par le degré d'autonomie des résidents accueillis (mesuré par le GMP) et par les soins médico-techniques dont ils requièrent compte-tenu de leurs pathologies (mesurés par le PMP). En effet, le financement d'un poste IDE est réalisé à 100% sur la dotation soins de l'établissement, et le financement d'une aide-soignante se répercute à 30% sur la dotation dépendance et à 70% sur la dotation soins. Afin de disposer d'une IDE et d'aides-soignantes de nuit, mais également d'organiser une continuité médicale et paramédicale de jour, le Directeur d'EHPAD doit donc veiller à bénéficier d'une dotation soins annuelle d'un niveau suffisant, et s'employer à accorder une attention toute particulière au niveau de GMP et de PMP de son établissement en élaborant une stratégie d'admission en conséquence. Les résidents en situation de grande dépendance classés en GIR 1 et 2 influent en effet directement sur le GMP et permettent d'augmenter le montant de la dotation perçue par l'EHPAD au titre de la dépendance. En outre, les résidents classés en GIR 3 présentant des polyopathologies et nécessitant de nombreux actes médico-techniques (*actes de kinésithérapeute, psychologues, consultations médicales, orthophoniste, etc.*) augmentent le PMP de l'établissement et, mécaniquement, sa dotation en soins. En tant que seule autorité compétente pour prononcer l'admission d'un résident, le Directeur d'EHPAD doit donc, lors des commissions d'admission, trouver un juste équilibre entre la nécessité d'admettre des résidents classés en GIR 1-2 et 3, et de bénéficier d'un taux d'occupation élevé. Toutefois, cette stratégie d'admission et la possibilité de disposer d'un taux d'occupation supérieur à

⁶⁸ INSTRUCTION N° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

⁶⁹ Infirmières de nuit en EHPAD, des astreintes sous contrainte, Direction[s] N°167 – Septembre 2018

90% dépendent fortement du nombre et de la fréquence des demandes d'admissions présentées au sein de l'EHPAD, mais également de son positionnement sur le territoire. Au sein de la Résidence R, cette politique de « sélection » des résidents est rendue possible par l'existence de multiples structures d'accueil de personnes âgées sur le territoire (permettant de réorienter les résidents ne correspondant pas au profil de l'EHPAD), mais également par la forte densité de population et le nombre de dossiers d'admissions présentés chaque année. Or, une telle politique peut être difficilement mise en œuvre au sein d'un EHPAD rural au rayonnement géographique plus large mais à la densité de population moindre, réduisant de fait la capacité de l'établissement à « choisir » les résidents admis et à bénéficier d'un fort taux d'occupation, et donc de recruter des personnels IDE et aides-soignants, qui plus est de nuit.

Pour pallier cette difficulté, éviter les hospitalisations en fin de vie et les passages aux urgences, la mesure n°9 du Plan Soins Palliatifs 2015-2018, complétée par le dispositif PAERPA, prévoyait le lancement d'une expérimentation consistant à déployer un dispositif de mutualisation d'une IDE de nuit au sein de plusieurs EHPAD. Déployé par les ARS entre 2014 et 2018, ce dispositif permet à plusieurs EHPAD de recruter une moyenne de 4,7 ETP IDE destinée à assurer une astreinte la nuit entre l'ensemble des établissements partenaires. La mise en œuvre de ce dispositif se réalise sous forme d'une convention de partenariat, bâtie sur un cahier des charges, sur base du volontariat ou à la suite d'un appel à projet ou à candidature lancé par l'ARS du département ou de la région. L'EHPAD « porteur du projet » est chargé de recruter et de gérer les aspects ressources humaines de l'IDE de nuit. Les EHPAD adhérents au dispositif sont quant à eux recrutés sur la base de critères de sélection divers⁷⁰, dont le principal reste la distance géographique avec l'EHPAD porteur : le plus souvent, un rayon géographique de 5km et une distance de trajet maximum de 30 minutes entre les établissements est privilégiée pour faciliter les missions de l'IDE mutualisée de nuit. L'IDE ainsi recrutée peut être salarié(e) de l'EHPAD porteur ou de l'ensemble des EHPAD participant au dispositif, mais également salarié(e) d'un hôpital de proximité ou IDE libéral(e). Selon le retour d'expérience des ARS ayant mis en œuvre ce dispositif au sein de leur territoire de santé⁷¹, les missions de l'IDE de nuit mutualisée se répartissent entre deux grands domaines de compétence, dont la fiche de poste et la lettre de cadrage doivent au préalable déterminer la prépondérance : les prescriptions anticipées (*soins palliatifs, retour d'hospitalisation et soins habituels des résidents*) et la gestion des urgences.

⁷⁰ Adhésion au GHT, au GCSMS ou à la filière gériatrique du département, convention de partenariat antérieure, GMP, distance à l'égard d'un SAU, nombre de lits, etc.

⁷¹ Retour d'expérience publié au sein de l'Instruction n°121 du 15 mai 2018

Toutefois, qu'ils soient propres à l'EHPAD ou mutualisés entre plusieurs établissements, les agents travaillant de nuit doivent faire preuve de certaines qualités et compétences spécifiques dont les Directeurs doivent s'assurer durant la phase de recrutement.

3.3.2 S'assurer de la présence de qualités et compétences spécifiques lors du recrutement

Outre la détermination de la composition numérique et fonctionnelle de l'équipe de nuit, il incombe en effet au Directeur d'EHPAD de s'attacher au profil des personnes recrutées pour effectuer un travail de nuit. Au regard de la composition restreinte de l'équipe, mais également de son isolement et des situations qu'elle peut rencontrer, un certain « profil type » de l'agent de nuit semble se dégager, en particulier pour la catégorie des IDE. Sans cadre de santé, sans médecin, et sans membres de l'encadrement sur le terrain, la responsabilité de l'ensemble de l'établissement incombe en effet à l'infirmier(e) de nuit. En conséquence, les principales qualités recherchées chez une IDE de nuit sont l'expérience, l'autonomie, et la capacité de prise de décision.

 « L'infirmière de nuit, comme dit le Directeur, il lui confie la maison. Elle a quand même de grandes responsabilités. Et puis c'est aussi savoir détecter l'urgence. [...] Il faut être responsable, il faut être autonome. »⁷²

Contrairement aux infirmières de jour qui bénéficient de la présence d'une équipe pluridisciplinaire, l'IDE de nuit est la seule dotée du pouvoir de décision au sein de l'établissement. C'est donc sur elle que repose l'entière responsabilité de la distribution des traitements, de la décision d'appeler ou non le SAMU ou SOS Médecins, et de poser un diagnostic infirmier préalable. Cette capacité de décision implique également la nécessité pour l'IDE de nuit de disposer d'une certaine appétence pour le management. En tant que seul personnel de catégorie A présent sur le terrain, il lui revient de prendre des décisions relatives à l'organisation du travail et à la répartition des tâches des agents placés sous sa responsabilité. Cette appétence à l'autonomie et au management doit également être combinée à une forte expérience et à une maîtrise, gage de réflexe et de réactivité, lui permettant notamment de gérer certaines situations complexes. Outre ses réflexes, l'expérience de l'IDE de nuit lui permet de bien connaître les différentes pathologies dont souffrent les résidents, et de réaliser, en tant que de besoin, certains gestes techniques en toute autonomie. Ainsi, positionner un(e) jeune infirmier(e) seul(e) la nuit ne semble pas être

⁷² Annexe 1 – Extrait de l'entretien mené avec le cadre supérieure de santé de la Résidence R

recommandé. D'abord parce que son inexpérience pourrait le/la mettre en difficulté et créer une certaine forme de traumatisme face à certaines situations, ensuite au regard du rôle dévolu à l'IDE de nuit. Malgré la distribution des médicaments, la gestion des urgences, et certains aspects techniques du travail de l'IDE de nuit, la réalisation des soins de nursing représente une grande partie de ses missions, rendant ainsi le travail peu attractif pour un(e) jeune infirmier(e) tout juste sorti(e) de l'école.

Concernant les aides-soignant(e)s et les ASHQ, leurs travaux respectifs semblent peu distincts de ceux d'un AS ou d'un ASHQ de jour. Outre les compétences professionnelles généralement requises, les AS et ASHQ de nuit doivent néanmoins faire preuve d'une certaine autonomie et d'une maîtrise de soi. En l'absence d'infirmier physiquement présent sur le site de l'établissement, ou de détachement de celui-ci auprès d'un résident nécessitant des soins techniques, les aides-soignants et ASHQ de nuit doivent être en capacité de poursuivre les tâches qui leur incombent de manière autonome, et disposer de certaines bases pour gérer l'émergence simultanée d'autres situations complexes. À cet égard, le suivi préalable d'une formation spécifique à la gestion des conflits et des troubles du comportement pourrait également être recherché chez les aides-soignants et ASHQ de nuit. En outre, ces agents doivent également faire preuve d'adaptabilité et être en mesure de modifier l'ordre et de prioriser les tâches qui leur incombent, de même que l'organisation du travail préalablement établie. En effet, « le malade devient, la nuit, le premier centre d'intérêt des soignants, celui à partir duquel l'organisation du travail se construit dans l'improvisation entre nécessités qu'on ne peut différer et avancée ou remise à plus tard de certains soins. »⁷³.

Expérience, autonomie, réactivité et adaptabilité semblent donc être les compétences professionnelles à rechercher et prioriser lors de la constitution d'une équipe de nuit. Néanmoins, la recherche de la composition la plus stratégique possible d'une équipe de nuit, corrélée aux qualités personnelles et professionnelles des agents ne suffit pas à les sécuriser au cours de leur service et nécessite également d'engager un travail sur leur accompagnement quotidien.

⁷³ Perraut Soliveres, A. (2006). La nuit et l'institution, un mépris partagé. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116(1), 95-107

4 SÉCURISER LES ÉQUIPES DE NUIT PAR UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement des équipes de nuit semble être un facteur essentiel pour favoriser leur sécurisation. L'isolement créé par leurs horaires de travail ne doit ainsi pas être amplifié par un isolement au sein même de l'établissement. Il revient ainsi à l'ensemble de l'encadrement d'intégrer pleinement l'équipe de nuit à la gestion des ressources humaines (1), et de la faire participer à la vie institutionnelle de l'établissement (2), mais également de faire évoluer la prise en soins de nuit des résidents accueillis (3).

4.1 Intégrer l'équipe de nuit à la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement



« L'oubli est le premier mot qui me vient à l'esprit concernant le rapport que l'institution entretient avec la nuit ainsi que d'ailleurs, la nuit avec l'institution »⁷⁴

En ce qu'elles ne bénéficient pas des mêmes horaires de travail, les équipes de nuit et les équipes d'encadrement sont peu amenées à se croiser au sein de l'établissement. Cette distanciation peut ainsi avoir pour conséquence de plonger les membres de l'équipe de nuit dans l'oubli, en particulier de leurs spécificités. En conséquence, il incombe au Directeur d'EHPAD de veiller à ce que les équipes de nuit bénéficient d'un encadrement personnalisé (1), d'un dispositif de formation correspondant à leurs besoins (2), et d'une politique spécifique de prévention de leurs risques psycho-sociaux (3).

4.1.1 Faire bénéficier l'équipe de nuit d'un encadrement personnalisé

Du fait du décalage de leurs horaires, et tout comme les équipes de jour, il semblerait que les membres de l'encadrement aient des difficultés à saisir l'intégralité du travail réalisé par les équipes de nuit, et en particulier les facteurs de pénibilité et les risques psycho-sociaux induits par le sentiment d'isolement. Cette difficulté d'appréhension réside avant tout dans le fait que peu de membres de l'encadrement aient réalisé des nuits aux côtés de leurs équipes, ou même au cours de leur carrière. Malgré leur expérience préalable en tant qu'infirmier(e)s, et parfois aides-soignant(e)s, certains cadres de santé paramédicaux n'ont en effet jamais été affectés aux nuits au cours de leur de carrière. Saisir les enjeux et difficultés rencontrées par ces équipes est donc plus complexe qu'à l'égard des équipes de

⁷⁴ Perraut Soliveres, A. (2006). La nuit et l'institution, un mépris partagé. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116(1), 95-107

jour dont ils connaissent le travail et peuvent plus aisément comprendre les problématiques, notamment du fait de leur présence effective dans les services de jour.

Contrairement à l'hôpital en effet, les EHPAD ne bénéficient pas de cadre de santé de nuit. Outre les missions générales dévolues à tout cadre de santé, le cadre de santé de nuit bénéficie de missions spécifiquement liées au travail de nuit⁷⁵. En premier lieu, le cadre de santé de nuit est chargé de « répondre aux problématiques du site et à leur prise en charge par une activité de veille, de garde et d'alerte ». Il officie donc en tant qu'administrateur de garde physiquement présent sur l'établissement et constitue une personne ressource rassurante pour les équipes de nuit dans la gestion des urgences et des imprévus. Concernant la prise en charge des patients à l'hôpital, le cadre de santé de nuit « participe à la prise en charge des patients et [à l'] accompagnement de leur famille lors de situations complexes » mais également à « l'évaluation de la charge de travail dans les unités »⁷⁶. L'évaluation de la charge de travail dévolue à l'équipe de nuit est un élément essentiel puisqu'elle permet en effet au cadre de santé d'élaborer les fiches de poste de ses équipes mais également de proposer des ajustements et réorganisations au Directeur de l'établissement. Quant à l'accompagnement des résidents et des familles lors de situations complexes, la présence du cadre de santé de nuit, perçu comme membre à part entière de l'encadrement, permet de réduire la charge mentale pesant sur les équipes de nuit en ce qu'elles disposent alors d'un soutien non négligeable et peuvent poursuivre la prise en soins des autres patients. Pour les patients et leur famille, être face à un représentant de la direction peut également être rassurant.

Le cadre de santé de nuit est également chargé d'une mission de gestion des ressources humaines, et plus particulièrement d'assurer un lien entre les équipes de jour, la direction et les équipes de nuit. Par sa présence physique sur le terrain, il lui revient ainsi de « [mettre en place] une relation d'écoute auprès des personnels de nuit et [de transmettre] des difficultés éventuelles rencontrées aux cadres concernés et/ou à la direction », « d'évaluer les besoins en formation et d'accompagner le projet de formation des agents », « [d'informer] les cadres de jour de situations significatives et utiles pour [procéder à des] réajustements éventuels », et enfin « [d'informer] les professionnels [des] projets et de l'évolution de l'établissement [ainsi que] des nouvelles organisations et des procédures

⁷⁵ Fiche de poste du Cadre de Santé de nuit réalisée par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille en décembre 2017

⁷⁶ Ibid

institutionnelles »⁷⁷. Le cadre de santé de nuit joue ainsi un rôle de continuité de l'encadrement la nuit, et garantit la nécessaire continuité des soins dus aux patients accueillis au sein de l'hôpital.

Si cette organisation hospitalière semble peu transposable en EHPAD dans sa totalité, le rôle du cadre de santé paramédical pourrait en revanche comporter un volet focalisé sur la nuit en prévoyant notamment des temps de rencontre institutionnelle programmés avec les équipes de nuit, et la réalisation de nuits aux côtés des équipes.

“ *« Je pense qu'ils ont besoin, enfin certains, pas tous. Certains aimeraient qu'on soit là un peu plus souvent. Moi je trouve que ce serait logique ... Une fois par trimestre, vous voyez, ça fait quatre fois par an. Je trouve que ça pourrait être mis en place. »*⁷⁸

Par sa présence sur le terrain, le cadre de santé pourrait ainsi évaluer et mieux connaître le travail des équipes de nuit, ses problématiques, mais également mieux connaître les membres de ces équipes, facilitant de fait son management à distance. Au sein de la Résidence R, plusieurs modes de communication ont été déployés pour favoriser les échanges de l'encadrement avec les équipes de nuit : cahier de nuit dans lequel les équipes de jour et les cadres de santé transmettent des informations essentielles aux équipes de nuit en sus des transmissions informatiques, bannette spécifique destinée à réceptionner le courrier et les notes d'information et de service émises par le Directeur, organisation d'une réunion de direction tous les semestres visant à présenter les grandes orientations et projets à venir ainsi qu'à recueillir les suggestions et ressentis des équipes. Facilement transposables à tout EHPAD, les modes de communication des équipes de nuit avec les membres de l'encadrement peuvent également être étayés par la mise en œuvre d'échanges physiques plus réguliers, en particulier avec le cadre de santé. La fréquence de ces temps d'échange devrait toutefois être déterminée au regard des besoins rencontrés par l'équipe de nuit, mais également des problématiques fréquemment remontées. La gestion des plannings doit également être réalisée avec précision, car du fait de sa composition restreinte, la moindre absence d'un membre de l'équipe engendre d'importantes répercussions sur l'organisation du travail de l'équipe de nuit. Les équipes de nuit doivent donc être constituées de personnes fiables, et l'encadrement ne doit pas hésiter à intervenir en cas de conflits entre plusieurs agents afin de s'assurer de la bonne entente de l'équipe et

⁷⁷ Fiche de poste du Cadre de Santé de nuit réalisée par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille en décembre 2017

⁷⁸ Annexe 1 – Extrait de l'entretien mené avec le cadre supérieure de santé de la Résidence R

de sa pérennité. En outre, l'encadrement, et plus particulièrement le cadre de santé, ne doit pas hésiter à porter la voix des équipes de nuit auprès des équipes de jour, et s'assurer de la bonne organisation de jour, pour ne pas porter préjudice à l'organisation de nuit. Enfin, les besoins de l'équipe de nuit doivent être pleinement intégrés au sein du plan de formation de l'établissement.

4.1.2 Définir un volet « nuit » au sein du plan de formation

Depuis la Loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007, les fonctionnaires et agents publics disposent d'un droit à la formation professionnelle tout au long de la vie. Précisé par le décret du 21 août 2008, ce droit implique notamment pour les établissements relevant de la fonction publique hospitalière de mettre en œuvre des actions ayant notamment pour objet « de garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et la compétence des agents en vue d'assurer : leur adaptation immédiate au poste de travail, leur adaptation à l'évolution prévisible des emplois [et] le développement de leurs connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences ». Pour ce faire, l'article 6 du décret du 21 août 2008 impose aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière d'élaborer chaque année un plan de formation qui détermine « les actions de formation initiale et continue » à destination des agents ainsi que leurs modalités de financement. 2,1% de la masse salariale des établissements doivent ainsi être consacrés au financement du plan de formation. En ce que le plan de formation « tient compte à la fois du projet d'établissement, des besoins de perfectionnement, d'évolution ainsi que des nécessités de promotion interne »⁷⁹, il peut constituer un outil de management destiné à accompagner et sécuriser les équipes de nuit de l'établissement. Après analyse des besoins des équipes de jour et de nuit réalisée par voie de consultation de ces dernières et des partenaires sociaux, le Directeur de l'établissement peut ainsi choisir de proposer un « volet nuit » au plan annuel de formation et le soumettre au vote du CTE. Le volet nuit du plan de formation pourrait ainsi prévoir d'intégrer les équipes de nuit au sein de formations génériques proposées à l'ensemble des membres du personnel, dans un objectif d'harmonisation des pratiques professionnelles de jour et de nuit, mais également des sessions de formation spécifiques à l'équipe de nuit telles que l'appropriation des protocoles de gestion des urgences proposées par l'ARS Ile-de-France ou bien encore d'autres actions de formations liées au travail de nuit proposées par des organismes de formation. Dans le cadre de la gestion de crise *COVID-19* au sein de

⁷⁹ Article 6 du Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

la Résidence R, deux unités destinées à prendre en charge les résidents potentiellement atteints par le virus ont été créées au mois d'avril 2020. Dans cette optique, et conscient de la charge de travail supplémentaire que la création et l'utilisation de ces unités pourraient engendrer vis-à-vis des membres du personnel soignant, le Directeur a souhaité organiser des sessions de formation à l'emploi de ces unités ainsi qu'aux dispositifs médicaux et modes opératoires spécifiquement destinés à garantir la sécurité des résidents accueillis et du personnel. Les équipes de nuit n'ont pas été écartées de ce dispositif de formation interne et ont été pleinement associées à celui-ci.

En cas de difficultés de financement d'un volet nuit au sein du plan de formation, le Directeur de l'établissement peut également inciter les membres de l'équipe de nuit à utiliser leur compte personnel de formation pour parfaire leurs connaissances et compétences et ainsi se sentir plus sécurisées au cours de leur service. En outre, les formations inter-établissements ne doivent pas non plus être négligées. Elles permettent ainsi à la fois une répartition des coûts financiers de la formation entre les EHPAD participant⁸⁰, et une rencontre des équipes de plusieurs établissements. Or, pour les équipes de nuit, rencontrer d'autres professionnels leur permet de sortir de leur cadre de travail habituel, de pallier l'isolement causé par leurs modalités de travail, mais également d'échanger sur leurs pratiques professionnelles, leurs difficultés, et de faire émerger des idées d'accompagnement et d'amélioration de leurs conditions de travail en réalisant un « benchmark » officieux auprès de leurs pairs.

4.1.3 Engager une politique de prévention des risques psycho-sociaux à destination des équipes de nuit

L'accompagnement des équipes de nuit se construit également via la mise en œuvre d'une politique d'évaluation et de gestion des risques, et plus particulièrement d'élaboration du DUERP. En ce que chaque évènement indésirable se répercute de manière plus conséquente chez les équipes de nuit, une réflexion quant aux moyens de faciliter leur travail par la mise à disposition d'aides techniques et technologiques doit être engagée. En absence d'ergothérapeute au sein des effectifs de l'établissement, l'EHPAD ne doit pas hésiter à solliciter des acteurs externes en conventionnant avec des établissements de son territoire pour bénéficier d'une expertise ponctuelle ou régulière des besoins d'équipements ou de formation destinées à améliorer la qualité de la prise en soins des résidents accueillis

⁸⁰ En moyenne, le coût d'une formation d'une durée de trois jours s'établit à 685,50€ par agent (318 euros de formation et 367,50€ de remplacement de l'agent formé).

et les conditions de travail de ses équipes. De nombreuses entreprises sont à cet égard spécialisées dans la proposition d'aides techniques destinées à améliorer le confort des agents de la fonction publique hospitalière et réduire ainsi leurs risques psycho-sociaux. À titre d'exemple, un projet d'achat de chariots robotisés a été lancé par la Résidence R suite à la consultation des agents dans le cadre de son plan d'investissement annuel. Au regard du nombre de pas conséquents réalisés par l'équipe de nuit, celle-ci requiert en effet de disposer d'un chariot suffisamment bien achalandé leur permettant de disposer de tous les équipements indispensables pour effectuer leurs rondes, et pallier la nécessité de se rendre d'un bâtiment à l'autre pour y chercher du matériel. Le chariot motorisé permet ainsi de réduire la charge physique liée au transport d'un chariot de soin rempli. Selon l'Agence Française de Normalisation (AFNOR)⁸¹ en effet, la valeur maximale de poids acceptable liée à la manutention d'un chariot en pousser/tirer est de 21 kilos en force initiale et 10 en force de maintien⁸².

Outre la prévention des risques psycho-sociaux rencontrés par les équipes de nuit par le développement d'une politique d'achats et d'investissement, une attention toute particulière doit également être observée à l'encontre de leur santé physique et psychique. À cet égard, le rôle de la médecine du travail ne doit pas être négligé. Dans une brochure relative au travail de nuit et au travail posté, l'Institut National de Recherche et Sécurité pour la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles (INRS) recommandait notamment aux employeurs de ne pas hésiter à solliciter la médecine du travail pour s'assurer de la bonne santé physique et psychique du travailleur de nuit⁸³. De par la spécificité de leur travail, les travailleurs de nuit doivent en effet faire l'objet d'un suivi spécifique de la part de la médecine du travail. Ce suivi se formalise par la réalisation d'une visite d'information et de prévention préalablement à leur prise de poste, la mise en œuvre d'un suivi périodique n'excédant pas trois ans, et l'organisation de visites supplémentaires en cas de détérioration de l'état de santé du travailleur, à son initiative ou à celle de son employeur. Pour favoriser la vigilance de ses personnels de nuit à l'égard de leur état de santé, le Directeur d'EHPAD peut ainsi mettre à leur disposition la brochure réalisée par l'INRS, mais également choisir de rédiger son propre « Guide pratique du travailleur de nuit », en lien avec les partenaires sociaux. Un volet relatif au travail de nuit pourrait également être intégré au Livret d'accueil des personnels remis à chaque nouvel arrivant.

⁸¹ AFNOR, Norme Ergonomie - Manutention manuelle, partie 2 : Actions de pousser et de tirer, NF ISO 11228-2, 2007

⁸² La force initiale correspond à la force nécessaire pour commencer à faire bouger une charge. La force de maintien correspond à la force nécessaire pour maintenir la vitesse de déplacement d'une charge.

⁸³ INRS, Le travail de nuit et le travail posté : quels effets ? Quelle prévention ?, Septembre 2018

4.2 Intégrer l'équipe de nuit à la vie institutionnelle de l'établissement

Afin de pallier l'isolement ressenti par l'équipe de nuit aussi bien dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions qu'au regard de la spécificité de leurs horaires de travail, l'organisation de leur participation à la vie institutionnelle de l'établissement pourrait avoir pour conséquence de les valoriser et de sécuriser leur sentiment d'appartenance à l'établissement ainsi que de reconnaissance de leur travail. Au sein de la Résidence R, la participation de l'équipe de nuit à la vie institutionnelle de l'établissement s'illustre notamment par l'organisation de réunions de direction semestrielles. Au cours de ces réunions, les membres de l'équipe de direction ainsi que les cadres de santé paramédicaux des services concernés rencontrent chaque service de l'établissement afin de faire le point sur les projets menés et à venir. Ces réunions de direction constituent également un moyen pour les équipes de faire remonter des questions, interrogations, problématiques et suggestions quant à leur pratique professionnelle, leurs conditions d'exercice, leurs besoins de formation ou la prise en soins proposée aux résidents. L'équipe de nuit de la Résidence R bénéficie ainsi de deux temps de rencontre annuels avec les membres de l'encadrement. Ces réunions permettent également de tenir les équipes de nuit informées des projets et des grandes orientations portés par l'établissement. Au cours d'une réunion s'étant déroulée au mois de décembre 2019, le Directeur de la Résidence R avait notamment présenté aux équipes de nuit le futur projet institutionnel, et plus particulièrement les axes qui la concernaient directement, telle que sa volonté de recruter une troisième IDE de nuit. Afin de respecter leur cycle de vie et de sommeil, cette réunion (tout comme chaque réunion avec l'équipe de nuit) avait été organisée le soir avant la prise de leur service, de 19H30 à 20H30. Le respect du rythme de vie des équipes de nuit est également de mise lors de l'organisation de leurs entretiens annuels d'évaluation réalisés par la Cadre Supérieure de Santé Paramédicale.

« Avant la cadre faisait venir les agents de nuit pour leur évaluation. Tandis que là on se déplace la nuit pour les évaluer. Et ça pour moi, c'est avoir du respect pour elles. [...] Ce n'est pas parce qu'elles sont de nuit qu'on [doit les faire] venir. Le cadre doit être là. »⁸⁴

Les équipes de nuit participent également à la politique d'amélioration constante de la qualité du service dû aux résidents et des conditions de travail par l'utilisation fréquente des feuilles d'évènement indésirable. Cette participation est également accrue par la présence d'une des infirmières de nuit au CTE, en tant que représentante du personnel. Enfin, et dans le cadre de la crise sanitaire COVID-19, la participation des équipes de nuit a été sollicitée

⁸⁴ Annexe 1 – Extrait de l'entretien mené avec la cadre supérieure de santé de la Résidence R

par la direction de l'établissement. En effet, afin d'anticiper la potentielle contamination par le virus des résidents de l'établissement, le Directeur a souhaité créer une unité *COVID-19* de 10 lits au sein de laquelle seraient admis les résidents testés positifs au *COVID-19*, ainsi qu'une unité *COVID-19* Soins Palliatifs de cinq lits, destinée à accueillir des résidents en fin de vie également testés positifs au virus. Lors de la présentation de ces deux unités en CTE et CHSCT extraordinaire, le Directeur de la Résidence R s'est spécifiquement enquis de l'avis de l'infirmière de nuit ainsi que des répercussions potentielles du *COVID-19* sur leur travail de nuit.

Si l'intégration des équipes de nuit à la vie institutionnelle de la Résidence R est jugée suffisante par ces dernières, celle-ci pourrait être poussée à son paroxysme de plusieurs manières au sein des EHPAD. Tout d'abord, certains membres de l'équipe de nuit pourraient être intégrés aux Groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle (GAPP) organisés entre les équipes de jour. L'objectif de ces groupes est de réunir une équipe pluridisciplinaire afin de pallier une problématique rencontrée dans la prise en soins d'un résident. Ce groupe de travail réunit constamment un médecin salarié (ou le médecin coordonnateur de l'EHPAD), un cadre de santé paramédical, un psychologue et un ou plusieurs agents du service concerné. Le résident concerné est également sollicité pour participer à ce GAPP, au regard de son état de santé, de même qu'un membre de sa famille, ou l'un de ses proches. L'objectif est de discuter des problématiques rencontrées quotidiennement par les équipes dans la prise en soins de ce résident, d'identifier les points de blocage, d'obtenir le ressenti du résident quant à sa prise en soin et de convenir tous ensemble de pistes de solutions palliatives qui feront l'objet d'une modification du plan de soins du résident. Si la synthèse de GAPP figure dans le dossier de soins et est donc consultable par les équipes de nuit, leur participation à ces GAPP, voire la création de GAPP de nuit pourrait également être bénéfique. En outre, les équipes de nuit pourraient également être sollicitées pour participer à l'élaboration d'un volet « nuit » dans le projet de vie des résidents. Cette démarche pourrait de surcroît conduire à proposer aux résidents un « référent de nuit », chargé de mieux saisir leurs besoins et d'adapter leur prise en soins la nuit. Un « projet de nuit » pourrait également être une composante du projet d'établissement et du projet social, et la rédaction préalable confiée aux équipes de nuit, en collaboration directe avec les cadres de santé paramédicaux, mais également en lien avec les résidents, leurs familles, proches, et les représentants du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Ce projet de nuit pourrait permettre de coucher sur papier l'ensemble des besoins rencontrés par les résidents la nuit, et les solutions à proposer pour faire évoluer leur prise en soins de nuit.

4.3 Faire évoluer la prise en soins de nuit des résidents accueillis



« Il est possible de proposer une qualité de vie et de soin aussi pendant la nuit. Tout n'est pas parfait et rien n'est facile dans ce domaine. Mais avec un projet de soins solides et la volonté de le voir se réaliser, on tend vers ce qui est le plus favorable aux résidents des EHPAD. »⁸⁵

Face à l'augmentation de la dépendance et de la polyopathie des résidents accueillis en EHPAD, la sécurisation des équipes de nuit passe également par le déploiement de nouveaux dispositifs destinés à faire évoluer la prise en soins de nuit des résidents accueillis, et de répondre ainsi au mieux à leurs besoins. Cette évolution peut être réalisée par le déploiement de l'approche non-médicamenteuse et de dispositifs innovants (1) et/ou de nouveaux modes d'accompagnement (2).

4.3.1 Développer l'approche non-médicamenteuse et l'utilisation de dispositifs innovants

L'approche non-médicamenteuse peut se définir comme « un ensemble de techniques de soins, d'approches environnementales et humaines [ayant] pour objectifs le traitement et/ou le soulagement de certains symptômes et l'amélioration de la qualité de vie, la recherche d'un état de bien être [et] la prévention de l'iatrogénie. »⁸⁶. Selon la HAS, l'approche non-médicamenteuse se distingue en trois catégories que sont les thérapies physiques, les règles hygiéno-diététiques et les traitements psychologiques⁸⁷.

Dans un appel à candidature lancé en 2017, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) constatait qu'au quotidien, les situations générées par les troubles psycho-comportementaux la nuit « peuvent être génératrices d'angoisse pour le personnel présent la nuit et pour l'ensemble des résidents. L'absence d'accompagnement nocturne spécifique a dès lors un impact sur la qualité de vie des résidents ». Pour pallier cette absence, l'ARS PACA avait ainsi lancé un appel à projet visant à mettre en place des PASA de nuit à titre expérimental. Cet appel à projet se fondait notamment sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA publiées par l'ANESM en juin 2017. Selon le cahier des charges établi par l'ARS PACA, l'objectif poursuivi par la mise en œuvre d'un PASA de nuit était « d'améliorer la qualité de vie et du sommeil pour l'ensemble des résidents dans le respect des singularités », de « [répondre] notamment aux troubles du

⁸⁵ TROUILLOUD M., « La nuit, la vie continue », *Gérontologie et Société*, n°116, mars 2006, pp.119-131

⁸⁶ Définition donnée par le Centre Hospitalier de La Rochefoucauld

⁸⁷ HAS, Rapport d'orientation : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, Avril 2011

comportement type déambulations, isolement, angoisses », de « poursuivre la prise en soins individualisée », de « limiter le recours aux traitements médicamenteux », et de « réduire la fréquence des appels itératifs la nuit signe de réveils multiples, [et] donc d'un temps de sommeil insuffisant ». ⁸⁸ Ces PASA de nuit doivent ainsi proposer à une file active de résidents identifiés comme présentant des troubles psycho-comportementaux « perturbateurs » de se retrouver en petit groupe afin de réaliser des activités, de prendre une collation tous ensemble ou d'utiliser des objets transitionnels pour résoudre les potentielles crises d'angoisse.

Sans pour autant bénéficier de PASA de nuit, la mise en place d'objets transitionnels ou d'autres dispositifs innovants pourrait également permettre aux équipes de nuit de proposer des temps d'accompagnement personnalisés avec les résidents qui le nécessiteraient. Ainsi, la création d'espaces ou de chariots Snoezelen[©], l'achat de robots émotionnels d'assistance thérapeutiques ou de TOVERTAFEL[©] pourraient constituer autant d'atouts dans les manches des agents des équipes de nuit favorisant la prise en soin et l'accompagnement des résidents angoissés et agités la nuit. Ces dispositifs innovants dont l'objet est d'offrir aux résidents un temps de partage, de bien-être, de détente et/ou de jeu sans mise en échec sont facilement utilisables par les équipes de nuit et constituent autant de possibilité d'animation « flash » à mettre en œuvre au regard des besoins. Développé à partir des années 1970 par deux hollandais, le terme Snoezelen[©] « est la contraction de Snueffelen (renifler, sentir) et de Doezen (sommoler), néologisme évoquant la notion d'exploration sensorielle, de détente et plaisir » ⁸⁹. Si la mise en œuvre de cette approche peut se traduire de diverses manières en EHPAD, elle s'illustre le plus souvent par le déploiement d'un espace au sein duquel sont installés divers éléments destinés à apaiser les personnes âgées (*fauteuils de relaxation, jeux de lumières tamisées, musique douce*). Toutefois, et selon un rapport publié par l'ARS Occitanie, seuls trois EHPAD sur 10 disposaient d'un tel espace en 2017⁹⁰. Cette faible prévalence s'explique notamment par le coût élevé de mise en œuvre d'un tel espace qui suppose tout d'abord pour l'établissement de disposer d'un local spécifique mais également d'investir dans du matériel et du mobilier. La création d'un espace Snoezelen[©] pourrait néanmoins faire l'objet d'une négociation entre l'EHPAD, l'ARS et le Conseil Départemental dans le cadre du CPOM, au titre de l'axe intitulé « Développement de la qualité de la prise en charge des résidents » ou bien encore de l'axe

⁸⁸ Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Avis d'appel à candidatures : Mise en place expérimentale de PASA de nuit en EHPAD, 2017

⁸⁹ Guy Le Charpentier, Que penser du Snoezelen en gérontologie ?, Revue de presse Snoezelen France

⁹⁰ ARS Occitanie, Analyse des rapports d'activité médicale 2017 des médecins coordonnateurs des EHPAD en Occitanie, 2017

relatif aux « Projets innovants »⁹¹, et ainsi permettre à l'établissement d'obtenir des crédits supplémentaires (sous forme de CNR notamment) pour contribuer à son déploiement. Une démarche de recherche de subvention auprès de la CNSA ou d'organismes bancaires peut également être lancée par le Directeur. Le choix d'un chariot de type Snoezelen, facilement déplaçable au lit du résident, et financièrement plus accessible, peut également avoir toute son utilité pour les équipes de nuit. Un tel choix a notamment été opéré au sein d'un EHPAD de Normandie. L'utilisation de ce chariot a notamment pu être réalisée la nuit par les équipes auprès d'une résidente souffrant de troubles du sommeil, et permis son endormissement dans un délai de vingt minutes, sans réveil aucun au cours de la nuit⁹².

La mise en place de ces nouveaux modes d'accompagnement nécessite donc de la part du Directeur de l'établissement d'anticiper leurs modalités de financement au travers son plan pluriannuel d'investissement. En effet, ces dispositifs innovants font état d'un prix relativement élevé nécessitant d'intégrer la politique d'investissement et d'être répartis dans le temps. Ces dispositifs, et en particulier le dispositif TOVERTAFEL, ne sont en effet pas encore disponibles sous forme de « leasing », ce qui aurait pu permettre aux EHPAD de faire passer ces dépenses au titre des charges, et non des investissements. Le prix d'une TOVERTAFEL© s'élève ainsi à 6.490 euros hors taxes, auxquels s'ajoutent le prix d'un jeu fixé à 240 euros l'unité⁹³, ainsi que le coût lié à l'installation et à l'entretien de cette dernière au sein de l'unité de l'établissement. Afin de financer l'achat de deux TOVERTAFEL© à destination de ses deux PASA, la Résidence R a ainsi sollicité des subventions de la part de deux organismes bancaires, pour un total de 15.000€. Pour le Directeur, investir dans des dispositifs innovants nécessite donc de disposer d'un taux de CAF permettant de couvrir à la fois le capital annuel de ses emprunts, mais également le renouvellement et l'investissement de nouvelles immobilisations, tout en cherchant d'autres moyens de financement, au travers de subventions notamment. En outre, l'acquisition de ces dispositifs suppose d'anticiper au sein du plan de formation un temps d'appropriation de la part du personnel ayant vocation à les utiliser.

En sus du déploiement de dispositifs innovants destinés à faire évoluer la prise en soin de nuit des résidents accueillis et ainsi sécuriser les équipes de nuit par la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée, de nouveaux modes d'accompagnement de nuit peuvent être envisagés au sein de l'établissement.

⁹¹ Ces axes sont issus du projet de CPOM réalisé dans le cadre du stage de professionnalisation au sein de la Résidence R. Leurs intitulés peuvent donc varier d'une région à une autre.

⁹² http://www.monsieurvincent.asso.fr/un-chariot-snoezelen-finance-par-le-credit-agricole-_r_68_a_108.html

⁹³ Gérontonews, Démences: l'effet "inédit" d'animations lumineuses sur table, Septembre 2018

4.3.2 Réfléchir à de nouvelles modalités d'accompagnement et d'accueil des résidents la nuit

Dans son appel à projet relatif à l'accompagnement de nuit lancé en 2018, la Fondation Médéric Alzheimer⁹⁴ constatait que « si un large éventail de services existe pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles cognitifs durant la journée, les dispositifs visant à les soutenir face aux difficultés rencontrées la nuit restent peu développés ». La Fondation Médéric-Alzheimer a ainsi retenu quatre projets destinés à favoriser l'accompagnement de nuit des personnes atteintes de troubles psycho-comportementaux. Or, la mise en œuvre d'un des quatre projets retenus peut également concourir à la sécurisation des équipes de nuit d'un EHPAD.

Porté par l'Hôpital de Dieuze en Moselle, le projet avait pour objectif de développer un accueil de nuit au sein de l'EHPAD de l'établissement. Cet accueil de nuit est ouvert aux personnes âgées du territoire présentant des troubles cognitifs de 16H30 à 23H30 et de 23H30 à 9H30. Outre l'apaisement des aidants et des personnes âgées accueillies, ce projet permet une sécurisation des équipes de nuit par la présence de deux Assistants de Soins en Gériatrie sur ces plages horaires, qui proposent des activités variées correspondant aux besoins des personnes âgées bénéficiaires. À défaut d'obtenir l'autorisation et les financements lui permettant d'ouvrir un PASA de nuit, un EHPAD peut donc organiser, dans le cadre d'un appel à projet ou à candidature, l'accueil spécifique de personnes âgées désorientées de son territoire. Outre l'apaisement procuré aux aidants et la réponse aux besoins de son territoire, le déploiement de ce dispositif peut également permettre à l'EHPAD de disposer de financements complémentaires générés par cette nouvelle activité, lui permettant de recruter un ASG et ainsi d'étoffer ses effectifs la nuit. Proposer un accueil de nuit de personnes âgées extérieures pourrait également permettre à l'établissement de négocier le financement partiel d'un dispositif d'IDE de nuit mutualisée auprès de ses autorités de tarification. Outre l'accueil de nuit, le Directeur d'EHPAD peut également engager une réflexion quant à la possibilité de créer des places de SSIAD ou d'EHPAD hors les murs proposant un accompagnement de nuit à domicile pour obtenir également la création et le financement d'un poste d'IDE de nuit. Cette IDE de nuit pourrait ainsi réaliser une « garde itinérante » auprès des personnes âgées à domicile destinée à favoriser leur endormissement, tout en conservant une astreinte téléphonique et interventionnelle auprès des personnels de l'EHPAD en cas d'urgence.

⁹⁴ Fondation Médéric-Alzheimer, Appel à projet 2018, Alzheimer : améliorer l'accompagnement de nuit des personnes vivant à domicile

Conclusion

Si l'inattractivité du travail de nuit est principalement liée au décalage qu'il crée avec le rythme de la société, l'inattractivité du travail de nuit en EHPAD se fonde avant tout sur l'insécurité ressentie par les agents prenant leur service à la tombée du jour. Rendre le travail de nuit attractif en EHPAD suppose donc d'offrir à ses équipes un cadre de travail sécurisant. Cette sécurité passe, comme détaillé tout au long de ce mémoire, par l'adéquation des missions des équipes à l'augmentation de l'état de dépendance et des pathologies des résidents accueillis, la mise à disposition de conditions de travail facilitantes, la prévention des risques psycho-sociaux, l'organisation d'une continuité entre le jour et la nuit, et la mise en œuvre d'un mode de management favorisant l'accompagnement des agents. Si chacun de ces points peut être travaillé individuellement, il doit en réalité s'inscrire dans un schéma directeur plus vaste et par la détermination d'une véritable politique et de valeurs au sein desquelles inscrire son établissement, en lien avec l'ensemble des acteurs présents sur le territoire de santé.

La sécurisation des équipes de nuit tient ainsi à l'élaboration d'un projet, d'un cap, d'une vision, et d'un objectif vers lequel tendre. Cet objectif se constitue d'abord par la détermination du type de résidents accueillis au sein de l'EHPAD, duquel découleront le PMP et le GMP de l'établissement, et donc les moyens alloués à l'établissement lui permettant d'élaborer et de faire évoluer la prise en soins offerte aux résidents au travers de leur projet de vie, du projet médical et du projet de soins de l'établissement. Ce cadre stratégique permet ainsi de proposer aux professionnels qui les accompagnent de s'inscrire dans une dynamique précise, qui déterminera l'organisation de leurs missions, les tâches qu'ils auront à accomplir, et fera émerger les besoins nécessaires à leur effective réalisation, dans leur intérêt, mais aussi et surtout dans l'intérêt du résident accueilli. Il incombe donc aux Directeurs d'aujourd'hui et de demain de faire preuve de vigilance et de stratégie quant aux indicateurs conditionnant leurs dotations, mais également d'imaginer et d'organiser des dispositifs permettant d'unir leurs forces en présence, en particulier la nuit.

Si les équipes de nuit doivent ainsi se sentir entendues, comprises et valorisées, leur sécurisation réside avant tout dans le sens qui est donné à leur travail, l'impression d'œuvrer pour assurer un bien-être physique, psychique, social et environnemental au résident accueilli, et de faire partie d'un tout, engagé en faveur du service dû à nos aînés, qu'est l'établissement sur son territoire de santé.



« Quand un objet ou un but est clairement représenté dans l'esprit, sa manifestation tangible et visible n'est qu'une question de temps. La vision précède et détermine toujours la réalisation. » L. Whiting

Bibliographie

Législation et réglementation

- Directive européenne du 9 février 1986 relative à l'égalité de traitement entre les femmes et des hommes en matière d'accès à l'emploi, de formation et de promotion professionnelle
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Loi n°2001-397 du 9 mai 2001 relative à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes
- Proposition de loi instaurant un taux d'encadrement responsable dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 février 2020
- Code du Travail
- Code de l'Action Sociale et des Familles
- Code de la Santé Publique
- Décret n°88-1084 du 30 novembre 1988 relatif à l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et à la majoration pour travail intensif
- Décret n°2002-792 du 3 mai 2002
- Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de la fonction publique hospitalière
- Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2017-995 du 10 mai 2017 modifiant le décret n° 88-1084 du 30 novembre 1988 relatif à l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et à la majoration pour travail intensif
- Arrêté du 30 août 2001 fixant les taux de l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et de la majoration spéciale pour travail intensif
- Arrêté du 16 novembre 2004 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés
- Arrêté du 31 juillet 2009 fixant le référentiel de compétence du Diplôme d'Etat Infirmier
- Arrêté du 10 mai 2017 modifiant l'arrêté du 30 novembre 1988 fixant les taux des indemnités horaires pour travail normal de nuit et de la majoration pour travail intensif
- Instruction N°DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

Rapports et enquêtes

- AFNOR, *Norme Ergonomie - Manutention manuelle, partie 2 : Actions de pousser et de tirer*, NF

- ANESM, *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social »*, 2009
- ANESM, *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées Volet EHPAD*, Février 2016
- ANESM, *Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD*, Janvier 2017
- ANSES, *Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit – Rapport d'expertise collective*, Juin 2016
- ANSM, *Les anticoagulants en France en 2014 : état des lieux, synthèse et surveillance*, Avril 2014
- ARS Centre-Val de Loire, *Synthèse : État des lieux des systèmes d'information dans le secteur médicosocial en région Centre-Val de Loire*, 2018
- ARS Occitanie, *Analyse des rapports d'activité médicale 2017 des médecins coordonnateurs des EHPAD en Occitanie*, 2017
- ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Avis d'appel à candidatures : Mise en place expérimentale de PASA de nuit en EHPAD*, 2017
- DARES Analyses, *Le travail de nuit en 2012*, N°062, Août 2014
- DARES - *Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017*, Synthèse Stat' N°31, Décembre 2019
- DREES, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, Numéro 1015, Juillet 2017
- HAS, *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD*, Juillet 2015
- INRS, *Le travail de nuit et le travail posté : quels effets ? Quelle prévention ?* Septembre 2018
- Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé et Direction Générale de l'Action Sociale), *Les Bonnes Pratiques de Soins en EHPAD*, Octobre 2007.
- Observatoire National de la Fin de Vie, *Fin de vie des personnes âgées : Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France*, Rapport 2013

Littérature

- Badey-Rodriguez, C. (2006). *La nuit auprès des personnes âgées : La face obscure des projets*. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116
- Corman, B. (2006). *Le sommeil des seniors*. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116(1), 45-61
- Hecquet, M. *Les EHPAD, lieux de vie, lieux de mort*. *Le journal des psychologues*, 2011, vol. 4, n°287, pp. 31-34.
- Kakou Augustine, Le Pellerin Laurent, Mabrouki Messaouda, Ouldkada Laalia, Randrianasolo Nadira, Razafindrainibe Zanajohary, Sadeddine Mohamed, Tsilanisara Karine, *Y a-t-il des plages horaires en EHPAD pendant lesquelles les décès surviennent plus volontiers ?* Mémoire collectif Soutenu le 21 Novembre 2014, DIU Inter Universitaire « Formation à la

fonction de Médecin Coordonnateur d'Établissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes », Université Paris-Descartes

- Trouilloud M., *La nuit, la vie continue*. *Gérontologie et Société*, n°116, mars 2006, pp.119-131
- Vercauteren, R. & Connangle, S. (2006). *Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels du travail*. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116(1), 133-142
- Perraut Soliveres, A. (2006). *La nuit et l'institution, un mépris partagé*. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 116(1), 95-107

Articles de presse

- Le Charpentier, G. *Que penser du Snoezelen en gérontologie ?* Revue de presse Snoezelen France
- Direction[s], *Infirmières de nuit en EHPAD, des astreintes sous contrainte*, N°167 - Septembre 2018
- Gérontonews, *Démences : l'effet "inédit" d'animations lumineuses sur table*, Septembre 2018

Documents institutionnels

- Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, *Fiche de poste du Cadre de Santé de nuit*, Décembre 2017
- Fondation Médéric-Alzheimer, *Appel à projet 2018, Alzheimer : améliorer l'accompagnement de nuit des personnes vivant à domicile*, 2018
- Fiches de postes des agents de l'équipe de nuit de la Résidence R (IDE, AS, ASHQ)
- Rapport médical 2019 de la Résidence R
- Rapport financier et d'activité 2019 de la Résidence R

Liste des annexes

Annexe n°1 : Retranscription de l'entretien réalisé avec la Cadre supérieure de santé paramédicale de la Résidence R

Avez-vous des liens avec l'équipe de nuit, les voyez-vous ?

Non. Des fois je les vois plus le soir, je ne viens pas le matin. Quand je travaille, je travaille des fois tard et j'attends l'équipe de nuit. Enfin j'attends ... Le fait de finir tard ça me permet de voir l'équipe de nuit et d'avoir un lien avec elle.

Il n'y a pas de temps dédié ?

Non. Mais on devrait le faire. Parce que là lors des entretiens annuels, je me rends compte qu'il y a des choses qui ne vont pas.

C'est-à-dire ?

Au niveau des transmissions. Au niveau du premier change du soir, il y a des gens qui doivent être couchés ou changés à 17h et qui ne sont pas changés. Donc ça, ça ne va pas. Si vous voulez, les couchers qui sont fait super tôt ... Par exemple une personne qui est couchée à 17h, il semblerait que les agents ne passent pas à 20h. Donc ça, ce qu'il faudrait mettre en place, c'est se dire dans l'année : je prévois du temps et je ne fais pas toute la nuit, mais je prévois deux soirs – pas avec la même équipe – pour voir, et puis je le dis au directeur, et je ne reste pas forcément toute la nuit mais jusqu'à 2h du matin.

Même en journée, l'équipe de nuit n'a pas de temps dédié. Ont-elles un moyen de trouver un support de la part de l'encadrement comme l'ont les équipes de jour ?

Ben, elles ont un cahier.

Mais outre le cahier ?

Après elles peuvent nous appeler le jour. S'il y a un souci ou si je n'ai pas vu le cahier, elles m'appellent le jour. Après elles me laissent des mots sous ma porte, elles ont le « pass » donc elles peuvent entrer dans mon bureau. Il y a un moyen de communication. Ce n'est pas forcément ça qui me dérange. Moi ce que je voudrais surtout revoir dans un premier temps ce sont les transmissions. Parce que des fois, elles arrivent par exemple, elles n'ont pas du tout

travaillé le week-end. Une personne a été hospitalisée ... disons le vendredi soir. Elles arrivent le lundi soir, l'IDE je suis sûre qu'elle n'a pas l'information.

Oui, en effet. Lundi 10 février, le weekend un résident était décédé. Et bien l'équipe n'était pas au courant.

La cadre baisse les bras qui retombent sur son bureau Ben oui ! Vous voyez ! C'est pas normal, c'est PAS NORMAL ! Faut travailler là-dessus quoi. Mais c'est comme, vous voyez moi, quand je reviens par exemple, on va dire l'été. J'ai trois semaines de vacances. Je reviens, je dis à l'IDE aux transmissions : vous me faites un point. Qui est décédé ? J'ai qui comme hospitalisation ? Parce qu'en réunion, j'aime bien être au courant quoi. Vous voyez ? Et les IDE, ils sont le nez dans le guidon, ils prennent un service, ils vont prendre les transmissions mais ils ne vont pas avoir – *et c'est ça ce que je leur reproche* – une vue globale et systémique de leur bâtiment. J'ai horreur qu'on me dise « *ah ben oui mais je n'étais pas là, je n'étais pas au courant !* ». L'IDE qui est là cet après-midi doit être au courant de ce qu'il s'est passé pendant ses trois jours de congés.

D'autant plus que l'équipe de nuit a tout un bâtiment à gérer. Au niveau composition de l'équipe, vous en pensez quoi ?

Y'a des AS qui ne peuvent pas passer de jour mais il faudrait que ça change. Vous avez par exemple une AS, elle ne peut pas passer de jour, elle n'aura jamais le rythme.

Parce que ça fait trop longtemps qu'elle est de nuit c'est ça ?

Oui puis elle est ... Elle est ... Elle a des problèmes de vertèbres, etc. C'est quelqu'un qui n'aurait pas du tout le rythme de jour.

Parce que c'est plus intense le jour ?

Ah oui ! Au niveau rythme oui.

Quelle est la différence ?

Et bien le matin vous arrivez il y en a une qui prend les transmissions. Quand elles sont cinq dans les services, faut qu'il y en ai une qui prépare le chariot de nursing, une le chariot de petit déjeuner parce que l'agent hôtelier n'arrive qu'à 7h15. Il faut commencer les toilettes jusqu'à 7h30, après il y en a une qui se détache ou deux, pour distribuer le petit déjeuner. L'agent hôtelier fait un sous-secteur. Elles, elles font aussi un sous-secteur. Y'a 47 résidents. Vous faites 47 divisé par 5, ça fait à peu près 9-10 toilettes.

Oui mais la nuit ils sont quatre pour 240 résidents ...

Oui mais elles ne changent pas tout le monde ! Elles vous disent qu'elles font ... Quoi ? A peu près quarante changes en tout ?

Elles m'ont dit 60 changes.

Soixante ... Soixante ... Il y a 240 résidents ...

C'est-à-dire qu'une AS de jour va faire 47 changes ?

Non, une AS de jour, par exemple le matin, elle a dix soins de nursing, mais ça veut dire la douche, un bain de lit. Vous ne pouvez pas y passer moins de vingt minutes !

Donc c'est plus physique le jour que la nuit ?

Ah ouais. Le rythme est plus soutenu !

La cadence ?

Oui, parce que c'est tout le temps, tout le temps. Et puis on leur demande ci, on leur demande ça. Et puis y'a un tel qui sonne, et puis il faut aller là-bas.

Mais la nuit aussi ça sonne ...

Oui, mais elles sont quatre, elles peuvent se répartir. Le jour, la cadence est beaucoup plus soutenue.

Donc pour vous le travail de jour est plus ...

La nuit elles n'ont pas à coucher les personnes. Les personnes sont déjà au lit. Ce sont donc des manipulations et de la manutention au lit, sauf quand il y a des chutes. Là, c'est prendre le verticalisateur, c'est prendre le lève-personne, c'est déshabiller la personne, c'est mettre la personne aux WC, etc. La nuit elles mettent aux WC uniquement les personnes valides.

Son téléphone sonne

Oui la nuit c'est ...

La nuit c'est tranquille ?

Non, ce n'est pas tranquille ! Ils sont quatre, c'est difficile. C'est difficile. Ça serait bien s'ils étaient cinq. Moi je verrais l'organisation pour qu'il y ait quelqu'un qui soit positionné plus au sein des unités protégées parce que c'est là qu'il y a de la vie. Et Monsieur le Directeur avait raison quand il avait fait son projet de PASA de nuit. C'est ça ce qu'il manque. L'IDE qu'il veut mettre en plus, ou c'est un agent qui se détache, mais au sein des unités protégées. C'est ça ce qu'il manque. Regrouper les personnes et occuper les personnes.

C'est vrai que sur la vidéo protection on les voit agglutinés dans un coin dans les unités protégées ...

Et puis ce n'est pas évident. Les soignants aujourd'hui c'est compliqué, ils ne peuvent pas ... Y'en a pas un qui peut être détaché pour être que dans les UP puisqu'ils sont quatre, et ils fonctionnent par bâtiment deux/deux. Et c'est quand même mieux de travailler et de faire tout ce qui est change à deux. Ça évite les problèmes de TMS. Comme ça ils font les manutentions, transferts, retournements, changements de position à deux, c'est plus confortable.

Le jour ils le font tout seul ou à deux aussi ?

Ah ben ça dépend ... Ça dépend si ... Alors Mme S. elle forme les agents à utiliser le matériel seul, mais des fois ce n'est pas possible. Une personne qui est en fin de vie on va privilégier la toilette en binôme. Mais la toilette en binôme ça peut être avec l'IDE aussi **Elle sourit en coin**.

Je discutais avec Mme S. concernant l'attractivité du travail d'IDE de nuit : elle me disait que la nuit les IDE participent aux changes et que cela n'attire personne.

Alors, il y a deux versants. Je pense que pour être IDE de nuit en EHPAD, ce n'est pas forcément la personne qui cherche la technicité. Il ne faut pas recruter la personne qui recherche la technicité. Après l'IDE de nuit, comme dit le Directeur, il lui confie la maison. Elle a quand même de grandes responsabilités. Et puis c'est aussi savoir détecter l'urgence. Et on le voit bien : le jour, y'a des IDE qui ne savent pas trop détecter l'urgence. C'est facile, y'a toujours des médecins salariés. Mais pour moi, être IDE en gériatrie, quand on sort d'un diplôme d'Etat, ce n'est pas forcément facile, parce que déjà y'a des polyopathologies, faut être responsable, faut être autonome. Mme S. elle est expérimentée. C'est quelqu'un qui a été dans des services, qui a de la bouteille, qui sait identifier, qui va savoir donner les bonnes informations quand elle appelle le 15, pour que le médecin puisse dire, face à la problématique : « Je vous envoie une ambulance. » ou « Non, vous surveillez ça. » Ce n'est pas facile ! Elle est responsable des trois autres agents aussi.

Il y a donc un volet management ?

Ben ouais parce qu'il y a l'IDE, l'AS et deux ASHQ. Les ASHQ ont plus ou moins des formations ... On le voit bien dans les FEI. Là, j'ai fini les évaluations annuelles de l'équipe de nuit cette semaine ... Pffff. On me renvoie des choses des fois ... Je me dis, ils ont besoin de formation quoi ... Me dire : « Ah oui, Monsieur X de l'UP, il rentrait dans les logements, j'ai voulu le faire sortir ». J'ai dit : « Mais je pense qu'il ne faut pas entrer en opposition avec

lui ». Vous voyez ? Je me dis ... Pffffff. On leur dit pourtant, voilà. Après, pour les agents, il faut aussi que ce soit un choix de travailler la nuit.

Elle hausse le ton Il faut faire le lien entre ... Il faut que professionnellement on y trouve son compte et aussi au niveau vie privée. Mme S, je pense qu'elle y trouve son compte.

Oui, c'est ce qu'elle m'a dit.

Voilà. Par contre, c'est sûr qu'il faut être autonome et responsable. Après vous n'avez pas toute la vie qu'il y a la journée dans l'institution. Elle n'a pas les familles, les médecins, les cancans ... Parce que c'est une petite équipe. Après, il faut bien s'entendre ... Et au départ quand ça s'est formé et qu'il y a eu des IDE de nuit ... Les IDE de nuit elles ont été mises en place en 1997 ici. Et nous, à cette époque-là, quand il y avait un arrêt ou des congés, on devait remplacer les IDE de nuit.

Oui c'est une question que je me pose : si l'équipe ne s'entend pas, comment cela se passe ?

Ah ben y'a eu des problématiques. Y'a eu une IDE qui ne s'entendait pas avec un agent de nuit, ben ça a été devant le Directeur qui les a reçus. C'est très problématique quand ils ne s'entendent pas. Si vous voulez, moi ce que j'aimerais c'est que les agents qui sont de nuit, y'en a ça leur ferait un peu de bien de passer de jour.

Et est-ce qu'à l'inverse certains agents de jour ça ne leur ferait pas du bien de passer de nuit ?

Au niveau AS, on a des AS qui sont intéressées pour passer de nuit. Là, vous voyez j'étais au A2, des agents là, je ne sais pas si le Directeur se rend compte, mais je le dis aux agents : « *C'est bien il nous donne les moyens, il nous autorise à vous remplacer. On ne peut pas ... l'absentéisme de dernière minute je ne peux pas le gérer.* » Mais les soignants, voilà quoi ... Ils n'en peuvent plus. Et puis des familles, vous voyez, à un moment donné ... c'est bon. On va rester dans le juste soin et voilà. Donc je comprends que certaines souhaitent passer de nuit. Y'a des familles qui sont quand même très, très ... Ils payent donc on leur doit tout. Après oui, ce serait des choses à mettre en place, y'aurait des choses intéressantes, mais comme de jour.

Mme S. me parlait de l'existence de Cadres de nuit, à quoi cela sert ?

Sur l'hôpital ? Ben ils gèrent l'absentéisme. Sur l'hôpital ils ne sont pas beaucoup. Il y a un Cadre par site. Mais ils voulaient les supprimer.

En EHPAD ce serait pertinent ?

Non. Je préfère un agent supplémentaire plutôt qu'un cadre de nuit.

Et cet agent supplémentaire se serait quoi ?

Un IDE.

Pas un AS ?

Non.

Pourquoi ?

Parce qu'au niveau responsabilité ça permet de couvrir ... Si vous voulez actuellement on a deux IDE. Pour couvrir un planning faudrait trois IDE.

Oui mais Mme S. me disait que ce troisième poste d'IDE serait peu attractif.

Là, l'IDE de nuit va travailler forcément deux week-ends de suite parce qu'il faut qu'elle soit sur les deux équipes, ou alors elle travaillera ... Je ne sais pas, il faut que je me penche dessus. Ou alors elle va travailler un week-end, puis pas de week-end deux fois ... Mais elle ne travaillera pas un week-end sur deux. Mais il faut qu'elle travaille sur les deux équipes. Parce que là, pour les vacances d'été, l'IDE de nuit ne doit pas prendre des congés sur la même période que l'AS de son roulement.

Mais l'objectif c'est qu'ils soient cinq toutes les nuit ?

Non. Pas toutes les nuits, ah non pas toutes les nuits ! Ça sera l'IDE qui va faire les nuits elle ... Ce sera que ... **elle regarde les plannings sur son ordinateur**. En tout ils font quinze nuits par mois, sans congés. Donc ils seront cinq seulement quinze nuits par mois, c'est tout. Sinon faudrait un autre poste : faudrait deux postes. Cinq mais voilà, pas toutes les nuits. Cinq, quinze nuits par mois ! Ça ne fera pas quinze nuits, ça fera douze parce qu'il y a les congés et les RTT.

Mais du coup pour le PASA de nuit, ça veut dire qu'il y aura des jours où il ne fonctionnera pas ?

Elle hausse les épaules Ben oui, comme pour le PASA de jour qui est fermé pendant les vacances. Ou alors après s'il obtient le PASA de nuit, ça donnera des ASG. Vous voyez ? On ne fonctionne plus avec des IDE mais avec des ASG ... Après faut obtenir le poste IDE, si on peut. Donc voilà, la nuit ... **Elle reprend la fiche de poste** Certaines fois ce n'est pas tracé. Y'a un agent qui m'a fait remarquer que des fois le bionnetoyage ce n'est pas tracé.

J'ai remarqué qu'entre les transmissions et la première ronde, l'équipe de nuit fait un réassort du chariot. N'est-ce pas du temps perdu ? Ce réassort ne pourrait-il pas être fait pas l'équipe de jour avant de partir ?

Non parce qu'elles n'ont pas les clés, c'est le local de nuit dans lequel sont entreposés les téléphones, les tablettes et le chariot. Et là ça voudrait dire ... Là elles n'ont qu'un chariot à faire par bâtiment (*elle parle de l'équipe de jour*). Ça veut dire que là elles vont utiliser quel chariot ? Le chariot du A1 ? Du B1 ?

Donc l'équipe de jour ne pourrait pas faire le réassort d'un chariot par bâtiment ?

Ouais ... Faut voir. Ils ont déjà ... Y'a des fois où c'est quand même compliqué. Moi je ne vois pas ... Voyez quand je suis restée cette semaine, les agents en général ils n'ont pas fini à 20H30. Après faut qu'ils fassent leurs transmissions écrites. Elles finissent les soins et après faut qu'elles valident leurs soins, ouvrir la transmission parce que ce n'est pas fait en direct encore.

En parlant de transmissions, lorsque j'ai fait la nuit, après le départ de l'équipe d'après-midi, l'équipe de nuit a écrit des choses dans le logiciel de transmission.

Qu'est-ce qu'elle a écrit ?

Justement, c'est ce que je leur ai demandé : « Qu'est-ce que vous écrivez ? » Et ils m'ont répondu qu'ils écrivaient ce que l'équipe du soir venait de leur dire.

Elle hausse le ton Mais ce n'est pas normal ! C'est pour ça que je vous dis qu'il y a un problème au niveau des transmissions. Parce que des fois elles me disent qu'elles sont en difficulté, c'est pour ça que les tablettes c'est une bonne idée. Après il faut que l'informaticien ... Quand il y a une transmission, quand il y a une plaie : la fille n'aura plus son calepin mais il faut qu'il y ait une alerte, parce que nous on n'a pas le temps de passer les 47. C'est que ... et en plus de nuit ! Parce que, normalement, l'équipe de nuit arrive à 21H05 et les autres descendent dans le vestiaire à 21H10 donc normalement c'est cinq minutes de transmissions pour trois unités. Donc faut qu'elles aient l'essentiel, mais ceci dit, c'est ça ... Moi je me pose la question quand elles ne sont pas là le week-end, ce n'est pas normal qu'elles n'aient pas l'info. Si elles notent dans le logiciel les transmissions de l'équipe d'après-midi c'est pour se protéger parce que l'équipe du soir ne le fait pas. Faut bien rentrer une donnée. Mais y'en a qui ne font pas leur boulot !

Mais j'avais l'impression que c'était implicite ...

J'en ai discuté avec l'AS de nuit. Je pense que ... Ouais, ouais ... Moi Mme S. m'en avait parlé parce qu'elle n'avait pas la totalité des infos. Après je pense que la jeune IDE il va falloir que je vienne la rencontrer parce que je ne l'ai pas vraiment rencontrée encore. Enfin elle m'a dit : « *Oui ça va, ça va* ». Enfin ça va, ça va euh Si vous voulez elle se trouve un peu ... Ben c'est

difficile quand ça ne fait pas des années qu'on est diplômée. Elle ne sait pas trop quelle décision prendre donc elle s'appuie sur l'ASHQ, et hop l'ASHQ prend le pouvoir sur l'IDE, c'est vite fait. Après voilà ... Moi quand j'ai fait des nuits ça ne m'intéressait pas quoi. Nous on faisait les médicaments en plus.

Pourquoi ?

Bah parce que ça ... Vous avez l'impression, c'est plus dans la vie privée, vous avez l'impression de vivre à l'envers des autres. Nous on en faisait que ponctuellement mais ça ne m'intéressait pas quoi. Alors nous on faisait les piluliers, on ne faisait pas de changes à l'époque mais ... Ben c'est sûr qu'on est tranquille mais ...

Donc il y a plus de mauvais côtés à faire la nuit que de bons ?

Je pense que ça dépend des gens parce que vous avez la tranquillité. Vous n'avez pas tous les médecins, la hiérarchie qui est sur votre dos, vous n'avez pas les familles. C'est très important. C'est calme la nuit. C'est une petite équipe, donc il faut qu'ils s'entendent bien, mais c'est calme. Après ils ont des coups durs, des hospitalisations, des choses comme ça mais vous avez des nuits qui peuvent être calmes et d'autres où vous n'allez pas arrêter de la nuit.

C'est donc un peu en dents de scie ?

Voilà. Et par rapport au travail de jour ils ne sont que quatre, y'a pas l'entraide des autres services. De jour, quand ils ne sont pas en nombre dans une unité ... Ils n'ont pas cette entraide ils ne sont que quatre. C'est pour ça que le Directeur, et moi aussi, un agent de nuit qui ne vient pas, par exemple une fois ... J'étais d'astreinte. L'AS de nuit est tombée face contre terre, il y avait un autre AS mais pas d'IDE. Donc j'ai demandé à la Cadre de rester. Donc elle avait fait la moitié de la nuit et moi j'avais pris le relai si jamais il y avait un problème. Mais c'est bizarre parce qu'il devait y avoir une astreinte IDE normalement ... C'est comme une IDE m'appelle un soir à 20H pour me dire qu'elle ne vient pas. Comment je trouve un agent moi ? A trois, vous imaginez ? Moi j'arrive ici, on me dit qu'on est que trois, mais je pleure ! Stratégiquement, dans ce cas-là, on revoit l'organisation et on se dit : « On commence par quoi ? » Et on ne voit QUE l'essentiel. Mais elles sont en insécurité on est d'accord.

J'ai l'impression qu'il y a un profil type pour la nuit ... ?

C'est moins difficile physiquement, je vous parle physiquement au niveau des TMS, c'est moins difficile. Pour moi le rythme, même s'ils ne sont que quatre, en termes de rythme, de charge de travail, dans la manutention, et psychologiquement, c'est moins difficile parce que y'a pas tout ce lien avec les familles. Sauf incident il n'y a pas de pression la nuit.

Oui mais ils ont quand même la pression constante de « s'il y a un problème on est que quatre ».

Oui mais enfin ... *Elle hausse les yeux au ciel*

C'est intéressant parce qu'il y a une dichotomie entre ce que pense l'encadrement et ce que pense l'équipe de nuit. Eux trouvent que c'est dur physiquement et psychologiquement, alors que de votre point de vue non.

Et ils ne s'occupent pas ... Ils sont quatre, ils font 60 résidents sur 240. Où ça pose plus de souci c'est quand il y a des personnes qui ont des troubles du comportement, de l'agressivité, au niveau des UP. Parce qu'on a quand même des résidents qui dorment. Et les résidents ne sont pas comme le jour. On a quand même pas mal de résidents qui dorment la nuit. Le jour c'est pire parce qu'ils sont tous réveillés. S'ils sont exigeants la nuit ils sont aussi exigeants le jour. Moi je dis que la nuit, psychologiquement, ils ne sont pas sollicités comme le jour. Là ils vont être sans arrêt dérangés par les familles qui appellent, même le matin, alors que les agents sont dans les soins. Ils vont courir là-bas, là-bas. Y'a des personnes qui sonnent aussi la journée et qui ne vont pas forcément sonner la nuit, parce qu'ils veulent ceci ou cela.

C'est intéressant parce qu'au regard des FEI, c'est l'équipe de nuit qui en déclare le plus.

Ben oui mais parce qu'ils ne sont pas accompagnés. Ils vont noter dans les transmissions mais pour nous alerter ça va être le moyen utilisé pour dire : « Attention ça pose problème ! ». Parce que nous en tant que cadre on ne peut pas regarder tous les dossiers.

La plupart des FEI concernent les défaillances techniques et les troubles du comportement.

Oui alors les défaillances techniques ... Encore ils ne signalent pas tout ! Parce que l'autre fois pour les tablettes et les téléphones : « Oui bah on l'a déjà signalé ! » Sauf que s'ils ne signalent pas on ne peut pas savoir nous ! Faut qu'elles le signalent ! Plus ils en font, plus ça va faire « tilt ». Après physiquement c'est aussi parce qu'elles font les trois étages. Mais après, le Directeur, quand il avait fait l'étude pour les bâtiments, c'est pour ça qu'il y a des ascenseurs. Elles sont quatre donc forcément quand il y a une sonnette voilà ... Moi je trouve qu'elles ont moins la pression qu'une équipe de jour, mais à l'inverse elles ne sont pas accompagnées. Tandis qu'une équipe de jour, dès qu'il y a un sous-effectif ... Moi quand il y a un sous-effectif de nuit j'en suis malade. Que de jour on arrive à gérer.

Ça arrive souvent les sous effectifs ?

Non.

Pourquoi ?

Si c'est un arrêt de dernière minute, moi je n'hésite pas à rappeler une titulaire. Un agent de nuit qui revient sur son repos compensateur et je lui rends après. Je me débrouille pour lui rendre mais elle vient quoi. Ça m'est arrivé plusieurs fois d'appeler une titulaire de nuit. Quand j'ai des contractuels qui ne viennent pas ... C'est pour ça que ce n'est pas facile d'évaluer les agents de nuit actuellement parce qu'on n'est pas suffisamment sur le terrain.

Ils sont en demande ...

Moi déjà je trouve qu'avant, la cadre elle faisait venir les agents de nuit pour leur évaluation. Tandis que là on se déplace la nuit pour les évaluer. Il y a déjà ... Et ça c'est pour moi, c'est avoir du respect pour elles, après je ne sais pas si elles le vivent comme ça. Ce n'est pas parce qu'elles sont de nuit qu'on les fait venir. Le cadre doit être là.

Ils m'ont fait passer le souhait que les cadres et la Direction fassent au moins une nuit complète avec eux.

Moi je veux bien faire une moitié de nuit sur les deux équipes ... Mais je ne peux pas faire la nuit entière. L'autre fois je suis venue : j'ai évalué trois agents, je suis rentrée chez moi il était 23H20. Parce qu'ils ont besoin d'être écoutés aussi.

Pourquoi ne pourrait-on pas prévoir des temps institutionnels pour la nuit ?

Le directeur fait des réunions avec l'équipe de nuit hein ! C'est de 20H à 21H avant leur embauche.

Oui mais entre équipe de jour et de nuit ? Ils ne participent pas aux GAPP, ils ne rencontrent pas l'équipe de jour ? Il n'y a pas ce soutien qu'il y a de jour ?

Je pense qu'ils ont besoin, enfin certains, pas tous. Certains aimeraient qu'on soit là un peu plus souvent. Moi je trouve que ce serait logique ... Une fois par trimestre vous voyez, ça fait quatre fois par an. Moi je trouve que ça pourrait être mis en place. Mais c'est des choses oui, pourquoi pas ? Je pense que je suis la seule à voir l'équipe de nuit le soir parce qu'il y a des soirs où je veux absolument finir donc je vois l'équipe de nuit. Mais bon je les vois peu de temps quoi ...

Annexe n°2 : Retranscription de l'entretien réalisé avec l'IDE et l'ASHQ de nuit de la Résidence R

L'entretien s'est déroulé en deux phases : une première phase a consisté en une discussion avec l'équipe de nuit au cours de la première ronde, la seconde phase, plus solennelle, s'est déroulée pendant le temps de pause de l'équipe.

Entretien informel au cours de la première ronde – 21H30 – 23h30

Ça marche bien vos tablettes ?

IDE : Ces tablettes font un maximum de 8H, et elles ne font que de la vision. Et elles sont au maximum de leur autonomie. 6h du matin, elles sont déchargées. Et nous on ne travaille pas dessus ! elles passent leur temps à chercher le réseau. L'autre jour, on était en dessous de la borne, et elles se déconnectent. Si ça fonctionne bien et que le réseau n'est pas trop mauvais, il ne va pas y avoir de souci. Les premières fois on ne savait pas trop bien les charger. Mais là depuis il a chargé les tablettes au maximum. Et le problème c'est que malgré ça, elles ne font que ... on débauche à 7h et elles font 8h maximum.

J'ai vu Mme X la semaine dernière, je lui demandais le nombre de pas que vous faites la nuit ?

IDE : Moi j'ai eu un podomètre mais je l'ai passé à la machine à laver donc ... En général, on fait 15 à 17.000 pas la nuit. On fait entre 5 et 8km par nuit.

Et ça fait combien de temps que vous travaillez de nuit ?

IDE : Depuis le 1^{er} janvier 2007, donc ça fait 13 ans. Mais vous avez la championne là, Mme X !

Combien de temps vous ?

AS : 32 ans ! Je suis passée de nuit en 1990.

Et vous n'avez jamais voulu repasser de jour ?

AS : Non ! Non. Et encore moins maintenant !

Vous commencez toujours par le deuxième étage ?

IDE : Oui nous au A souvent. Au B c'est différent, elles commencent par le 1^{er} étage parce qu'elles déposent les collations dans le frigo. Nous au commence au 2^{ème} parce que y'a la collation de Mme A. Puis on prépare le plateau de Mme V. pour le lendemain matin. Donc on fera comme on a fait avec l'AS la dernière fois : on fait tout le monde ensemble, dès 5H30 on fait notre ronde ensemble demi-cercle par demi-cercle, on fait les changes qu'après. Parce que hier mercredi, un carnage à l'étage du dessous. Je lui ai dit : on ne le fait pas. On avait Mme G, Mme L, quatre fois dans la nuit !

Elle se parle à elle-même Il doit y avoir un problème d'agents hôteliers ces temps-ci parce que la vaisselle n'est plus rentrée.

Vous faites donc aussi les collations ?

IDE : Oui pour Mme A. Parce que c'est une systématique. C'est la dame qui fume.

Un bruit émane de l'extérieur. Elle sursaute. Qu'est-ce qu'on entend là ? **Je lui réponds qu'il s'agit du bruit du vent sur les fenêtres**

IDE : Ah bah regardez voilà, voilà ce que je vous expliquais ! **Elle me montre la tablette réceptionnant la vidéoprotection**. Ça ne marche pas ! Vous allez voir, je vais la remettre en route et vous allez voir on va faire quelques pas et ça ne marche pas. Toute la nuit c'est ça. Et vous voyez je ne fais rien, je ne travaille même pas dessus ! alors vous voyez la borne où elle est ? On n'est pas très loin de la borne et on avait plus de caméra. Pourtant on n'était pas très loin.

Change d'un résident et changement de position sur le lit.

** Distribution d'une collation à une résidente. – « Y'a plus de brioche ! »**

IDE : Donc on fait une ronde. Dans le temps on faisait de la surveillance pure et simple. Maintenant c'est toujours de la surveillance, mais avec énormément de changes. La semaine dernière je crois que la première ronde avec L. on en a fait 17 changes. On monte par équipe à une trentaine de changes donc à l'échelle de l'établissement ça fait 60 changes. Donc c'est énorme quoi ... Surtout à quatre.

C'est une spécificité du travail de nuit, les changes ?

IDE : Ben y'en a toujours eu un peu mais là ça fait partie de ... le boulot est tellement intense pour tout le monde qu'il y a beaucoup de choses qui passent au travers quoi. Ils sont couchés de très bonne heure, ils ne sont pas changés, ce n'est pas la bonne couche. Ça fait partie du travail des « grosses maisons ».

Si vous faites plus de changes c'est parce que c'est trop grand ?

IDE : Oui mais y'a pas que ça. C'est parce que y'a plus de résidents, et quand ils couchent de bonne heure faudrait qu'ils puissent les vérifier le soir mais ils n'ont pas le temps quoi ... Ils sont que trois je crois le soir, donc ils n'ont pas le temps. Oui c'est trop grand, et puis c'est trop lourd. Au bout d'un moment la charge de travail ... ça sature. Vous avez beau faire ce que vous pouvez, au bout d'un moment vous saturez.

Mais à la base, la spécificité du travail de nuit c'est quoi ?

IDE : Ben ... on fonctionne comme une équipe autrement. Nous c'est surtout s'assurer qu'ils dorment en sécurité et le plus propre possible.

C'est donc un rôle de surveillance ?

IDE : Le problème c'est que ce n'est plus un rôle de surveillance. Maintenant on est amenés à travailler comme les équipes de jour. C'est plus de la surveillance, c'est fini. Avant c'était de la surveillance. Moi quand j'ai commencé les nuits, quand on avait fait 10 changes dans la nuit c'était tout. Là on est à 60, ça n'a plus rien à voir. Et toujours quatre personnes. Et un établissement qui maintenant ... oui y'a six services donc voilà. Avant y'en avait que cinq et puis, c'était moins lourd. Y'a une telle multiplication des GIR 1-2 que bon.

Et c'est différent de l'hôpital ?

IDE : Ah oui ! Oui parce qu'à l'hôpital vous allez avoir ... C'est pour ça que les IDE de nuit ici en EHPAD il ne faut pas que ça soit des jeunes. C'est inintéressant. Moi je pose des sondes vésicales, des trucs comme ça. Mais une jeune qui arrive de l'école et qui a encore son travail à apprendre, il faut aller sur l'hôpital. La nuit vous faites des anti-coagulants, des perfusions, vous injectez en IV, en IM, ça n'a rien à voir. Ici y'a pour ainsi dire jamais d'IV. Non, non, ce n'est pas ...

Vous n'avez plus cet aspect technique ?

IDE : Ah mais le véritable aspect technique d'une IDE, ce n'est pas en EHPAD. Tant de jour que de nuit. Et encore plus de nuit. Regardez, moi j'ai une grosse charge de nursing. Ça n'a aucun intérêt pour les jeunes infirmiers. Aucun intérêt. Le nursing c'est vraiment secondaire dans leur carrière d'IDE. Une IDE ça doit être au top de sa fonction d'IDE.

Et pourquoi avoir choisi la nuit alors ?

IDE : Oh bah moi je suis arrivée ici de jour, j'ai fait une année de jour, ça m'a suffi.

Pourquoi ? Vous n'avez pas aimé le jour ?

IDE : J'aime pas du tout. Trop d'intervenants, trop de parasites.

Médecins, familles, ... ?

IDE : Oui. Moi je suis arrivée du privé, on était extrêmement autonome. Alors qu'ici il faut bientôt un bon pour aller aux toilettes, un bon pour tout. Dans le privé on est très autonome. En plus moi je suis d'une génération où on faisait énormément de choses. Puis maintenant avec les médecins ... Fin bon. Alors quand je suis arrivée ici ... moi, un malaise, automatiquement je posais une voie veineuse. Han ! Les collègues m'ont dit : « Non, surtout pas ! ». Pour la nuit ce que j'aime c'est que je suis autonome. Bon avec mes limites hein : je ne suis qu'IDE ! Mais je m'autorégule. Les problèmes, tac, tac, tac. Moi, par exemple, le problème de Mme C. (*dont le mari a agressé verbalement une IDE*), je ne l'aurais quasiment jamais. J'ai quand même eu un grand moment avec le gars de la mairie la semaine dernière. Un festival aussi ! Mais sorti de là, Mme C., 39°, tac j'aurais mis mon suppo de doliprane, j'aurais assuré, clac, clac, clac, clac, clac. Et c'est fini ! Que là il arrive et « HUUUUUU ». Comme il était là, il a interféré. Il a interféré quoi. J'avais été obligée de l'appeler le gars de la mairie parce que j'étais obligée de la transférer à l'hôpital, la dame. Même si je n'avais pas d'inquiétude réelle quant au problème – *c'était quelques points de suture, ou quelques agrafes à lui flanquer sur le crâne* – mais je préviens toujours la famille. Imaginons que pendant le transport elle fasse un arrêt cardiaque, que l'ambulance se fasse percuter par une autre ambulance comme on voit partout, on ne sait jamais. C'est pour ça que je l'ai prévenu. Mais c'était du délire !

Il faut donc savoir gérer les urgences ?

IDE : Le problème il est là. Je pense que c'est une des grosses ... les gros problèmes qu'il y a quoi. La manière d'enseigner la profession d'IDE a beaucoup changé. Ils ont augmenté la durée et sont passés à 3 années mais le problème n'est pas là. Nous on allait en stage toutes les six semaines, maximum huit semaines, pour trois, quatre ou six semaines. Donc on voyait énormément de services, énormément de choses. Maintenant elles font trois stages par an. Donc pour peu que la même année vous vous tapiez santé publique, une crèche et une usine, vous n'avez rien vu ! Très intéressant hein ! Mais pour la pratique IDE, ce n'est pas bon.

Donc certains ne se sentent pas tout simplement de travailler la nuit ?

IDE : Ah bah ils ne se sentent pas, puis ils n'ont pas les capacités hein. Quand on voit déjà les collègues de jour, les lacunes. Mais ce n'est pas nouveau parce que moi quand je travaillais dans le privé avant, les derniers IDE qui sortaient, il fallait les reformer entièrement. Moi, j'ai entièrement reformé un collègue, tout : je lui ai appris à poser des perfusions, des intramusculaires. Les sous-cutanées, c'est facile, il savait bien les faire. Les pansements il ne se dépatouillait pas trop mal. Mais poser une sonde vésicale ou une sonde gastrique, il ne savait pas faire. C'est quelque chose que vous apprenez au long court, sur le terrain. Là, dernièrement ... Je ne compte même plus le nombre de fois ici hein ! Je suis arrivée on m'a

dit : « Monsieur R. a eu sa sonde changée ce matin, il n'a pas uriné. » J'ai dit : « Attendez y'a un problème là, y'a un problème. Surtout chez les messieurs, y'a qu'un conduit ! » Ben oui la sonde était mal posée, elle n'allait pas jusqu'à la vessie ! Donc j'ai désodé Monsieur R. et j'ai resodé Monsieur R. Y'a des jeunes collègues hein ...

Donc y'a de la technique un peu la nuit ?

IDE : Oui, mais pas autant qu'à l'hôpital. Mais c'est normal parce qu'on n'est pas ... on n'est pas des établissements de soins. L'hôpital si. Nous on est pour l'instant encore – *et à mon avis à tort* – assimilés à du domicile. Pour moi, on devrait être étiquetés USLD. C'est plus du tout du domicile. D'autant plus que ce système de domicile est bâtard puisque moi, quand je vais à l'hôtel, j'attends des prestations d'hôtel. Mais je ne m'attends pas à ce qu'on me fasse prendre mes comprimés. Et je ne reprocherai à personne de ne pas m'avoir donné mes comprimés. Comprenez ? Par contre, si je suis en EHPAD, je tiens à ce qu'on remette les comprimés à mon père et à ma mère, ou tout du moins qu'on soit en mesure de m'expliquer pourquoi il ne les a pas pris. Moi, en EHPAD, je me fiche de l'aspect hôtelier. Je suis là pour la notion soins parce que je ne peux pas l'avoir chez moi. Vu le niveau de dépendance, on vient pour des soins. On s'attend à avoir du soin. Et c'est ça qu'il faut mettre en avant. Enfin moi c'est mon opinion. Mais vous savez les gens ne sont plus dupes. Ils font la part entre l'hébergement et le soin. Alors oui dans le privé c'est très beau, vous avez des doubles rideaux, c'est jet-set ! Mais les gens viennent là pour le médical.

** Une résidente appelle car elle a besoin d'aller aux toilettes **

IDE : Ça c'est le verticalisateur, c'est pour lever les personnes. Avant on les laissait dans les chambres mais maintenant on peut plus parce que y'avait, paraît-il, un risque d'incendie. Alors ils sont stockés dans une pièce là-bas. Alors après moi je le laisse dehors sans le brancher hein ... Parce que bon si faut le ramener là-bas à chaque fois.

Vous avez beaucoup de manutention à faire aussi ?

IDE : Oui, énormément.

Et au niveau des risques psycho-sociaux et des troubles musculosquelettiques ?

IDE : Ben moi j'ai déjà eu une rupture de ligaments avec un résident. C'est pour ça moi, cette dame, je prends le verticalisateur. Et on a une collègue de nuit qui arrive à la lever sans rien. Moi je ne peux pas. En rapport poids/taille, la dame fait 90kg ce n'est pas la peine. On va partir toutes les deux et puis *fuitch* !

La nuit ça a d'autres impacts sur la santé ?

IDE : Oui, la prise de poids, les problèmes de mémoire et puis les troubles du sommeil. Et puis alors, selon les études, ça augmenterait de 15% le risque de cancer, notamment de cancer du sein chez la femme. Ça c'est les études.

Pourquoi le surpoids ?

ASHQ : Ce qu'ils disent, c'est que comme on n'a pas d'heure fixe pour manger, on mange à n'importe quelle heure. Alors que le jour on mange matin, midi soir. Tandis que la nuit tout est décalé. Et vu que la nuit on a du mal à éliminer plus que le jour ... Normalement ils disent prise de poids. Moi je sais que là-dessus je n'ai pas eu de problème. Enfin si j'ai repris un petit peu mais je veux dire, ça n'a pas été ...

IDE : c'est quand même prouvé. Moi j'avais pris du poids. Parce que le problème c'est que manger c'est aussi une manière de se tenir éveillé. Tout le monde n'est pas égal aussi, y'a votre propre hygiène alimentaire et votre métabolisme. Au début j'avais pris plus de poids la nuit, puis après je me suis organisée complètement différemment. Au début j'avais dit que je ne changerai pas mon rythme de vie, que je mangerai normalement sans tenir compte de ce que je mangeais la nuit. Ce n'était pas bon donc maintenant ... J'ai mangé normalement aujourd'hui, on va prendre une ou deux collations dans la nuit et quand je rentre je me couche, et quand je me lève je ne prends plus de repas, juste un café au lait. Comme le petit déjeuner quoi. Ensuite je remange le soir et je reviens. Parce que sinon ce n'est pas possible.

Vous arrivez à dormir tous les deux la nuit ?

IDE : moi oui à peu près. Je me couche à 8h et je me lève à 7h.

ASHQ : Je ne sais pas comment ils font ... En général je me couche à 8H et je me lève vers 15H30.

8H ? Mais vous finissez à 7H ... C'est le temps de trajet ?

ASHQ : oui, mais aussi parce que moi généralement quand je rentre je n'arrive pas à dormir, je n'ai pas sommeil. Je suis une pile. Quand j'arrive, je bois mon café, j'essaye de me relaxer un peu et après je vais me coucher, mais des fois je ne m'endors qu'à 9H. Mais toujours jusqu'à 15H30.

Comment ça se passe pour les transports ? Vous avez tous une voiture ?

IDE : L'autre ASHQ n'a pas de voiture. Son ami l'amène ou sinon c'est le bus. Donc faut qu'elle se dépêche le matin de partir. Sinon le soir ... pour arriver encore à 21h ça va.

En parlant de sommeil, dans votre établissement faudra penser à des choses concernant les embauches du personnel de nuit. Vous aurez plein de jeunes femmes qui vous diront : « Ah

moi j'ai des petits enfants, c'est formidable pour moi de travailler de nuit parce que comme ça je travaille, et je m'en occupe la journée. ». Ce n'est pas possible ! Vous êtes obligée de dormir ! Et avec un très jeune enfant vous ne pouvez pas dormir. Pour dormir il faut un jeune enfant qui est déjà doué de raison, c'est-à-dire qui comprenne que vous devez dormir. Nous on en a eu plein et puis ça ne tient pas. Moi, mon fils, il avait 9 ans et il venait quand même taper à la porte : « *Est-ce que tu dors encore Maman ?* ».

Donc pas d'enfant en bas âge ?

IDE : Ben c'est mieux. Après vous ne pouvez pas le refuser à quelqu'un mais sachez que c'est mieux. L'enfant en bas âge ça veut dire un conjoint opérationnel. Parce que le bébé qui commence à vomir trippes et boyaux une heure avant l'embauche, la personne vous dira : « Je ne viens pas ». Un plus vieux ça passe mieux.

Il y a quand même des avantages à travailler de nuit ... ?

IDE : Oh oui ! Ben moi je sais que personnellement ça me plait bien. Le fait que vous ne soyez pas synchro avec les autres, ça peut avoir des avantages ! C'est-à-dire d'abord vous bénéficiez de tous vos après-midis. Pour prendre vos rendez-vous c'est pratique. Parce qu'aujourd'hui quand vous voulez prendre un RDV c'est entre trois et six mois. Vous savez ce que vous allez faire dans trois à six mois vous ? Ben non, vous ne savez pas ! Alors que nous de nuit, on ne sait peut-être pas plus que vous, mais l'après-midi on est sûrs d'être libres ! C'est une chose qui peut valoriser le travail de nuit. Après, c'est un travail en autonomie, je vous l'ai dit. Enfin surtout en EHPAD hein ! Moi j'aime bien le travail en autonomie. Bon, après les équipes sont plus petites aussi, on est plus soudés, ce n'est pas pareil. Ça a ses avantages quoi.

Au niveau de l'équipe, il y a des choses que vous changeriez ?

IDE : Oh oui ! Ça c'est sûr, je vous en parlerai toute à l'heure ! On a refait toutes les fiches de poste récemment. Quand il y a une AS et une IDE comme c'est le cas aujourd'hui, c'est bien parce qu'on se répartit la distribution. Mais quand il manque une des deux comme c'était le cas la dernière fois, ben c'est plus compliqué parce que ça veut dire qu'il faut assurer la distribution sur les deux bâtiments ... Pour ça que je vous dis qu'il y a des choses à revoir !

**Une résidente nous croise et nous signifie que nous sommes bien matinaux ! **

Il y en a beaucoup qui inversent jour/nuit ?

IDE : Ah oui, oui. Et puis surtout qu'on est beaucoup en lumière artificielle ici quoi. Enfin y'a du jour mais pas tant que ça. La journée, s'ils ne vont pas en salle de restaurant ... Ils ont la baie vitrée de leur chambre mais certains coins ne sont pas très lumineux ...

Nous entrons dans l'infirmierie du premier étage

Donc là on passe au bionettoyage ?

IDE : Non là on sort juste les poubelles du premier étage. Le bionettoyage c'est plus tard !

Qu'est-ce qui bippe ?

IDE : Les sonnettes, en permanence. La nuit ça bippe pour l'ensemble de la résidence, pas pour un seul bâtiment. Au début quand on a commencé, nous n'avions qu'un seul téléphone qui faisait les sonnettes, les appels qui faisaient l'extérieur ou en interne. Pffff ... bah ça n'a pas fait la semaine, autant vous le dire ! Parce que le problème c'est que quand on a une sonnette et des gens qui sonnent beaucoup, parce qu'il y en a pas mal, pour diverses raisons ... Parce qu'ils sont perturbés ou autre, ça bloque le système de sonnette en lui-même, c'est-à-dire que ça empêche l'arrivée des autres. Puis alors là on ne recevait plus rien. Ni sonnette, ni appels intérieurs ni extérieurs. C'est pour ça que maintenant on a un deuxième téléphone exclusivement dédié aux sonnettes !

(J'observe le cadran de réception des sonnettes) Mais ça ne permet pas de savoir quel est le problème en fait ?

IDE : Non. L'ancien système à l'hôpital ça permettait de répondre d'ici. Vous demandiez à la personne ce qui se passait. Mais ici en EHPAD ça ne changerait pas grand-chose, y'en a très peu qui pourraient répondre. Mais à l'hôpital ça marchait bien, on répondait d'ici. Selon le problème, on priorisait. Vous aviez au moins une idée du problème. Tandis que là vous faites la première démarche, vous allez là-bas, si c'est pour être changé et que vous n'aviez rien prévu, faut retourner ici pour aller chercher des changes. Enfin en EHPAD ça ne changerait rien qu'on demande de toute façon. Ils ne sont pas capables de répondre.

Pourtant ils sont en capacité de sonner ... ?

IDE : Oui mais ce n'est pas pareil. Quand la nouvelle résidence a été en projet, j'ai fait partie des gens qui disaient qu'il serait bien d'avoir des lumières qui s'allument et s'éteignent toutes seules parce qu'ils n'arrêtaient pas de mettre la lumière. Monstrueuse erreur ! C'est intégré en eux : un bouton sur lequel on appuie et on éteint. Donc ils ne font que d'appuyer sur les boutons, que ce soit la lumière ou la sonnette. La salle de bain ils ne comprennent pas qu'elle ne s'éteigne pas donc ils tirent sur le fil de la sonnette en permanence. C'est intégré, c'est en eux depuis 80 ans ! Donc cette histoire de lumières qui s'allument et qui s'éteignent automatiquement c'est pareil. Moi j'avais dit à la directrice-adjointe : « Elles s'allument trop fort dans les couloirs. » Il aurait fallu laisser un léger ... Une lumière tamisée. Là c'est trop fort. Elle me dit qu'ils ont enlevé 30%, mais ce n'est pas 30% qu'il fallait enlever, c'est 80%. Donc ceux qui ont la porte ouverte, dès qu'on passe dans le couloir ça s'allume et ça les réveille. Apparemment y'avait des conditions de sécurité, mais dans l'ancien bâtiment les

couloirs étaient dans le noir hein ... Y'avait que les petits bonhommes verts qui étaient allumés. Les petits bonhommes qui courent là. Sauve qui peut ! **Elle rit**

Nous descendons au rez-de-chaussée.

IDE : Il faudrait que vous récupérez les fiches de poste, on vient de les refaire ! Comme ça vous pourriez comparer avec les anciennes. On les a beaucoup plus détaillées, avec tous les cas de figure : avec AS, sans AS, cas n°1, cas n°2. On a tout détaillé. On a réparti les tâches, là-dessus vous verrez on n'a pas changé grand-chose parce que ce sont les tâches légales. Mais c'est dans le déroulement de la nuit que ça a pas mal changé !

L'organisation de la nuit a changé ?

IDE : Absolument. Et puis vous verrez j'ai ajouté un troisième cas : lorsque l'IDE de jour n'est pas là, l'IDE de nuit prépare les traitements des unités pour le lendemain. Donc à partir de la fin de cette ronde-là, moi je me détache et je prépare les médicaments pour les collègues du lendemain matin, parce que c'est une AS qui va les distribuer. Donc je l'ai fait figurer. C'est important je trouve, parce que finalement ça se reproduit plus souvent qu'on ne le pense.

Ah oui ?

IDE : Demain y'a pas une des IDE. Alors ce soir à 23H15 je vais préparer des médicaments.

Nous entrons en unité protégée

IDE : Alors ici c'est particulier. Vous passez votre temps à chercher tout le monde un peu partout. Moi, ce que j'explique aux collègues que je forme la nuit : « *Pour moi le point le plus important c'est les UP. Il faut deux mois environ, mais l'important c'est de bien mettre un visage sur un nom. Parce qu'ici c'est le jeu des lits musicaux, y'en a jamais un au bon endroit.* »

Le problème n'est pas de savoir si vous avez votre nombre, parce qu'il peut y en avoir un qui est sorti, et un qui est descendu des étages. Donc moi je passe mon temps à surveiller un peu tout ça. Le problème c'est que ce sont des portes coupe-feu et pas des portes de sécurité. Ça a ses limites, et c'est en train de les atteindre. Et ça fait que quatre ans qu'on est là. Les portes d'entrées du service elles ferment très mal. Faut bien vérifier, et des fois vous y êtes un moment à les faire jouer avant qu'elles se ferment ! Ici, je vérifie les chambres, les cabinets de toilette, sous le lit, dans les armoires. Parce que s'il vous en manque par-là, qu'ils ne soient pas couchés par ici. La dernière fois on a retrouvé Mme M. accroupie dans le fond d'une armoire, sous les manteaux. Et quand vous n'en retrouvez pas un, et ben vous trouvez le temps long ! D'où la peur de ces foutues portes d'entrées. Alors le directeur nous dit : « *Oui*

mais le pourcentage qu'ils fassent le code une fois suivi d'une deuxième. » Et moi je lui dis : « Mais ils sont déments, pas crétins ! C'est marqué dessus, c'est comme le Port Salut hein ! » Vous pouvez bien avoir des résidents parfaitement déments, mais ils viennent ici, et ils vous le lisent le code. Certains ne sont pas suffisamment cortiqués pour, mais d'autres si hein !

Vous avez des appréhensions quand vous prenez votre service ?

IDE : Ici ? Ah dans les unités protégées oui. C'est un enfer. Vous avez toujours peur qu'il vous en manque, et moi je ne descends jamais ici toute seule, c'est très rare que je laisse mon collègue ici. C'est d'une extrême violence, il faut le savoir. Dans l'ancien bâtiment c'était pareil. Je leur avais dit : *« Mais souriez, et venez voir à 3H du matin, dans un couloir tout noir. Quand y'a un patient qui arrive et qui vous attrape par les épaules. Vous allez voir comment vous allez faire. »*

Il y en beaucoup qui ne dorment pas en UP ?

IDE : Ici pas trop. Y'en aura plus au Bo de l'autre côté. Attendez, je vais vous montrer sur la tablette. Oh, il y a un carton en plein milieu du passage, ce n'est pas très bon signe ... **La tablette affiche les caméras du Bo** Les collègues ont dû passer parce que c'est calme. Ah attendez, regardez y'en a quelques-uns agglutinés là. Là encore ça va, des fois ils sont beaucoup plus nombreux. Ça peut aller jusqu'à 15.

Et comment faites-vous dans ces moments-là ?

IDE : Et bien on leur donne une petite collation et puis après on essaye de les changer s'ils ont besoin et de les coucher, mais ça ne marche pas toujours. Souvent quand il en reste autant, soit c'est parce qu'ils sont très agités, soit c'est parce que les équipes de jour les couchent trop tôt. Là vous voyez Mme B, mon collègue ne lui a pas demandé si elle voulait aller au lit. Il lui a juste dit : *« Venez Mme B., on va se coucher. »*. Le problème c'est que les collègues de jour elles leur demandent ! La démarche n'est pas la même. Si vous leur dites on va se coucher ? : *« Ah non, ah non ! » *Elle imite un résident** Ils n'ont pas envie. Ils disent toujours non. Après s'ils montrent de l'opposition, on s'en arrête là. Mais on ne leur demande pas. On leur dit : *« Venez on va se coucher ! »*, on les accompagne dans la chambre, et on essaye. Après, arrivé là-bas, s'il ne veut pas, il ne veut pas !

ASHQ : J'étais bien en vacances ... Quoique pour s'endormir la nuit, c'était l'horreur. Je suis complètement décalé ! Je m'endors à partir de 6H du matin. Impossible de fermer l'œil avant. Quand je suis en repos, je suis malheureux à cause de ça. Je ne peux pas me coucher à 23H ou à 21H. Quand je fais ça je dors 1h, et puis je me réveille et je ne peux pas me rendormir avant 7H le matin.

Donc vous êtes vraiment complètement décalé ?

ASHQ : Ah oui, oui.

Et vous quand vous ne travaillez pas vous arrivez à dormir normalement ?

IDE : oui moi ça va, je me couche vers 23H et je me lève vers 7H.

Les tablettes de vidéo-protection buguent encore.

IDE : Vous voyez, c'est ce que je vous disais, ça bug encore ! Et dans ces moments-là ce n'est pas seulement l'image qui se coupe, c'est tout le système de vidéo-protection. C'est pénible.

Ça devrait s'arranger avec l'arrivée de la fibre ...

IDE : Oui mais est-ce que ça va passer, vu qu'on a des murs en métal qui ne laissent rien passer ?

Le principe de la fibre justement c'est que ça passe dans les murs, donc normalement ça devrait aller.

IDE : Oui, mais y'a fibre et fibre en plus. Et ça coûte cher. Moi, mon garagiste il m'a dit qu'il avait fait installer la fibre mais que comme il était loin de la source, ben ça ne changeait pas grand-chose. Même quand j'ai croisé le technicien de chez Orange, parce que le boîtier fibre je le vois de ma fenêtre. Je lui dis « Ah mais c'est super on va avoir la fibre, on va dépasser le mur du son ! » Il m'a fait ça : **Elle mime une moue**. Bon bah ça voulait tout dire.

Certains résidents ont quand même l'air très alertes, pourtant ils sont en UP ?

IDE : Oui mais faut pas trop gratter quoi ... Ils ont encore un vernis, et puis c'est aléatoire.

C'est plutôt calme ce soir ...

IDE : Oui, là c'est calme. Enfin ... Quand la nuit démarre de manière extrêmement virulente, vous en avez pour toute la nuit. Maintenant, qu'elle commence de manière calme ne signifie pas qu'elle va le rester ! Mais par contre quand vous démarrez sur les chapeaux de roues, que vous arrivez et que les filles sont fatiguées, énervées, vous attendez le toubib, y'en a un ou deux à l'hôpital et tout ... Alors là vous en avez pour la nuit entière, ça va être que ça tout du long. Tout du long, tout du long, tout du long !

Entretien formel dans la salle de transmissions – 23H30-00h30

Depuis combien de temps travaillez-vous de nuit ?

IDE : depuis le 1^{er} janvier 2007, donc ça fait 13 ans hein !

Et depuis combien de temps êtes-vous dans l'établissement ?

IDE : Je suis rentrée au 1^{er} février 2006 donc ça fait 14 ans.

Donc vous n'avez travaillé de nuit qu'ici ?

IDE : Oui, tout à fait.

Travaillez de nuit était-il un choix de votre part ? Si oui, quelles étaient vos motivations ?

IDE : Alors c'était un choix de ma part, absolument. J'ai fait ce souhait parce que je suis mère de trois enfants et mon plus jeune avait 9 ans et mon mari étant travailleur indépendant, se posait le problème de la soirée car c'était difficile pour lui de s'occuper de mon garçon. C'était donc un choix familial.

Quels sont les éléments qui rendent le travail de nuit attractif selon vous ?

IDE : Euuuuuh ... ben déjà cet aspect pour les mères ou pères de famille. Vous êtes là tous les après-midis. Bon moi je vous ai dit que je me réveille vers 13h, mais la plupart des gens se réveillent vers 15h, mais c'est avant la sortie des écoles. Donc vous êtes toujours là sur la 2^{ème} partie d'après-midi ou le début de soirée où 90% des conjoints reviennent. Il y a aussi la facilité de prendre des RDV médicaux. Aujourd'hui vous prenez des RDV loin dans le temps mais vous savez que vous pouvez y aller. Après moi ce que j'aime, avec mon âge, c'est l'autonomie. Je supporte difficilement quand il y a du monde autour de moi. Et puis le problème c'est que vous avez ordre, contrordre, désordre, chacun rajoute son grain de sel. Ça m'agace énormément.

Il y a une forme de désorganisation le jour ?

IDE : Enormément, enfin je trouve, c'est mon avis. Là moi je vois par exemple : on est en épidémie de gastro, j'ai fait passer le mot, bon c'est vrai que je n'ai pas écrit au médecin coordonnateur, mais je n'ai aujourd'hui aucun suppositoire de Vogalène à mettre à un résident qui vomit. Comme chaque résident est servi à l'unité (*les médicaments sont préparés par robot par une pharmacie externe*) ... On devait avoir des stocks tampons mais ça n'a pas perduré. Ça c'est la base quoi !

Si rien n'a été prescrit en amont, vous ne pouvez donc rien délivrer ?

IDE : De manière générale non. Il n'y a rien. Alors moi je trouve que laisser un résident vomir 10 fois dans la nuit, c'est horrible. C'est désagréable et ça fait mal. Mais ils pourraient me dire : y'a une boîte au premier, une boîte au deuxième, moi ça me suffit ! Moi j'ai de l'expérience. Je ne vais pas en mettre quinze dans la nuit, je vais en mettre une, ça suffit pour

qu'il puisse se sentir mieux. Après c'est vrai que j'ai de bonnes relations avec les cadres, mais à l'hôpital ils ont des cadres de nuit, qui ne sont pas là toute la nuit mais qui font la première partie de la nuit et qui restent jusqu'à 2h du matin. Alors ça peut être une gêne comme ça peut être un plus. Parce que l'autre jour quand j'ai eu le problème avec le gars de la mairie, neveux de Mme A., tout par téléphone, après il a eu la cadre au téléphone. Mais elle a pris cher, elle aurait mieux fait d'être ici.

En parlant d'encadrement, y a-t-il une différence ? Vous sentez-vous aussi accompagnés par l'encadrement que l'équipe de jour ?

IDE : Non. D'une manière générale les équipes de nuit sont très ... On ne les écoute pas ou peu. Je ne sais pas si vous êtes là le matin aux transmissions. Venez une fois le matin et vous verrez. On porte finalement assez peu d'intérêt à ce que l'on dit. Mais ce n'est pas méchant ! Les gens sont déjà dans leurs trucs **Elle mime quelqu'un entrain de courir**. Ils sont déjà dans leur truc, ils sont presque partis. Ils vous écoutent sans vous écouter. Et par exemple si vous prenez une remarque, au final elle n'est pas suivie de faits.

Hormis les temps de transmissions, avez-vous des moments avec les équipes de jour ?

IDE : Non, et puis les temps de transmissions sont très, très courts parce qu'ils arrivent – *enfin ils devraient arriver* – à 6H45 en salle de transmission et nous on est censés être à 6h55 au vestiaire. Or on n'est JAMAIS à 6H55 aux vestiaires. On quitte les services il est toujours 7H.

Vous aimeriez avoir des temps avec les équipes de jour ?

IDE : Ah ben ... le quart d'heure c'est trop juste mais le problème c'est que ça va les faire commencer plus tôt et nous quitter encore plus tard. On fait déjà des nuits de 10H. Maintenant, à l'hôpital, y'a plein de services où ils sont aux 12H, c'est ce qu'on faisait à la Clinique X. Les gens de jour faisaient 8h-20h et ceux de nuit faisaient 20h-8h.

Je reviens sur l'attractivité : qu'est-ce qui pourrait rendre le travail de nuit plus attractif ?

IDE : Pour les IDE en EHPAD ... Je ne sais pas. Bon c'est peu payé hein. On ne touche que 1,07€ l'heure. Quand je fais une nuit de travail je touche 10,70€ de plus. Donc sur quinze nuits sur un mois ça me fait 150€ de plus que quelqu'un qui est de jour.

Et ça vous fait des semaines de combien d'heures ?

IDE : Une semaine de 50H et une semaine de 20H. On fait 70H sur quinze jours. On est aux 35H, mais sur deux semaines. Donc je pense qu'il faudrait que ce soit plus valorisé. Déjà

l'aspect financier parce que les dimanches et jours fériés que je les fasse de jour ou de nuit c'est 6€53. C'est le même prix de jour et de nuit. J'ai toujours mes 1€07 mais ça ne change pas grand-chose. Ça fait que 150€ de mois de plus, c'est quand même particulier. Honnêtement ce serait 2€ la nuit, ça ferait 300€ tous les mois, ça fait quand même 3000€ sur l'année, ce n'est pas négligeable.

Il n'existe pas de prime pour les agents de nuit ?

IDE : Hormis la prime de service dont bénéficient tous les agents non, y'a que ça. C'est 1€07 de l'heure. Et la prime de service n'est pas majorée pour un agent de nuit.

Concernant la pénibilité du travail de nuit : quelles sont les difficultés que vous rencontrez le plus fréquemment pendant la nuit ?

IDE : l'agitation, l'agressivité, la violence, après y'a tous les soins courants, mais vous pouvez aussi les vivre de jour. Les lits, les toilettes, on ramasse les résidents qui sont tombés, on fait les pansements. Quelqu'un qui saigne, qu'il saigne de nuit ou de jour il va être traité de la même manière. Mais nous particulièrement la nuit c'est quand même agitation, agressivité violence et nous ne sommes que quatre. C'est vite fait. Appeler au secours, c'est vite fait hein ! **Elle commence à s'emporter** Si on est écharpés tous les deux, on est écharpés tous les deux. D'ailleurs c'est pareil : on a plus de bip d'urgence ! Si on est attaqués, faut que je sois obligée de composer mon 4278 pour appeler ma collègue. Avant, I. me l'a dit, moi je n'ai pas connu, mais il existait des dispositifs sur lequel vous appuyez comme un médaillon qu'ont les résidents. Ça lance une alerte en disant aux collègues : « Vite j'ai un problème ! ». Et là avec les caméras en plus, ils essaient de nous situer et ils accourent. Ça ne va pas tout arranger mais dans des situations d'agressivité comme Y. vous a raconté avec Monsieur P. ... Bon, là il n'a pas tapé, mais moi ça m'est déjà arrivé de contenir un résident, de lui tenir les mains, le résident se débattait, et ben deux femmes ce n'est pas évident. On aurait aimé qu'un troisième intervenant arrive, nous aide à le contenir et clac, clac, clac, le ramener. Mais là comment faire ? On est tout seul. Moi, j'ai déjà été agressée deux fois. L'agression avec Monsieur B. je l'ai subie avec un jeune collègue de 25 ans qui n'avait pas l'habitude. L'autre voulait me flanquer des coups de canne et le collègue me regardait les bras croisés ... Il n'a pas su vous voyez ... Il ne m'a pas ... Il ne savait que faire ! J'aurais eu ce médaillon, mes collègues habituels se seraient dit : « Vite y'a un problème ! » La géographie aussi : on est que quatre pour l'ensemble de la maison de retraite. Nous, on se déplace sur une grande surface, notamment sur un bâtiment. Mais moi, en tant qu'IDE, j'interviens sur toute la résidence. Si l'AS m'appelle : « Problème, la dame saigne, elle fait un malaise. » C'est moi qui me déplace, c'est mon rôle !

Donc vous avez des appréhensions des fois avant de venir ?

ASHQ : Oui, surtout plus maintenant que c'est de pire en pire oui.

Comment ça c'est de pire en pire ?

ASHQ : Ben la charge de travail est encore plus intense. Ils arrivent ici ils sont vraiment très grabataires.

IDE : Plutôt très dépendants. Ils ne sont pas forcément grabataires parce que dans les UP ... Dans les étages on a du mal, mais dans les UP ils sont majoritairement déambulants. Là c'est le summum, tout votre travail est réduit à néant en quelques secondes. Vous faites un pansement, vous n'avez pas le temps de vous retourner que c'est terminé : le pansement est retiré.

Qu'est-ce qu'il faudrait changer selon vous ?

ASHQ : Une personne en plus **Il souffle de soulagement**

IDE : Alors là, Monsieur le Directeur parle d'une 3^{ème} IDE. Je l'ai dit à la Cadre Supérieure de Santé, elle le sait : ça n'a aucun intérêt.

Pourquoi ?

IDE : Le Directeur voit ça par rapport aux IDE de jour qui n'auront plus d'astreinte. Ça, je l'entends. Mais ce qu'il faut bien comprendre, c'est que la 3^{ème} IDE de nuit va avoir un poste « bâtard » puisque je vous ai expliqué que nous faisons 5 nuits/2 nuits. Donc quand j'en fait 5, ma collègue en fait 2. Donc la troisième IDE va devoir s'intercaler. Vous avez compris ? Il va falloir qu'elle remplace nos vacances, même en admettant qu'on se concerte par mail, il va bien falloir remplacer nos vacances. Même si elle choisit les siennes en premier, il va falloir remplacer les nôtres, que ça lui plaise ou pas. Et quel type de planning va-t-on lui mettre ? La Cadre me dit qu'elle va fonctionner sur les deux équipes. Je vais prendre un papier vous comprendrez mieux. **Elle écrit deux fois les jours de la semaine sur deux lignes**. Une semaine de 5, et une de 2. Donc si on veut la faire tourner sur les deux équipes, ça va être compliqué. Elle va fonctionner sur au moins trois à quatre semaines et non pas sur deux comme nous. Donc ça déjà ça va être difficile d'imposer ça à quelqu'un. Et puis en plus de ça, quel va être son rôle ? Elle va nous remplacer, mais quand elle va être là avec nous, quel va être son rôle ? Là, pour l'instant, c'est moi qui suis responsable de l'équipe. Mais quand elle sera là, comment ça va se passer ? On partagera la responsabilité ? Elle sera responsable d'un bâtiment et moi d'un autre ? Tout ça reste à déterminer. Et puis j'ai bien peur qu'il y ait une dérive des tâches de jour sur les IDE de nuit. Les IDE de jour sont extrêmement chargés par la paperasserie. Donc j'ai bien peur que ça se répercute sur nous et qu'on nous dise : scannez des choses, etc.

Et la paperasse ne vous intéresse pas ?

IDE : Ce n'est pas que ça ne m'intéresse pas mais c'est que si elle fait ça, elle ne sera plus sur le terrain, Donc je reprends la responsabilité complète de la maison. Moi ce que j'ai dit à la Cadre, mais là c'est très cher, le Directeur ne voudra pas, il aurait fallu qu'il ajoute un agent par équipe. L'idéal c'était une AS comme ça y'avait toujours une personne diplômée quand quelqu'un n'est pas là : IDE/AS, deux AS, y'avait toujours une personne diplômée ce qui est plus agréable pour les collègues. Et quand l'IDE se détache pour régler un problème ... Moi si là je me détache, l'ASHQ est tout seul. Alors il a de la bouteille, il fait des choses tout seul et il a la force nécessaire. Mais quelqu'un qui a moins de force et moins de bouteille, ben il va rejoindre l'autre équipe de deux et ils travaillent à trois mais ça rallonge la tournée. Donc c'est pour ça que moi j'aurais préféré un cinquième agent sur chaque équipe. Donc un agent supplémentaire par équipe. Et après quand y'a les vacances on est que quatre.

Et que pensez-vous de la mutualisation des IDE de nuit ?

IDE : Ben ils peuvent obliger une IDE à mutualiser. Si la demande vient de l'ARS et dit : « Vous avez plusieurs IDE de nuit et elles ne doivent pas servir qu'à vous ». Surtout s'il en met une 3^{ème} hein ! C'est le risque. C'est ouvrir la porte ... Vous vous rendez compte y'a des établissements qui n'en n'ont pas du tout, et y'en aura trois ici ? Avant c'était une à tour de rôle, et il y aura des nuits à y'en a deux ? Mais quand ça va remonter aux instances ils vont dire ... Et puis alors là vous ne suivez rien du tout. Vous intervenez ponctuellement : vous allez faire une chute par-là, un coup de tension par ici, un pansement là-bas ... Mais j'ai bien peur qu'on y vienne dans les années à venir. Moi je ne sais pas, je serais à la retraite !

Au regard de l'encadrement, vous dites vous sentir moins bien accompagnés ?

IDE : Moi, au niveau de la nuit avec la Cadre, je n'ai pas de souci. C'est elle qui s'occupe de nos plannings. Moi je lui fais la trame : je récupère les bons de congés des collègues et je lui propose des plannings. Ça m'avait été demandé par l'ancienne cadre et puis ça marchait bien donc on a continué comme ça avec la nouvelle. Donc moi ça va. Au niveau de l'administration nous de nuit ... Si j'ai besoin d'appeler le RH je l'appelle. Il a fallu se fâcher parce que nos feuilles de paie traînaient. Y'avait des feuilles qui disparaissaient. Moi j'avais fait remonter en instance en disant qu'une fiche de paie c'est strictement privé. Normalement on devrait signer nos fiches de paie mais ce n'est pas possible. Maintenant quand on est en congés on les reçoit par courrier.

Non, je ne peux pas dire que les relations avec l'administration soient mauvaises mais bon ... Ce n'est pas ... après je pense, la Cadre peut être un peu plus, mais ils ne se rendent pas bien compte de ce que l'ont fait. La Cadre me le disait encore : quand Monsieur le Directeur reçoit les gens pour les recruter de nuit, il reste encore dans un aspect très surveillance, ça fait un

petit peu les bisounours. C'est-à-dire qu'on passe **Elle prend une petite voix** « Coucou ça va ? » Ce n'est pas vraiment le truc, ça a beaucoup changé.

ASHQ : c'est pour ça que beaucoup de personnes sont venues et sont reparties.

Pourquoi ?

ASHQ : Il y a un décalage entre ce qu'on leur dit, ce qu'on leur promet, et la réalité. On leur dit : « Ne vous inquiétez pas, c'est juste de la surveillance et un peu de ménage. » La personne fait la nuit et elle se rend compte que ce n'est pas ça.

Il y a un décalage entre la vision qu'à l'encadrement du travail de nuit, et la réalité ?

AHSQ : Oui tout à fait.

D'où vient de décalage ?

IDE : Ben on n'a jamais personne qui vient. La Cadre a fait des nuits y'a très longtemps, mais ici aucun cadre n'a jamais passé la nuit avec nous, ni le Directeur. Quand on a emménagé ici en 2016, il nous a dit qu'il ferait la nuit avec nous mais il est parti à 2H du matin. Et on est restés 8 jours sans sonnette sans rien, c'était l'enfer. On ne savait pas où on allait, on ne connaissait pas les couloirs, on était paumés en permanence. Il nous a donné les clés, et ils sont partis. Il n'a jamais passé la nuit ici, il ne sait pas. Ni le Directeur, ni la directrice-adjointe, personne, pas un. Ils ne savent pas ce qu'on fait. Sur la tranche horaire, ils voient toujours l'équipe du matin et d'après-midi, mais pas nous. Nous sommes tous les quatre, quoiqu'il arrive.

Vous ne pouvez compter que sur vous-même ?

IDE : Quoi qu'il arrive, oui : une intrusion, n'importe quoi. C'est que nous, que nous que nous.

Avez-vous des protocoles et modes opératoires spécifiques à la nuit ?

IDE : Ah ben ... non c'est général.

Il n'y a pas d'encart spécifique à la nuit dans les modes opératoires ?

IDE : Non je ne crois pas. Faudra que vous regardiez.

J'ai l'impression que vous devez vous caler sur ce qui se fait de jour ...

IDE : Bien sûr, alors qu'on a nos spécificités.

Que changeriez-vous dans votre travail si vous le pouviez ?

IDE : Déjà l'agent supplémentaire parce que là on court vraiment, on voit tout en surface. Et on le voit bien : là on pourrait s'amuser à regarder les transmissions qu'on nous a données mais y'a pas la moitié des transmissions qu'on nous a faites qui sont notées. Moi des fois ça me hérissé : les gens vont à l'hôpital. Si j'ai été absente une semaine, ce n'est même pas marqué ! Ou alors c'est marqué, mais je ne sais pas pourquoi ils y sont allés. Si vous êtes obligés de rappeler le médecin ou le SAMU ... L'autre nuit, j'avais un souci avec quelqu'un qui s'était ouvert le crâne et SOS médecin n'a pas voulu venir. Elle avait une plaie qui pour moi ne nécessitait pas de points. J'appelle SOS médecin qui donne son accord il était 23H30. 1H45, le médecin appelle et me demande des précisions. Je lui donne le traitement il me dit : « Ah, mais elle est sous anticoagulants ! » C'était du Kardégic, rien de bien méchant. » Il me dit : « Non, je ne viendrais pas, appelez le 15, il faut un scanner ». Quand j'ai appelé le 15 ils me disent : « Mais vous n'appelez que maintenant ? » Donc je leur raconte l'historique et je leur dis que moi je veux juste une confirmation comme quoi la résidente n'a pas besoin d'agrafes et de points, parce que c'était une bosse qui avait éclaté, et pour moi il n'y avait pas à suturer. Alors quand en plus vous n'avez pas les bonnes infos ...

Il y a donc un gros travail à faire avec les équipes de jour ?

IDE : Il faut qu'ils nous mettent dans de bonnes conditions. Mais eux-mêmes ne travaillent pas dans de bonnes conditions, donc c'est un cercle vicieux. Aujourd'hui, vu la grandeur de la maison ... parce que c'est pas du tout ce qui était prévu. On avait prévu une IDE par unité le matin et le soir. Sauf que là le soir elles sont deux – *une par bâtiment*. Ça n'a rien à voir, surtout pour les coucher.

ASHQ : c'est horrible, moi j'en peux plus. La charge de travail est trop lourde. Moi la journée j'en pouvais plus. Le matin les choses ne sont pas faites, vous n'allez pas assez vite mais vous vous dites : « Ce n'est pas un morceau de viande que j'ai, c'est un résident. »

IDE : C'est trop gros. Vous dirigerez une maison, au-delà d'une centaine de lit c'est trop. 100-120 résidents c'est bien. Après, je sais qu'il y a une question de sous, je le sais. C'est le système qui est pervers. Déjà il faut arrêter de dire que les EHPAD sont des équivalents de domicile, ça n'est plus vrai. Ce sont des USLD, mais certainement pas des résidences ! Tout résident nécessite des soins. Il va falloir changer la dénomination pour que tout évolue en conséquence. Les gens qui entrent aujourd'hui en EHPAD sont extrêmement dépendants. D'où l'intérêt d'avoir des IDE de nuit, surtout pour le palliatif.

Il y a beaucoup de palliatif ici ?

IDE : Non, on n'a pas du vrai palliatif ici. Les vrais palliatifs avec pousse-seringue et tout on n'en a pas. On n'est pas assez après, moi je ne peux pas gérer et assurer la vigilance toute seule, ce n'est pas possible.

Comment cela se passe en cas d'absence ?

IDE : Si c'est l'IDE, une IDE de jour prend l'astreinte. Sinon, les collègues sont remplacés. Mais si c'est de dernière minute, on ne travaille qu'à trois. Quelqu'un qui appelle à 20h30, on ne peut pas rappeler quelqu'un. Après on a notre pool de remplacement, mais vous n'êtes pas branchés sur votre téléphone toutes les cinq minutes. Vous êtes de repos, vous êtes de repos ! Puis bon, si vous êtes de repos, le cadre vous appelle, faut trouver le temps.

ASHQ : Et puis on a besoin de notre repos aussi.

IDE : Les gens sont épuisés. Y'a beaucoup de TMS. Et puis tous ces gens épuisés moralement et qui à un moment donné ...

Le niveau d'épuisement est le même de nuit ou de jour ?

IDE et ASHQ : *En cœur* Oui, c'est pareil.

Quelles sont les qualités requises ?

IDE : Il faut être autonome. Il faut avoir une santé robuste parce que ce n'est pas rigolo de s'arrêter de jour, mais on peut compenser. Enfin on compensouille *rires*. Nous on ne peut pas compensouiller du tout ! On est que quatre. Si j'appelle à 20H en disant que je ne peux pas venir, ils vont mettre une IDE d'astreinte mais les AS/ASHQ c'est mort. On tourne à trois.

On ne peut pas rappeler l'autre équipe de nuit ?

IDE : Ben non parce qu'ils sont en repos. Donc ça veut dire qu'il va falloir leur redonner leur repos ensuite ... Ce n'est pas évident.

Quels conseils pour une personne faisant sa première nuit en EHPAD ?

IDE : Nous on les double beaucoup. Je viens de doubler la nouvelle IDE de nuit, ben elle a du mal avec la prise de décision ... Mais bon je m'en étais un peu douté. Je lui ai demandé : « Pourquoi tu as choisi la nuit ? » Elle me répond : « Maman était AS de nuit pendant longtemps, j'ai attrapé le virus de la nuit ». Je dis ok pourquoi pas. Elle me dit : « Et puis j'en ai fait ça s'est très bien passé ». Je lui dis : « Ah tu as travaillé de nuit ? » Et elle me dit : « Non je n'ai pas travaillé, c'était en stage. » Oh bah ça n'a rien à voir ! Stagiaire on suit, vous

n'êtes pas autonomes. Là, pour la prise de décision, elle ne sait pas trop s'il faut appeler le 15, SOS médecin, les caractères de gravité ...

Par rapport à quel type de décision ?

IDE : Toutes : est-ce qu'il faut appeler un médecin ? Est-ce que c'est grave ? La dernière fois, elle hésitait à appeler un médecin parce que Mme W. a des grosses jambes. Mais Mme W. elle a toujours eu des grosses jambes ! Ce n'est pas nouveau. Donc ses collègues lui ont dit : « C'est habituel. » Et elle a répondu : « Oui mais ça m'inquiète. » Mais on lui a dit. Nous qui la connaissons bien on sait que c'est habituel. Non, non, c'est difficile. Pour sa première nuit, je dirais qu'il faut être vigilant. Moi je leur dis beaucoup : « Attention soyez prudent ! ». Je pense que les gens ont encore beaucoup l'idée du petit papy et de la petite mamie gentille. Attention, comme le reste de la société, ils ont changé ! Ils sont agressifs, ils sont virulents ! Donc il faut être vigilant. Dans les UP à 100%, dans les autres services je vois beaucoup de collègues qui se penchent très près du résident. Il faut faire attention. Déjà vous ne savez pas comment il va le prendre, s'il dort, etc. Bon moi je ne suis pas à 15 mètres non plus, mais je mets toujours un peu de distance parce qu'ils ont tendance très vite à vous attraper, et ça fait mal. Vigilance oui, ce serait le maître mot. Des résidents, du contexte ...

Avez-vous été confrontés à des situations difficiles ?

IDE : Plus d'une fois oui. Encore aujourd'hui j'ai appris qu'il y avait l'autorisation pour les médecins de ville de prescrire du Midazolam pour la fin de vie. Et je regardais une émission et le journaliste demandait à ce député à l'origine de ce projet : « Est-ce qu'on meurt toujours aussi mal en France aujourd'hui ? » Et la réponse était oui. Et ça pour nous, c'est terrible. Alors des résidents qui ont des familles un peu ... seront mieux traités, mieux aidés, mieux accompagnés que des résidents qui n'ont pas de famille ou dont les familles ne disent rien. C'est manifeste.

Pourquoi ?

IDE : Il y a une peur de la famille qui fait que c'est mieux géré, mieux protocolé, mieux mis au point. C'est la peur du gendarme qui guide. Même le Directeur dans ses relations, je trouve qu'il laisse cette dérive parce qu'il a très peur des conséquences pour l'établissement des dépôts de plaintes. Mais il faut mettre des limites. Et puis moi, je pense vraiment que si vous ne mettez pas de limites, à un moment donné ça va se retourner contre vous. C'est ce qu'il se passe avec les familles. Là je vois une collègue dimanche dernier qui s'est fait ... Son petit fils avait la gastro. Le petit-fils a pris la résidente alors qu'elle avait la gastro et qu'elle était cantonnée en chambre. L'AS lui a dit qu'il ne fallait pas la sortir et il a ouvertement dit : « Il en est hors de question, ma grand-mère a des troubles obsessionnels quand elle n'est pas au

contact du public donc c'est hors de question ». Il n'a rien voulu savoir et il a voulu voir le cadre. Et il a fait pire que ça : il l'a emmené au salon de coiffure !

Bon et bien je crois que j'ai fait le tour de mes questions ... En tous cas c'est toujours un plaisir de faire un début de nuit avec vous, on apprend beaucoup !

IDE : Ben moi je vous le dis : depuis que je fais les nuits, donc depuis 13 ans, je n'ai jamais eu aucun cadre qui a fait la nuit entière avec moi. Ni le directeur, ni la directrice adjointe. Donc quand ils embauchent quelqu'un de nuit ils ne savent pas de quoi ils parlent. Enfin si y'a la fiche de poste si vous voulez, mais ce n'est pas si représentatif ! Jusqu'à minuit oui, mais la nuit entière je n'ai jamais eu. Après on a de temps en temps la Cadre qui est dans son bureau parce qu'elle travaille tard mais voilà quoi ... ça nécessiterait.

AS : Avant, les IDE faisaient des nuits, ce n'était pas des astreintes. Quand l'IDE de nuit était en vacances, les IDE faisaient des nuits.

Ah c'est plutôt bien ça !

AS : Moui ... Notre IDE nous aide à faire des changes. Mais la plupart du temps quand vous êtes IDE en remplacement, vous ne voulez pas faire des changes.

IDE : C'est pour ça que c'est difficile ici dans l'établissement de recruter la nuit. Parce que les IDE, quand ils ont compris qu'on fait la ronde des changes, ça ne les intéresse pas de trop, notamment chez les jeunes. Les gens de ma génération ça les dérange un peu moins, quoique C. elle n'aimait pas ça je me souviens !

AS : La différence c'est que le personnel de nuit a fait des jours. Le personnel de jour n'a pas forcément fait de nuits. Nous, quand on nous dit qu'il y a du boulot le jour, on comprend et on les croit. Mais ils ne se rendent pas compte que nous on peut en avoir aussi.

IDE : Ils sont restés à ce qu'on disait toute à l'heure c'est-à-dire la veilleuse de nuit, la personne qui surveille. Mais ça c'était y'a 20 ans. Quand les gens qui étaient en maison de retraite, c'était les petits pépés, les petites mémés qui étaient valides et ting, ting, ting ... **Elle imite un résident entrain de marcher à petit pas** Y'avait ... Moi c'est ce que je disais, quand j'ai commencé y'a 13 ans, quand on avait fait 10-15 changes dans la nuit c'était tout. La première ronde ... 17 ! Avec les lits !

Annexe n°3 : Retranscription de l'entretien réalisé avec l'Aide-Soignante de nuit de la Résidence R

Je fais un mémoire sur l'attractivité du travail de nuit en EHPAD et pour cela j'ai besoin d'avoir le point de vue des agents qui travaillent la nuit. Donc j'ai préparé une série de questions pour vous. Votre temps est compté donc je vais essayer de faire vite !

Pas de problème !

Première question : depuis quand travaillez-vous de nuit ?

Je suis passée de nuit en 2006 donc ça va faire 13 ans, 14 bientôt même.

C'est la première fois que vous travaillez de nuit ou vous aviez déjà travailler de nuit ailleurs ?

Non, uniquement ici.

Avant cela, vous travaillez donc de jour ?

Oui, je travaillais de jour depuis 1990. Ça va faire trente ans. **Elle rit**

Travaillez de nuit a été un choix de votre part ?

Oui.

Et pourquoi ?

A la base ça vient d'une raison familiale. Ma mère s'est retrouvée veuve, donc pour m'occuper d'elle je me suis rendue compte que c'était plus facile de travailler la nuit, quitte à ne pas dormir le matin. Mais c'est plus facile pour gérer le problème. Mais en même temps le travail de nuit me plaisait parce que j'avais déjà fait des remplacements quelques années avant et le travail me plaisait bien, donc finalement ça s'est bien goupillé.

Qu'est-ce qui vous plaisait dans le travail de nuit ?

En dehors de la raison familiale c'était, même si on n'a pas l'impression, je trouve qu'on a plus de relationnel avec les gens. On peut plus prendre le temps. Si quelqu'un ne va pas bien, on peut prendre le temps. On n'est pas stressé comme le jour où il faut qu'on fasse vite. La nuit, ils ont besoin d'être rassurés, ils ont besoin de discuter. Et j'ai trouvé que de nuit on a un peu plus de temps, après c'est mon ressenti.

Chose que l'on n'a pas la journée ?

Plus le temps passe, moins on a le temps du relationnel. Comme on a l'impression que tout va très vite, qu'il faut aller de plus en plus vite, qu'il faut faire de plus en plus de choses ... J'ai l'impression que les filles ont moins le temps, moins la possibilité de s'asseoir sur le bout du lit, de discuter ... Je ne sais pas ... C'est mon impression à moi. Et puis ça fait 30 ans que je travaille donc j'ai vu la progression. Avant on avait plus le temps de pouvoir discuter avec les résidents. En même temps les pathologies ont vachement augmenté. Avant on avait quand même des gens qui étaient plus valides, peut être aussi que la charge de travail était moindre. Donc c'est vrai que ... Je ne sais pas c'est une impression.

Donc la charge de travail de jour est plus intense que celle de nuit ?

Ce n'est pas pareil, on ne peut pas comparer, c'est pas comparable. Déjà parce que l'on n'a pas les mêmes tâches. Et puis nous à la limite on gère tout un bâtiment, mais y'a des nuits où ça va être un poil plus calme que d'autres. Toutes les nuits ne sont pas pareilles parce qu'on ne sait jamais ce qu'on va trouver. C'est vrai que je ne compare jamais le travail de jour et de nuit, parce que c'est pas du tout la même chose.

Et donc qu'est-ce qui fait la différence, la spécificité du travail de nuit ?

Ce n'est pas évident ...

Vous avez fait les deux : y a-t-il des éléments totalement différents, des points de similitude, hors le relationnel ?

Les similitudes, c'est qu'on fait du ménage, des douches, des toilettes. Après, la différence, c'est que nous notre but premier c'est qu'ils dorment bien. Ce n'est pas d'aller les embêter. Ça peut paraître bizarre quand on dit ça comme ça, mais mon but premier c'est qu'ils dorment bien. Ce n'est pas d'aller les brasser et de les secouer pour voir s'ils vont bien et s'ils respirent encore ... Enfin on vérifie, mais ce n'est pas d'aller les secouer pour les changer, pour faire des soins et de les réveiller. C'est vraiment au contraire qu'ils soient bien détendus pour qu'ils dorment bien. C'est le but du travail de nuit.

Comment faites-vous en sorte qu'ils dorment bien ?

Des fois, le simple fait de dire bonsoir, un petit sourire, de savoir qu'on est là, qu'ils ne sont pas tout seul, parce qu'il y en a beaucoup qui pensent qu'ils sont tout seuls la nuit ... Surtout les nouveaux, les anciens connaissent parce qu'ils ont l'habitude de nous voir régulièrement. Mais les nouveaux résidents ils disent : « Vous êtes sûre qu'il y a du monde ? » Et je leur réponds : « Oui, oui, ne vous inquiétez pas, il y a toujours quelqu'un ! » Ils ont la sensation que la nuit il n'y a personne. Certains ont des angoisses. L'angoisse de mourir, d'être seul ...

Et donc de savoir qu'on est là, de discuter avec. Des fois ce n'est pas grand-chose mais on repart, ils ont le sourire et ils dorment bien.

Je faisais des recherches sur les effets de la nuit sur les personnes âgées, est-ce un moment où ils ont plus besoin d'attention ?

C'est beaucoup de relationnel. Pour ceux qui ont de grosses pathologies ça va être une prise en soin, mais il y en a aussi beaucoup le simple fait de passer dire bonne nuit, de leur dire qu'on est là si besoin, on repart ils ont le sourire et ils se sentent rassurés.

Qu'elles sont les difficultés que vous rencontrez le plus fréquemment de nuit ?

Ben ... **Elle cherche**

J'ai plusieurs catégories : la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle ?

A mon niveau je n'ai pas ce problème-là. J'arrive à dormir. Dès le début je m'étais rendue compte avec les remplacements que j'arrivais bien à dormir. Et j'ai vraiment bien calé ma vie sociale. Parce que c'est vrai que des fois on aurait tendance à s'éloigner du monde extérieur parce que quelque part on est isolés du monde en travaillant de nuit. Parce que je sais qu'au début les copains ne comprenaient pas : « Ben, on te voit plus ! ». Maintenant, ça fait quelques années, j'ai vraiment réussi à concilier le travail de nuit, mon temps de sommeil et la vie sociale à côté.

Comment avez-vous fait ?

Bah je ne sais pas, peut-être parce que je n'ai pas besoin de beaucoup de sommeil ! Parce que c'est vrai qu'entre deux nuits de travail je m'obligeais à me réveiller entre 14h et 14H30, comme ça je m'oblige à sortir voir du monde. Ne serait-ce que d'aller voir la boulangère, passer voir la voisine. Mais s'obliger à sortir prendre l'air et voir du monde. Sinon on a tendance à s'enfermer, à s'isoler, et à rester chez soi entre deux nuits de travail. Et si derrière ça vous êtes un gros dormeur, vous ne voyez pas le jour entre deux nuits de travail.

Et cela a des répercussions sur la santé ?

Ben moi je ne sais pas parce que maintenant je n'ai même plus besoin de réveil, je me réveille toute seule entre 14H et 14H30, c'est automatique.

Au niveau du travail en EHPAD, avez-vous rencontré des difficultés ?

La nuit on est obligées de tout gérer, donc le moindre petit problème on est obligées de le signaler. Le seul moyen de signaler c'est les FEI, alors que la journée c'est peut-être moins compliqué. Il suffit de toper quelqu'un et de lui dire : « Dis donc il y a un problème ». Alors

que la nuit finalement on gère les résidents, mais aussi tout le technique. C'est une partie supplémentaire. C'est à nous de gérer les problèmes, soit directement soit indirectement. Mais on a ça en plus à gérer.

Au niveau de l'encadrement, trouvez-vous qu'il y a une différence d'accompagnement au regard de l'équipe de jour ?

Ben moi je sais que les contacts avec la cadre supérieure j'en ai de temps en temps ... Elle est souvent là le soir quand on arrive, donc on la croise. Quand il y a un problème on envoie un message. Là-dessus, la relation se fait bien quand même. Et je sais que quand on a un souci et que l'on appelle l'administrateur de garde, on a toujours un bon contact. Au moindre problème, quand on appelle, ils savent que généralement quand on appelle ce n'est pas pour rien en plus, parce qu'on sait gérer les petits soucis. Y'a vraiment que quand on a un gros truc et qu'on se retrouve un peu le bec dans l'eau que voilà ... Mais en général ils savent que quand on appelle, c'est qu'il y a un besoin important.

Avez-vous un exemple de « gros soucis » ?

On en a eu plusieurs ... Il y avait eu des problèmes de matériel, des problèmes d'électricité. La personne vient et gère le problème. Une fois le Directeur s'était déplacé parce qu'on avait une personne très agressive en bas.

Quelqu'un d'extérieur ?

Ah non, non, un résident ! Les personnes extérieures on ne les laisse pas rentrer. On a des résidents des fois qui sont hyper agressifs, surtout dans les unités protégées, ce n'est pas toujours facile. Mais bon le problème c'est que les pauvres ils ne se rendent pas compte ... On en a un en ce moment il se croit chez lui, donc il ne comprend pas ce que font les autres ici. Donc il s'énerve après eux, mais eux ne comprennent pas et n'entendent pas, donc ils s'énervent aussi ... Donc ça monte, ça monte, ça monte ... Et des fois ce n'est pas possible de les faire redescendre. Nous on n'arrive pas à lui faire comprendre qu'il n'est pas chez lui ... Donc c'est tout ça qui fait que des fois les ambiances sont ... très tendues en bas. Il suffit qu'il y en ait un qui s'excite tout seul et qui monte dans les tours, ça fait boule de neige et ça entraîne les autres.

Dans ces moments-là, comment cela se passe-t-il ?

Les deux agents de l'unité concernée restent ensemble et essaient de calmer le jeu en bas. Si vraiment ça ne va pas on appelle les collègues à l'aide, et si c'est trop impossible on appelle le médecin pour malheureusement le calmer si ça monte trop haut.

C'est le calmer comment ?

Des fois on peut arriver en le calmant si la personne n'est pas trop butée ou pas trop dans son histoire. Des fois les médecins mettent des protocoles en cas d'agitation aigue. Malheureusement, certains médecins ne mettent rien donc dans ce cas on doit faire appel à SOS Médecin, surtout quand il y a un risque pour les autres, parce qu'il faut aussi penser aux autres. Donc c'est vrai que des fois ce n'est pas toujours évident.

En parlant de protocoles, existe-t-il des protocoles spécifiques à la nuit ?

Non, en général ce sont les mêmes que le jour, sauf si par exemple ... Je vous donne un exemple : si quelqu'un a déjà trois grammes de paracétamol dans la journée, des fois le médecin marque « si besoin 1g la nuit ». Mais si c'est juste en cas d'agitation et qu'il n'y en a pas dans la journée, c'est précisé pour la nuit mais pas tout le temps.

Et pour les soins palliatifs, y a-t-il quelque chose de spécifique ?

Non c'est vraiment la prise en soins globale de la journée. Si ma mémoire est bonne, parce que les protocoles de soins palliatifs, ce n'est pas moi qui les gère c'est l'IDE, mais euh ... Souvent c'est morphine, ça dépend des médecins, mais souvent ce sont des protocoles prévus pour la journée.

Et auriez-vous besoin d'avoir des protocoles spécifiques à la nuit ?

Non, si c'est bien précisé, y'a pas de problème. Quand c'est bien écrit et bien stipulé on n'a pas de souci à se faire. Même quand les médecins ne l'écrivent pas noir sur blanc, il y a les IDE qui nous mettent parfois des consignes que l'on peut suivre quand l'IDE n'est pas là la nuit. Par exemple, moi en tant qu'AS, il y a des nuits où l'IDE est en vacances, et là j'ai une IDE d'astreinte. C'est-à-dire que c'est moi qui gère les médicaments sur la maison. En cas d'urgence les collègues me préviennent, je vais voir, et si nécessaire je vérifie s'il y a un protocole. S'il n'y a rien j'appelle l'IDE d'astreinte qui vient.

Donc elle se déplace ?

Ah oui. Parce qu'il n'y a aucune prescription ni aucune consigne par téléphone. Ben oui parce qu'il n'y a rien qui prouve. Il faut tracer. C'est le protocole. Puis une fois l'IDE présente, c'est elle qui gère et si nécessaire elle fait appel au médecin.

Cela me fait penser : que pensez-vous de la mutualisation des IDE de nuit ?

Je n'en ai pas eu trop d'écho mais je ne vois pas trop comment on pourrait ... Parce que le fait de travailler de nuit, on acquiert tout de même des automatismes à force, dans les cas d'urgence ou de problème, on connaît les protocoles justement. Si on doit changer de bâtiment, enfin d'établissement, ou de maison, les protocoles changent ... Je pense qu'à

terme ça ne doit pas être facile ! Parce qu'à chaque fois s'il faut se replonger dans les protocoles, dans les consignes ... Et puis dans les habitudes de chacun. Nous, ici, les résidents, à part les nouveaux, on commence à les connaître. Donc on sait ce qui leur fait plaisir, comment les calmer, comment les rassurer. Mais s'il y avait mutualisation et que du jour au lendemain on vous dit : « Demain vous allez à droite, après demain à gauche ». Euh ouais ok... T'arrives, t'es perdue. Qui ? A qui ? Quoi ? Comment ? Je ne sais pas ... Franchement je ne sais pas. Je suis plutôt dubitative sur ça.

Il y a aussi la question du transport ...

Elle grimace Ah non, non, moi je ne sors pas, une fois dans l'établissement je ne sors plus de la nuit !

Je voulais dire, comment venez-vous au travail ?

En voiture.

Comment cela se passe quand on n'a pas de voiture ?

Il faut demander aux collègues mais beaucoup viennent par le tramway. Qui après soit viennent à pied, soit arrivent en bus, mais le bus n'a pas d'horaires régulière. Il y a bien la petite navette qu'ils ont installée mais elle ne correspond pas à nos horaires de travail. Pour les familles oui, mais pas pour le personnel.

Avez-vous des appréhensions quand vous prenez votre poste ?

Par rapport au travail en lui-même non, mais c'est vrai que lorsque l'on a un résident qui, comme on a eu pendant une période, on avait un monsieur hyper, hyper agressif. Pas quand on a une IDE, parce que quand il y a une IDE je me sens un peu plus sereine parce qu'on est quand même 2 pour gérer les problèmes. Mais quand je suis toute seule ... C'est moins évident.

Pourquoi ?

Quand il n'y a pas d'IDE c'est moi qui suis responsable et quand on est deux je trouve que c'est quand même plus facile de gérer les problèmes. C'est mon ressenti à moi.

Cela vous arrive d'être toute seule ? Comment cela se passe en cas d'absence ?

Non jamais seule. Quand on se retrouve à trois, ce qui est déjà arrivé, et comme il n'est pas question qu'il y ait une fille qui se retrouve toute seule dans un bâtiment avec 120 résidents – on est bien gentilles mais on n'est pas des machines non plus – et bien on travaille à trois tout le temps c'est-à-dire qu'on fait les bâtiments à trois. On n'arrête pas, on n'arrête pas ! **Elle rit**

Avez-vous déjà calculé le nombre de pas que vous faisiez chaque nuit ?

Une fois j'avais mis un podomètre j'avais dû faire entre dix ... ouais une bonne dizaine de kilomètres sans problème.

Avez-vous déjà pensé à repasser de jour ?

En ce moment non, franchement non, ce n'est pas dans mon objectif. Tant qu'on me laisse là et qu'on trouve que je suis bien là ben ... j'y reste ! Moi j'y suis bien aussi.

La nuit vous convient ?

Oui vraiment. Pour cet aspect relationnel, et puis je me suis vraiment bien établie dans mon travail. J'ai mes automatismes qui me permettent de plus facilement régler les problèmes, ou même quand je me retrouve avec une astreinte, je connais mon protocole par cœur donc c'est plus facile à gérer, je perds moins de temps à chercher les trucs ... Non puis franchement de nuit en ce moment j'y suis bien, ce n'est pas dans mon objectif urgent. Et puis comme je suis bientôt à la retraite, je vais peut-être finir ma vie professionnelle de nuit **Elle rit**.

Il y a un temps où le Directeur avait édité une note de service sur la possibilité pour les IDE de faire des nuits.

Ah oui c'est récent, c'est quand on avait un problème d'IDE justement et qu'il manquait une IDE.

Je me suis alors demandée : qu'est-ce qui rebute les gens à travailler de nuit ?

Ben ... Qu'est-ce qui pourrait les chiffonner ? Ben déjà la première chose c'est de ne pas pouvoir dormir la journée. La vie de famille aussi, parce que le conjoint doit être d'accord. S'il y a des enfants en bas âge, franchement ce n'est pas top. Rien que ces trois points là. Et puis le travail de nuit pour une IDE il est peut-être moins technique que de jour. Parce que l'IDE fait moins de pansements, pas de prise de sang, c'est plus du relationnel même pour l'IDE au final. Donc c'est peut-être pour ça que les IDE préfèrent finalement faire de la technique, et qu'étant de nuit pour certaines ça peut les déranger.

Et pour une AS ?

Ben nous la technique c'est la même hein ... La prise en soins, le relationnel, le nursing. Que ce soit de jour ou de nuit on fait des douches, des toilettes, du ménage, le travail en lui-même ne change pas.

Y a-t-il des missions que vous souhaiteriez réaliser ? Le travail de nuit idéal ?

Ben on a déjà pas mal de missions actuellement ... **Elle rit** Surtout que les nouvelles fiches de postes, la dernière mise à jour datait de 2013, et donc de l'ancien bâtiment. Mais non ...

rien de particulier. Là on a un panel de prise en charge vraiment différent, on n'a pas qu'une tâche particulière. Moi ça me convient comme ça.

Rien à changer donc ?

Non, dans l'état actuel des choses pour moi c'est bien.

Quelles sont les qualités requises en tant qu'AS de nuit ? Si vous aviez des conseils ?

Elle réfléchit Ne pas prendre peur facilement, ne pas avoir peur. Parce que c'est vrai que des fois on entend des bruits, des cris ... on a ... quand on n'a pas l'habitude on aurait tendance à vite paniquer. C'est particulier la nuit parce que les bruits sont amplifiés par le silence justement. Et des fois on entend des bruits et on se dit : « Attends, où est-ce que c'est ? » Des fois on entend des bruits on se dit : « Il y a quelqu'un par terre ? » On aurait vite tendance à s'énerver, ou ... Déjà être posé, calme, assez organisé aussi je pense, parce que quand il faut gérer les problèmes, il faut être bien organisé dans sa tête. Il faut savoir prioriser. Savoir ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas, ce que l'on peut laisser patienter un petit peu et passer en urgence. Il faut arriver à être bien ...

Il faut donc avoir une certaine expérience ?

Bah ... Je pense que pour une jeune AS ça pourrait être très déstabilisant, mais tout dépend de la personne, ça pourrait être vite acquis aussi.

Ça dépend donc plus des caractéristiques de la personne. Il n'y a pas de formation ...

Pour le travail de nuit ? Non. Ça s'apprend sur le tas. Les toutes premières nuits que j'avais fait en remplacement, la collègue m'expliquait comment ça se passait. Là on fait le tour, on regarde si tout le monde va bien. Si quelqu'un a besoin de quelque chose. Après le travail se fait dans le mouvement. Non, non, il n'y a pas de formation particulière.

Est-ce que cela nécessiterait ?

Je ne sais pas si le fait de faire une formation particulière ... Non parce qu'en général quand les collègues viennent elles sont doublées deux à trois nuits, justement pour se familiariser avec les lieux, voir un peu comment on tourne et puis le travail prend au fur et à mesure. Parce qu'en plus avec 120 par bâtiment on ne peut pas tout connaître d'un coup. Et puis il y a tellement de turn over en ce moment que même moi les nouveaux j'ai du mal.

Ah oui même de nuit il y a du turn-over ?

Au niveau des résidents, oui.

Ah pardon, je pensais que vous parliez du personnel.

Non je parlais des résidents. Mais quoiqu'au niveau du personnel on a pas mal eu de changement d'IDE en 3-4 ans. Ben oui, ça arrive ... Les gens veulent travailler de nuit puis finalement quand ils se rendent compte que bah ... ce n'est pas ... ça ne leur convient pas.

C'est qu'ils n'arrivent pas à suivre ?

Ben je sais qu'il y en avait une qui nous avait dit que le travail technique justement lui manquait.

Certaines IDE avaient proposé au Directeur de faire plus de travail technique la nuit. Qu'en pensez-vous ?

Ben autant nous y'a des nuits où l'IDE va avoir la possibilité d'avancer, mais il y a des nuits où elle ne pourra pas. Et dans ce cas qu'est-ce qu'il se passe ? Si le travail n'est pas fait les collègues le lendemain elles vont dire : « Ben oui mais non, pourquoi ça n'a pas été fait ? » Les nuits c'est tellement imprévisible. On ne peut pas prévoir d'une nuit à l'autre ce qu'il va se passer donc c'est très compliqué.

Y a-t-il des choses qui pourraient vous soulager dans votre pratique ?

Elle réfléchit Me soulager ... Non je ne vois pas trop. L'équipe de jour ils sont déjà surbookés. Même les filles de jour sont surbookées, et des fois le soir elles nous disent : « Je suis désolée, là ce soir je n'ai pas pu ... » On prend le relai et on fait, on assure le relai. Donc leur demander de faire des choses pour nous avancer non, je ne pense pas que ce serait très ... très judicieux.

C'était juste pour voir si certaines choses pouvaient parasiter votre travail de nuit ...

Ben nous de toute façon le travail de nuit c'est simple : on prend les transmissions à 21H, ensuite en fonction de ce qu'on nous a annoncé, on adapte notre organisation.

Il y a donc une véritable importance des transmissions ?

Ah ben oui parce que si on dit qu'on n'a pas trop de gros problème, on prend une ronde normale, puis qu'on se rend compte arrivé au milieu qu'à bah oui mais non ! Ça on ne nous avait pas prévenu, puis ça nous met dans la panade puis ... ça nous met dans le jus quoi. Oui les transmissions sont importantes. Que les transmissions qu'on nous donne soient vraiment bien claires, qu'on sache exactement comment s'organiser. Si on nous dit : « Bon bah voilà, là t'as une urgence, tu as telle personne qui a eu un problème aujourd'hui, à surveiller plus que d'autres ». Si c'est bien fait, et en général, quand c'est des gros problèmes faut pas se

plaindre, c'est bien fait. Donc on s'organise comme ça : après les transmissions on sait ce qui nous attend.

Donc il faut savoir faire preuve d'adaptabilité ?

Oui, tout à fait. Parce que des fois on se dit : « Bah on va faire ça et ça » et puis ah ben non finalement on oublie tout et on va faire autrement parce que ce n'est pas possible ! **Elle rit**

Au niveau de la composition de votre équipe, est-ce qu'il y a des choses que vous changeriez ?

Une personne en plus on en a toujours parlé ...

Plutôt IDE ou AS ?

Je pense qu'une AS ce serait mieux, parce que comme ça si l'IDE a une urgence, elle sait qu'il y a une AS de chaque côté qui peut gérer. Et elle, elle peut gérer les urgences, elle peut se détacher sur quelque chose et nous laisser en autonomie.

Deux IDE en même temps ?

Sachant que les IDE font le même travail que nous et qu'en cas d'urgence elles ne pourraient pas partir toutes les deux gérer l'urgence ... donc il faut que les deux IDE soient au clair sur la répartition de leurs tâches donc ... Et puis c'est pareil, cinq ça ne fait pas un compte rond dans les bâtiments. Donc euh ... pas évident non plus l'organisation. Ça voudrait donc dire revoir entièrement l'organisation.

A ce point-là ?

Ah ben oui ... Imaginons que ... Là on est quatre, donc 2/2. Le travail est là, on sait ce que l'on a à faire. Mais si on est cinq, ça veut dire 3/2. Mais trois de quel côté ? Avec qui ? Pourquoi ? Comment ? Qu'est-ce qu'elle fait ? Si elle est toute seule, bon, on sait que c'est elle qui gère les urgences. Mais si elles sont deux IDE ? Ça oblige à revoir l'organisation de travail. Je pense que s'ils mettent une 2^{ème} IDE c'est pour mettre une IDE quand l'autre est en vacances et qu'il n'y ait plus d'astreinte. Ce qui veut dire que la 3^{ème} IDE n'aurait pas un planning très clair et jouerait sur les deux équipes. C'est très complexe. S'il y a une semaine où notre IDE n'est pas là le mercredi et le jeudi, d'office la 3^{ème} IDE travaille le mercredi et le jeudi. Donc elle ne peut pas travailler la veille ni le lendemain, donc cela modifie déjà sa semaine de planning. Si la semaine suivante personne n'est en vacances, elle reprend un planning différent. Si la semaine d'encore après l'IDE est en vacances, ça modifie encore son planning de base. C'est-à-dire que la 3^{ème} IDE, je pense, elle ne pourra pas avoir de planning fixe, ça va être compliqué. Elle n'aurait un planning que d'un mois sur l'autre. Ça pourrait être complexe.

Hormis une 5^{ème} personne, auriez-vous d'autres besoins dans votre pratique professionnelle ?

Ici on est très bien achalandé surtout au niveau du matériel. Que ce soit les lèves-personnes, les verticalisateurs, on est bien ... Puis on a tous les lits qui se montent, les barres de lit pour sécuriser quand on a besoin de tourner la personne ... La maison est bien achalandée quand même. Je pense qu'il y a d'autres endroits où ils n'en sont pas au même point.

Et au niveau de la sécurité ?

Nous, notre premier travail c'est de fermer toutes les portes à clé. Donc une fois qu'on a tout fermé, comme on dit : « On est enfermés chez nous ! » *Elle rit* On garde la maison ! Sinon non, franchement niveau sécurité ça va. Je ne vois rien de particulier.

Auriez-vous des conseils à donner à l'encadrement et à la Direction par rapport à la manière dont ils interagissent avec vous ?

Je trouve qu'on est assez bien encadrés. On a la réunion de Direction annuelle avec le Directeur, ça nous arrive aussi de le voir la nuit quand il se déplace, donc je ne me sens pas gênée à ce niveau-là. Un conseil c'est peut-être, maintenant que les fiches de poste on été revue, de bien les faire voir à ceux qui postulent la nuit parce qu'il y en a certains qui sont surpris. Certains s'imaginaient beaucoup plus calme la nuit. Et quand on commence à énumérer tout ce qu'il y a à faire et le temps de pause normal ... « AH. » Il y en a qui sont surpris : « AH. » Ben oui, tu imaginais quoi ? Donc oui, mieux et bien présenter le travail de nuit en détail. Ça permettrait déjà de faire un meilleur tri. Il faut que les candidats soient au courant. Jusqu'à maintenant on n'a pas eu de gros soucis mais fût une période où c'était plus complexe.

À quel niveau ?

On avait des fois, je me souviens, des jeunes qui venaient en remplacement et Pffff. A la fin de la nuit ils n'en pouvaient plus et ils nous l'ont dit : ils ne s'imaginaient pas le travail comme cela. C'est surtout qu'ils n'étaient pas préparés psychologiquement à ce qu'ils allaient faire : ils voyaient le travail plus cool avec une réponse aux sonnettes, mais le reste du temps à pouvoir être tranquillement à attendre. Vraiment le travail de veilleur de nuit comme cela existe dans d'autres établissements, parce qu'il y a des établissements qui travaillent comme ça donc ils pensaient que tous les établissements étaient sur le même modèle. Donc c'est vrai que quand ils arrivent chez nous et qu'ils se rendent compte que finalement non, c'est pas du tout ça. Donc bien expliquer et bien présenter le travail oui je pense.

Quelles sont les relations que vous entretenez avec les collègues de jour ?

Ben nous les médecins de jour on ne les voit pas, c'est très, très rare quand on les croise. Les collègues IDE ça va, on les voit pendant les transmissions, et puis il y a les astreintes donc on se côtoie assez régulièrement. Les collègues AS on les croise assez régulièrement pendant les transmissions. Par contre, c'est vrai que, malheureusement, on voit quasiment plus les collègues ASHQ, parce qu'elles ne participent plus aux transmissions.

Vous aimeriez avoir des temps d'échanges avec les collègues de jour ?

Ben le problème c'est que ce n'est pas possible ... En soi on arrive quand même à se croiser, à part certains qu'on ne voit pas, mais on arrive toujours à se voir. Et puis on profite aussi des périodes de formation où là justement on peut renouer la discussion et revoir des collègues qu'on a du mal à voir.

Le fait d'être une équipe restreinte suppose que vous vous entendiez bien. Comment cela se passe quand il y a des difficultés d'entente ?

Déjà, on essaye d'en discuter en face à face. Si cela ne marche pas on fait intervenir la Cadre, où le Directeur. En général, à quatre, si on n'est pas capable de dire – excusez-moi du terme – « Tu m'emm*** » ou « Ce que tu as fait là ça ne me plaît pas », bah ... voilà faut changer quoi. Mais l'avantage c'est qu'on n'est pas tout le temps 10H coincés à quatre. Parce que comme on est en binôme et que les binômes tournent, on tourne on n'est pas toujours avec la même équipe H24, 7J/7 et 365 jours par an. Et puis il y a les jours où les autres sont en vacances donc on a des remplaçants donc on voit d'autres têtes. Des fois on va dépanner dans la contre-équipe ou la contre-équipe vient dépanner chez nous.

Vous arrivez donc à rencontrer la contre-équipe ?

Quand il y a un problème dans la contre-équipe, qu'il faut un remplaçant et qu'il n'y a personne à mettre, ben qui c'est qu'on appelle ? Nous ! Donc c'est comme ça qu'on voit la contre-équipe. Donc finalement ça va parce qu'on n'est pas non plus 10H collés les uns aux autres. C'est l'avantage : on est que quatre d'accord, mais on est brassées toutes les semaines, ça change. A chaque fois qu'on revient de repos le binôme change donc ça tourne tout le temps. Parce que sinon je pense que oui, au bout d'un moment ce serait lourd. On est toujours que quatre mais on est ... Par exemple, ce soir et demain soir, je vais travailler avec une collègue, mais vendredi-samedi-dimanche je travaillerais avec une autre. Donc ça tourne comme ça.

***On arrive à la fin, donc je vais pouvoir vous laisser prendre votre service !
Concernant la prise en soins des résidents la nuit : les impacts de la nuit sur une personne âgée ?***

A part l'angoisse non ... Et puis il y en a certains qui ont besoin de discuter et c'est vrai que la journée les filles si elles ont des problèmes elles n'ont pas trop de temps. Ce n'est pas qu'elles ne veulent pas mais c'est qu'elles ne peuvent pas. Et ça y'a certains résidents qui le ressentent fortement. Et c'est ce que je disais toute à l'heure parfois le simple fait de s'asseoir ne serait-ce que 5min, de discuter un petit peu, de ce qu'il s'est passé dans la journée, savoir si ça va, s'ils ont besoin de quelque chose, le simple fait d'avoir une petite discussion et ben ça va mieux ! parce que c'est vrai que certains résidents ressentent ce manque de relationnel par rapport à la journée où malheureusement les filles n'ont pas le choix.

Et vous arrivez à trouver le temps de discuter avec eux ?

Et ben on le prend ! Nous on sait qu'on est là pour 10H, on sait quelles tâches on a à faire, on sait que si elles ne sont pas faites là à l'instant T, elles seront faites plus tard, ce n'est pas grave. On s'adapte. Mais si on sent qu'un résident a besoin de discuter on prend le temps. C'est l'avantage, c'est l'avantage qu'on a la nuit. Si on sent que quelqu'un, ou qu'une collègue on sent que la personne en face a besoin de discuter on fait un signe à la collègue en mode « pas de problème » et on continue, moi je fais le boulot, reste, discute. On prend le temps ce n'est pas grave. Si la ronde dure une heure de plus et bien elle durera une heure de plus. Tant pis. Mais ça nous permet d'avoir ce contact.

C'est donc quelque chose qui pourrait plaire ?

Oui tout à fait, après il faut pouvoir supporter tout le reste.

Mme B. me disait d'ailleurs que beaucoup d'AS seraient intéressés pour faire les nuits. Vous validez ?

Oui parce qu'on n'a pas la pression des ... Y'a pas toujours quelqu'un pour t'appeler : « Faut faire ci, faut faire ça ». On sait ce qu'on a à faire, on sait qu'on a 10H pour le faire mais finalement on gère notre travail. On peut se dire : « Bon, ben à telle heure je vais prendre un peu plus de temps, là pour ça je prendrais moins de temps, mais ça peut. » Puis c'est vrai qu'à ce niveau-là on est plus libres. On est plus libres pour gérer notre travail. Et puis c'est vrai qu'on n'a pas la pression des familles, ce qui je pense actuellement n'est pas du luxe en ce moment.

C'est pire en ce moment ?

Et bien le problème c'est que maintenant on arrive dans des générations où c'est beaucoup : « Je paye donc tu bosses ». Dans le temps on n'avait pas ça. On avait beaucoup de personnes des campagnes : « Ah non, non, je ne veux pas vous déranger, je ne veux pas vous embêter, je vais le faire ». Alors que maintenant c'est le contraire. Les gens sont très exigeants. Mais quand on voit les prix ... C'est vrai que ce n'est pas donné. Donc les gens ce qu'ils voient c'est

qu'à la fin ils payent. Ils se disent : « Je paye, je veux ». Donc ce n'est pas toujours évident de leur faire comprendre que oui, ils payent, mais tout le monde paye ici. Et que donc on ne peut pas être partout. Des fois il y a des résidents qui ne comprennent pas par exemple qu'on ne réponde pas à la seconde la nuit quand ils appuient sur le bouton. Mais on leur dit : « Quand vous appuyez, on est peut-être occupé avec quelqu'un qui a besoin aussi. Je ne vais pas laisser tomber la dame ou le monsieur pour courir et vous répondre ». C'est donc aussi de l'éducation par rapport aux résidents. Les premiers temps sont compliqués puis au bout d'un moment ils comprennent et ils acceptent un peu mieux. Mais des fois ce n'est vraiment pas évident de leur faire comprendre que non, on ne peut pas être là à la seconde. On fait au plus vite mais on ne peut pas répondre à la seconde. Après ils comprennent mieux avec le temps. Mais c'est vrai que le relationnel ils le ressentent, ils nous le disent.

Donc de ce que je comprends il y a plus de relationnel la nuit ?

Oui c'est vraiment ce que je pense. Les filles ont dû vous dire à peu près la même chose. Je vous dis on peut vraiment prendre le temps.

Et bien Mme S. me disait justement qu'elle n'avait pas le temps ...

Ben c'est vrai que ça dépend des nuits. Y'a des nuits on peut et d'autres on ne peut vraiment pas. Après tout dépend de la nuit qu'on a si. Si on a une nuit plus tranquille parce qu'on a moins de malades et que les gens sont plus calmes on peut se permettre de prendre un peu plus de temps pour ceux qui sont réveillés. De donner une collation, de discuter avec eux pendant ce temps là ... Mais c'est vrai que malheureusement ce n'est pas tout le temps comme cela.

Et les nuits où c'est plus compliqué, c'est des nuits où il se passe quoi ?

Oh ben ça dépend ça peut être une chute dès 21H, quelqu'un qui est dans les tours depuis une heure ou deux et qu'on n'arrive pas à calmer, donc il met tout le monde dans les tours. Mais des fois ce n'est pas grand-chose, c'est un petit truc, un petit truc par ci et un petit truc par là mais mis bout à bout ça devient ... un flou artistique ! **Elle rit** Et on ne peut pas être partout ce n'est pas possible.

Bon, et bien merci beaucoup pour votre temps ...

J'espère que j'ai bien répondu à vos questions.

J'espère que je ne vous ai pas trop retardée ! En tous cas j'admire votre professionnalisme et le fait que vous sachiez prendre le temps pour les résidents.

Je l'accompagne jusqu'à l'ascenseur et nous continuons à discuter

C'est vrai que la nuit on a moins d'impératifs horaires. On a notre cadre de 10H, mais si on déborde et qu'au lieu de finir la ronde à 3h on la finit à 4h ben ce n'est pas grave. C'est ça l'avantage qu'on a, la liberté qu'on a de pouvoir organiser notre travail. On a des tâches fixes, mais pas horairement fixe.

Oui c'est différent du jour où tout est réglé : le petit déjeuner, les soins ...

Oui voilà. A part deux-trois petit points quand il y a un médicament précis ou des impératifs, par exemple une personne qui doit être prête pour 6H30 car on l'emmène en hospitalisation ... Mais voilà, c'est vraiment des ... s'il faut tout chambouler ce n'est pas grave. Le principal c'est qu'à la fin des 10H notre travail soit fait, dans la mesure du possible.

Annexe n°4 : Grille d'analyse des entretiens réalisés auprès des équipes de nuit de la Résidence R

Le travail de nuit en EHPAD	Evolution du travail de nuit en EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> - Moins de surveillance, plus de travail de veilleur de nuit - Plus de changes qu'avant : passages de 10 changes par nuit à plus de 60 changes par nuit - Augmentation de la dépendance des résidents - Plus de changes - Augmentation de la charge de travail au regard de la dépendance - Continuité du travail de jour, en nombre plus restreint
	Spécificité du travail de nuit en EHPAD & distinction au regard du travail de jour	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes plus restreintes, moins de personnel présent, moins de monde, pas de médecin salarié - S'assurer du bon sommeil des résidents - « S'assurer qu'ils dorment en sécurité et le plus propre possible » - Plus de possibilité d'effectuer du relationnel - Plus vraiment de différence entre travail de jour et de nuit : continuité des soins. - Travail moins routinier et plus varié : « on ne sait jamais à quoi s'attendre la nuit » - Augmentation relativement faible du salaire : 1€07 de plus par heure.
Problématiques rencontrées par l'équipe de nuit dans leur travail	Problématiques techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Tablettes numériques de vidéoprotection - Portes coupe-feu qui fonctionnent mal - Absence de système d'alarme des portes d'entrées du hall d'accueil - Téléphones : deux téléphones car 1 seul était problématique puisqu'un appel bloquait les sonnettes - Sonnettes qui ne permettent pas de savoir pourquoi les personnes sonnent - Luminosité trop élevée des lumières automatiques

		<ul style="list-style-type: none"> - Lumières automatiques dans les chambres des résidents qui entraînent une sollicitation constante des sonnettes.
	Problématiques liées aux résidents	<ul style="list-style-type: none"> - Agressivité, violence, troubles du comportement - Déambulations - Refus de certains de dormir, difficultés d'endormissement - Sollicitations nombreuses et constantes - Manutention des résidents au regard de leur dépendance et de leurs pathologies - Fin de vie difficile
	Problématiques au regard de l'équipe de jour	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés liées aux transmissions : temps de transmissions trop courts, informations non rédigées, - Manque d'information et de communication avec l'équipe de jour - Travail de l'équipe de jour non réalisé qui se répercute sur l'équipe de nuit : résidents non changés
Pénibilité du travail de nuit	Au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de pas - Absence de gestes techniques pour les IDE - Manutention des résidents - Difficulté en cas d'absence d'un des membres de l'équipe : tourner à 3 pour tout le bâtiment au lieu de 2 par bâtiment - Transmissions non effectuées, manque de communication et de relai de l'information - Unités protégées - Charge mentale, stress, appréhension : vérification constante du nombre de résidents en UP
	Sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de poids - Problèmes de mémoire - Troubles du sommeil, difficultés d'endormissement, difficultés à retrouver un rythme de vie « normal » pendant les périodes de congés - Augmentation des risques de cancer
	Sur la vie sociale et personnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Risque d'isolement social - Fatigabilité et irritabilité qui peuvent peser sur la vie familiale - Conjoint compréhensif dont les horaires de travail coïncident - Pas d'enfant en bas âge
Management des équipes de nuit	Liens équipe de nuit & encadrement	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'écoute de la part de l'encadrement - Décalage entre ce que pense l'encadrement du travail de nuit et ce qui est

		<ul style="list-style-type: none"> - réellement fait - Management connaît finalement peu le travail de l'équipe de nuit - Peu de temps institutionnel : uniquement l'évaluation annuelle et une réunion de direction par an - Impression qu'ils ne peuvent compter que sur eux-mêmes (« que nous, que nous, que nous »)
	Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité que les équipes de nuit s'entendent bien car en nombre restreint - Au minimum une IDE ou une AS pour pallier les urgences - En absence physique d'IDE : astreinte - Mutualisation des IDE de nuit ? - Semaines de 50H et semaines de 20H
AQVT du travail de nuit	Aide matérielle	<ul style="list-style-type: none"> - Aides techniques : verticalisateur, lève-personne - Deux téléphones : un pour les sonnettes et un pour les appels internes et externes - Ascenseurs - Absence de dispositif de sécurité et d'alerte en cas d'agression d'un résident
	Encadrement	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une astreinte administrative disponible et compréhensive - Présence d'une astreinte technique et logistique 24H/24
	Composition de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Une personne dédiée aux unités protégées - PASA de nuit - Une personne supplémentaire : IDE ou AS ? Les avis divergent.
Avantages à travailler de nuit	Avantages au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie - Gestion de l'urgence - Management de l'équipe par l'IDE - Mise en responsabilité de l'IDE ou de l'AS en absence d'IDE : « on vous confie les clés de la maison » - Equipe plus restreinte : « moins de parasites »
	Vie personnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Après-midi de libre - Vision à long terme du planning, sauf exceptions
Profil type de la personne de nuit	Qualités requises	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience et maîtrise de son métier pour éviter de recourir au 15 et être en mesure de gérer les situations d'urgence - Goût pour l'autonomie et la gestion de l'urgence - Capacité à gérer le stress - Capacité à prendre des décisions

		<ul style="list-style-type: none"> - Santé robuste pour éviter l'absentéisme - Vigilance
	Cadre familial	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'enfants en bas âge - Conjoint disponible
Pistes de réflexion & préconisations	Formation du personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Formation initiale des IDE, en particulier au regard de l'urgence et de la prise de décision - Formations sur le travail de nuit : cela existe, certains organismes de formation en proposent.
	Prise en charge des résidents la nuit	<ul style="list-style-type: none"> - PASA de nuit - 1 personne dédiée aux unités protégées
	Architecture du bâtiment	<ul style="list-style-type: none"> - Lumière artificielle - Lumière tamisée la nuit plutôt que trop vive car réveille les résidents - Lumières automatiques - Portes des bâtiments / alarme / sécurité
	Liens avec les équipes de jour	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure transmission des informations, temps de transmissions plus longs - Travail sur le coucher des résidents : certains sont couchés trop tôt, d'autres pas du tout - Travail sur le change des résidents : certains ne sont pas changés avant la fin du service de l'équipe de nuit
	Salaire	<ul style="list-style-type: none"> - Prime de nuit ? - Augmentation du salaire ?

Annexe n°5 : Journal de terrain du 10 février 2020

20H45	<p>Arrivée sur le parking du personnel de la Résidence. Il vente beaucoup, il pleut. Les lampadaires extérieurs sont allumés. Très peu de voitures garées, 10 tout au plus. Et l'équipe d'après-midi n'a pas encore quitté son service. Combien de voitures resteront sur le parking lors de mon départ à 1H du matin ?</p> <p>Je croise l'ASHQ de l'équipe de nuit qui sort fumer une cigarette avant de prendre son service. Nous discutons. Elle me connaît déjà : au mois de mars, j'avais réalisé une moitié de nuit avec son équipe. L'ambiance est détendue. Une AS d'après-midi nous rejoint. Elle nous souhaite bon courage avant de partir.</p> <p>Nous rentrons et prenons l'ascenseur pour rejoindre le rez-de-chaussée du bâtiment A.</p>
20H55	<p>Nous retrouvons le reste de l'équipe de nuit dans le hall d'accueil de la Résidence. Ils ont pris l'habitude de se retrouver ici avant de prendre leur service. C'est calme. L'IDE n'est pas encore arrivée. Je me présente à l'AS qui ne me connaît pas, et explique les raisons de ma présence. Ils semblent touchés de mon choix de sujet de mémoire. « Pourquoi la nuit ? »</p> <p>Ils discutent entre eux. Deux sur quatre n'étaient pas au courant du décès d'une résidente le weekend. C'est l'ASHQ qui leur apprend. Je confirme.</p> <p>Sur la table, 7 téléphones. Je m'interroge. « On a tous deux téléphones, me répondent-ils, un pour les sonnettes des résidents, et un pour les appels internes et externes. » Un des téléphones ne fonctionne pas. « Il faudra faire une FEI ».</p> <p>Deux gros cahiers bleus et un gros cahier rouge sont posés sur la table. Ils portent chacun le nom de deux des six services. L'AS lit l'un d'entre eux.</p> <p>Je demande : « À quoi servent-ils ? »</p> <p>L'AS me répond : « Ce sont nos cahiers de liaison entre équipes de jour et équipes de nuit. Si vous voulez noter une information à destination des équipes de nuit, c'est ici qu'il faut nous l'indiquer. Ça sert aussi entre les équipes de nuit, puisqu'on</p>

	ne se voit pas. »
21H	<p>Nous prenons l'ascenseur pour rejoindre les transmissions. L'équipe de nuit se divise en deux : l'IDE et un ASHQ partent effectuer les transmissions du bâtiment A. Je les suis. L'équipe AS-ASHQ se charge des transmissions du bâtiment B. Ils seront chacun chargés du bâtiment pour lesquels ils auront effectué les transmissions.</p> <p><u>Transmissions du Bâtiment A :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chute d'une résidente le matin ; - Retour d'hospitalisation d'une résidente suite à une pose de prothèse : à surveiller car risque d'infection, est placée sous antibiotiques ; - Malaise vagal d'une résidente ce jour : fille prévenue ; - Point sur les surveillances de selles ; - Sonde d'un résident bouchée : présence de sang dans les urines ; - Un résident en décompensation cardiaque, baisse de la saturation, infection pulmonaire ; - Point sur le nombre de résidents placés sous oxygène ; - Point sur les cas de gastro-entérite dans un service : l'IDE de nuit s'agace. Cela fait plusieurs fois qu'elle demande à bénéficier de suppositoires en cas de gastro-entérite se déclenchant la nuit, mais personne n'a donné droit à sa demande. « Pourtant ça serait bien utile. Je demande pas tout un stock, juste une boîte par bâtiment et une prescription en si besoin ! Parce qu'imaginez, c'est pas agréable de vomir toute la nuit. Et puis je vais pas déranger le 15 ou SOS médecin pour une gastro quand même ! » - Point sur les températures des résidents à surveiller ; - IDE d'après-midi relate une altercation avec une famille. - Une résidente a été déclarée en soins palliatifs : sa fille souhaite être prévenue jusqu'à 23H et à partir de 7H le matin. En cas de décès entre ces deux créneaux, la consigne est d'appeler les PFI.
21H20	<p>L'équipe de nuit note les transmissions sur Arcadis.</p> <p>Je m'interroge : Pourquoi n'est-ce pas à l'équipe d'après-midi de le faire ? Cela permettrait à l'équipe de nuit de gagner du temps ... Je note d'évoquer ce point lors de mon entretien avec la cadre supérieure de santé.</p> <p>L'AS évoque un problème d'absence de transmissions par les équipes de jour. « Parfois, on n'a pas toutes les infos, c'est vraiment pénible. »</p>
21H30	<p>Transmissions entre l'équipe de nuit : l'AS et l'ASHQ ayant assisté aux transmissions du Bâtiment B nous rejoignent. Les deux équipes s'échangent les informations. En même temps, l'IDE prépare les médicaments réceptionnés par la</p>

	<p>pharmacie.</p> <p>Pourquoi font-ils de secondes transmissions, puisqu'ils sont chacun affectés à un Bâtiment ? « Parce qu'on ne sait jamais. Comme on est que 4 pour couvrir les deux bâtiments, mieux vaut qu'on soit tous informés de ce qu'il se passe. »</p> <p>Logique.</p>
21H45	<p>Descente au rez-de-chaussée pour équiper le chariot de nursing : changes, thermomètres, gants, lingettes, talc, etc. Certaines choses figurent déjà sur le chariot. L'IDE me présente les tablettes destinées à la vidéo-protection. « Sauf que ça marche une fois sur deux, on perd constamment le signal, c'est pénible. L'informatique je veux bien, mais faut pas que ça ralentisse notre travail. »</p> <p>(Note personnelle : cette étape ne pourrait-elle pas être effectuée par les équipes de jour ? Pourquoi le problème de connexion n'a-t-il toujours pas été réparé ? Des FEI sont-elles systématiquement faites ?)</p>
22H	<p>Séparation des équipes : une prend le bâtiment A, l'autre le Bâtiment B. Je suis l'IDE et l'ASHQ chargés du bâtiment A.</p> <p>L'IDE m'explique le déroulé de la nuit : on commence par une première ronde, durant laquelle on distribue les collations et les médicaments, et on vérifie si certains résidents ont besoin d'être changés. (La liste des résidents à changer systématiquement est posée sur le chariot.) Après cette ronde, on effectue le nettoyage de l'infirmerie du 2^{ème} étage. Puis on prend une pause, et on retourne en ronde. « <i>C'est à ce moment-là que l'on pourra répondre à vos questions.</i> »</p> <p>J'explique que je vais profiter de la ronde pour poser mes questions, ce qui nous permettra de discuter tous ensemble. Je profite de la présence de l'ASHQ pour faire une pierre deux coups. Je leur demande si je peux enregistrer nos échanges avec mon téléphone, en précisant que tout sera retranscrit mais anonymisé. Ils sont ok.</p>
22H15	<p>L'IDE se rend dans le relai hôtelier du 2^{ème} étage pour préparer les collations des résidents « systématiques ». « <i>Houla c'est le bazar ici. Ça doit manquer d'agent hôteliers ...</i> »</p>

Note personnelle : elle n'est pas au courant des difficultés de recrutement des agents hôteliers. Je lui transmets l'information.

Un café au lait, deux chocolats chauds, des brioches et des biscottes. La distribution commence par Mme A. Elle fume dans sa chambre. C'est interdit. La résidente est contente de sa collation, mais elle aurait préféré des cakes plutôt qu'une brioche. « Y'en a plus, répond l'IDE. C'est la misère, ma pauvre dame ! »

La ronde des collations, de la distribution des médicaments et des changes continue. L'IDE m'informe que la nuit dernière, ils ont réalisé 17 changes rien que lors de la première ronde. « C'est beaucoup plus qu'avant. Avant, si on faisait 10 changes dans la nuit, c'était vraiment beaucoup. Maintenant on est rendus à 60 changes par nuit. La dépendance ... »

« Qu'est-ce que c'est que ce bruit ? »

Le vent tape sur les baies vitrées du Bâtiment A. L'IDE a eu peur. L'ambiance est étrange : un calme angoissant, rythmé par le bruit du vent, de la pluie, et des branchages projetés contre les vitres. La tempête Ciara n'est pas terminée. « Dans quel état vais-je retrouver ma voiture ? pensé-je »

Change d'une résidente – « Et ben ça commence ! Elle est toute souillée. On va mettre trois alèses. Soit la couche est mal mise. On va mettre un M. Si vous voulez mettre une surblouse et entrer dans la chambre avec nous vous pouvez hein !

Je réponds ne pas vouloir déranger l'équipe, et surtout la résidente.

- Oh bah vous savez vous ne les dérangerez pas. La plupart sont hors-service hein ... C'est pas très gênant. La dame on va la changer, elle va même pas se réveiller. Oh mais vous venez de faire tomber mon téléphone Madame ! Déjà qu'il ne marche pas terrible ! Laissez mon téléphone s'il vous plaît Madame !

Bruit de vent

L'IDE à l'ASHQ : c'est le rideau qui fait ça. Ça cogne contre la baie vitrée.

L'ASHQ : ah oui ? Peut-être que la maison est hantée !

Je me rends compte que j'ai perdu ma grille d'entretien. « On va refaire le tour du bâtiment, ne vous inquiétez pas. »

Une résidente crie.

Une résidente s'est à moitié endormie dans son fauteuil, toute habillée. L'IDE et l'ASHQ l'invitent à se coucher. Elle est désorientée et ne comprend pas que nous

	<p>sommes la nuit.</p> <p>Prise de température d'une résidente ayant eu une gastro-entérite il y a quelques jours.</p>
22H30	<p>Une résidente sonne. Elle souhaite se rendre aux toilettes. Utilisation du verticalisateur. <i>« On prend le verticalisateur, moi j'ai pas la force. J'aurais pas la force de vous retenir. Si vous perdez l'équilibre, je ne pourrais pas vous retenir madame. »</i></p> <p>L'IDE laisse le verticalisateur dans le couloir. Je l'interroge : ça ne me semble pas très sécurisant. <i>« Je ne vais pas le ranger parce qu'on va l'utiliser toute la nuit. Je sais que je suis censée le ranger, mais déjà qu'on n'arrête pas de courir partout, je ne vais pas en plus me rajouter ça. Alors à chaque fois je le laisse dans le couloir. Tant pis. »</i></p> <p><i>Change d'une résidente. – Quand je vous dit qu'on les réveille pas ! Elle dort ? Ben oui !</i></p> <p>Une résidente se plaint qu'une personne est entrée dans sa chambre. Elle demande à ce que sa porte soit fermée.</p>
22H40	<p>L'ASHQ ferme la porte d'un logement. La porte grince. <i>« C'est d'un discret. »</i></p> <p>Une résidente crie et parle toute seule <i>« Allez manger dehors. Y'a rien à manger ici ! Dehors y'a de quoi manger. Ici y'a rien à manger. Allez manger dehors. Les vêtements ça ne se mange pas. Allez manger dehors ! On n'a pas besoin de vous ici. Allez manger dehors ! ».</i></p> <p><i>« Elle hallucine, me dit l'ASHQ. C'est comme ça tous les soirs ... Elle veut qu'on enlève les chats qu'il y a sous son lit. Hier elle se faisait attaquer par une poule ... Là, elle parle à ses enfants je crois. »</i></p> <p>Sa voisine d'en face se plaint à l'équipe : <i>« Elle est pénible hein ! Ça m'énerve. Ça fait un moment qu'elle braille hein ... »</i></p> <p><i>Change de Mme L.</i></p> <p>Comment les autres résidents font-ils pour dormir avec tout ce bruit ?</p>

	<p>ASHQ : « <i>Alors là ... Aucune idée. Franchement je les plains. Parce que ça peut durer toute la nuit. »</i></p> <p>Nous croisons une résidente dans les couloirs. Elle nous sourit : « <i>Et bien ! vous êtes matinaux aujourd'hui !</i> ». L'ASHQ répond : « <i>Mais là c'est la nuit ! Vous vous souvenez, quand vous me voyez c'est que c'est la nuit ! Il est presque 23H madame, faut aller vous coucher !</i> »</p> <p>La résidente hausse les épaules et répond : « <i>Pourquoi voulez-vous que je me couche ?</i> »</p> <p>Autre chambre.</p> <p>ASHQ : « <i>Il y a une odeur de matière fécale ... À chaque fois ce monsieur c'est ... En plus ce monsieur il ne se laisse pas faire du tout ... La dernière fois j'ai failli m'en ramasser une. »</i></p> <p>IDE : « <i>Bon, on va voir. »</i></p> <p>Ils vérifient l'état de la protection du résident.</p> <p>« <i>Non rien. Ils l'ont peut-être changé avant la nuit. Mais l'odeur ... Les odeurs de selle et de vomi ça reste imprégné un petit moment. »</i></p>
22H50	<p>Fin de la première ronde des deux étages du Bâtiment A.</p> <p>Nous nous rendons dans l'infirmerie pour sortir et descendre les poubelles.</p> <p>L'IDE stocke les poubelles et le chariot dans l'ascenseur. Visiblement, ils utilisent toujours le même.</p> <p>Quelque chose bippe dans la salle infirmière. « <i>Qu'est-ce qui bippe ?</i> » demandé-je.</p> <p>IDE : « <i>Les sonnettes, en permanence. La nuit ça bippe pour l'ensemble de la résidence, pas pour un seul bâtiment. Au début quand on a commencé, nous n'avions qu'un seul téléphone qui faisait les sonnettes, les appels qui faisaient l'extérieur ou en interne. PFFFF bah ça n'a pas fait la semaine, autant vous le dire ! Parce que le problème c'est que quand on a une sonnette et des gens qui sonnent beaucoup, parce qu'il y en a pas mal, pour diverses raisons ... Parce qu'ils sont perturbés ou autre, ça bloque le système de sonnette en lui-même, c'est-à-dire que ça empêche l'arrivée des autres. Puis alors là on ne recevait plus rien. Ni sonnette, ni appels intérieurs ni extérieurs. C'est pour ça que maintenant on a un deuxième téléphone exclusivement dédié aux sonnettes !</i> »</p>

23H	<p>Les poubelles sont déposées à même le sol du hall d'accueil. « On les stocke ici, de toute façon, il n'y a personne à cette heure-ci, donc ça ne dérange pas. On les descend après. »</p> <p>Nous partons en direction de l'unité protégée. L'IDE et l'ASHQ ont l'air plus inquiets. Entrée par une première porte. SAS. Deuxième porte. « Ici, il faut bien connaître les résidents et être capable de mettre un nom sur un visage. Parce que c'est le jeu des lits musicaux. Et ça ne sert à rien de les compter. Car même si vous avez le nombre, qui vous dit que ce n'est pas un résident des étages qui est venu se promener par ici ? C'est pour ça, il faut être expérimenté. »</p> <p>La lumière de la salle de restaurant ne fonctionne plus. L'ambiance est d'autant plus pesante. Une résidente est assise sur un fauteuil, elle ne dort pas. L'ASHQ la raccompagne doucement jusqu'à sa chambre, en lui parlant et en rigolant. Elle semble plus désorientée qu'autre chose. Elle ne résiste pas et suit l'ASHQ.</p> <p>Je ne cesse de regarder derrière mon épaule, on ne sait jamais. « Un jour, un résident s'est approché tout doucement derrière moi et m'a saisi par le cou, me raconte l'ASHQ. » Très rassurant.</p> <p>L'IDE jette un œil à la vidéo-surveillance : « Vous voyez, ils sont tous agglutinés dans un coin dans l'autre bâtiment. »</p> <p>Un monsieur ne porte plus de pantalon. Je lui fais remarquer : « Oh oui, ça arrive souvent. » La caméra coupe à nouveau. « C'est pénible ! Voyez, on doit encore la rallumer. Et là encore ce n'est pas beaucoup, mais ça va se majorer au fur et à mesure de la nuit. Quand ça coupe, ce n'est pas que la caméra, c'est tout le système qui est coupé. »</p> <p>Pendant que nous discutons des tablettes, une résidente émet des bruits. L'équipe de nuit la change et la mobilise pour qu'elle change de côté pour dormir. La résidente hurle. Puis se calme, mais continue d'émettre un son continu. « Elle fait la moto » blague l'ASHQ.</p> <p>Un résident nous entend, il ouvre discrètement sa porte. Elle grince. Il nous observe par l'entrebâillement. Il la ferme, puis l'ouvre à nouveau, puis la referme. Le cliquetis de la serrure est incessant, le grincement aussi. On se croirait dans un film d'horreur. « Vivement que l'on sorte d'ici. » pensé-je.</p> <p>ASHQ : « La dernière fois, il a fait toute la ronde avec nous. Il se collait à moi et</p>
-----	--

	<p><i>me disait, agressif : tu dégages, tu vas dégager. Ça a duré bien deux heures, il nous a suivi partout. Et le matin à 6h, un amour. Il avait tout oublié. »</i></p> <p>Porte du logement n°xxx, l'ASHQ ouvre. Il tombe nez à nez avec une résidente, et sursaute. « <i>Vous m'avez fait peur ! Qu'est-ce que vous faites dans la salle de bain ?</i> » La résidente est en chemise de nuit et chaussons, une brosse à cheveux dans la main. Elle se prépare pour la journée. Ne dit rien, mais sourit. Angoissant.</p> <p>Une résidente est à moitié endormie dans son fauteuil. Elle ne veut pas qu'on la change. « <i>Je n'aime pas ça moi, qu'on me déshabille.</i> » Pourtant elle s'est souillée. L'IDE et l'ASHQ font diversion : ils lui parlent de sa fille, chantent. « <i>Maintenant, on va aller se coucher.</i> ».</p> <p>Autre chambre : « <i>Alors, ça va ? Mais vous ne dormez toujours pas ? On va en boîte de nuit ?</i> » La résidente rigole. « <i>Allez, bonne nuit Madame, à demain !</i> » « <i>Oui, c'est ça, à demain !</i> ». La pression retombe instantanément. Pas si « fous » que ça, les résidents en unités protégés.</p> <p>Les lumières de la salle de restaurant s'éteignent et se rallument. Peut-être est-ce à cause de la tempête ?</p> <p>Direction le stock de linge pour récupérer un chariot. « <i>Qu'est-ce que c'est ?</i> » demandé-je.</p> <p>ASHQ : « <i>C'est le chariot pour récupérer le linge sale. Après on le descend à la blanchisserie, lors de la ronde de 4H.</i> »</p>
23H30	<p>Nous remontons au premier étage pour nous mettre en quête de mon papier.</p> <p>Je culpabilise : je leur fais perdre leur temps. Mais visiblement, ils ne veulent pas me laisser seule.</p> <p>Une résidente nous entend. Elle appelle « <i>S'il vous plait !</i> »</p> <p>IDE : « <i>Oh mais c'est encore Mme P. Mais qu'est-ce qu'elle a à s'énerver comme ça ce soir ?</i> » Pause. Nous nous regardons tous les trois, atterrés, conscients de notre erreur : « <i>Oh bah on l'a peut-être bien oublié sur le WC !!!!</i> »</p> <p>Ils entrent dans la chambre, j'en profite pour partir à la recherche de mon papier.</p> <p>Je les entends au loin : « <i>Excusez-moi Mme P, on vous a oublié. Ça va ?</i> »</p>

	<p>En parcourant les couloirs à la recherche de mon papier, je croise une résidente assise sur un siège. Une autre déambule en parlant seule. Je prends peur et rejoins l'équipe de nuit, leur signale la présence des deux résidents hors de leur chambre. L'une d'entre elle est raccompagnée jusqu'à sa chambre. L'autre estime se sentir bien sur son fauteuil et ne pas avoir sommeil. Je la trouve très apprêtée malgré l'heure tardive. AHSQ : « <i>Elle fait tout le temps ça, elle se couche très tard.</i> »</p> <p>Je retrouve ma feuille à côté du relai hôtelier, posé sur une table. Je n'avais même pas eu conscience de le poser ici. Le stress de la nuit ? D'autres préoccupations ? La volonté de ne pas les perturber dans leur travail ? Le fait d'être prise dans la réalité du terrain ?</p> <p>Nous redescendons dans la salle de transmissions du 1^{er} étage. On me propose un café, j'accepte. Je commence l'entretien. La seconde équipe de deux nous rejoint. Nous discutons. Elles m'avouent qu'aucun membre de l'encadrement n'a jamais passé une seule nuit à leurs côtés. « <i>Personne ne se rend compte de ce que c'est, que de faire la nuit. J'espère que quand vous prendrez votre poste, vous ne ferez pas comme ça. C'est important de voir l'équipe de nuit, et de comprendre ce que l'on vit.</i> »</p>
00H15	<p>L'entretien est terminé. Je remercie l'ensemble de l'équipe, et leur dit à la semaine prochaine, pour la deuxième tournée. Ce ne sera malheureusement pas eux. Je m'engage à effectuer une nuit complète à leurs côtés avant la fin de mon stage, si mon emploi du temps et le Directeur me le permettent. Ils semblent touchés.</p> <p>L'ASHQ me raccompagne jusqu'à la sortie, elle en profitera pour fumer une cigarette.</p> <p>Je regagne ma voiture, et compte celles qui restent. Trois au total : celles de l'équipe de nuit. Le conjoint de la quatrième la dépose le soir. Le matin, elle récupère le tramway, situé à une vingtaine de minutes à pied. Peu pratique.</p> <p>Il fait froid et humide. Le portail est fermé. Il s'ouvre automatiquement, à condition de rouler doucement jusqu'à lui. J'avais retenu la technique lors de ma première nuit. Je rentre chez moi. 00H45, je suis exténuée. Comment font-ils ?</p> <p>Un œil sur l'application de mon téléphone portable : 1300 pas en moins de 3H. Et ce n'était qu'un début de nuit, un début de nuit calme.</p>

Annexe n°6 : Retranscription de l'entretien réalisé avec un représentant du personnel de la Résidence R

Bonjour Mme X. Merci d'avoir accepté cet entretien. En tant que représentante du Syndicat SUD, je souhaitais m'entretenir avec vous sur le travail de nuit en EHPAD. Voici ma première question : quelle pénibilité engendre le travail de nuit en EHPAD et quel impact a-t-il sur la vie de l'agent, que ce soit sur sa vie personnelle, sa santé, sa vie professionnelle ?

La pénibilité, c'est le nombre de pas. N'étant que quatre pour six unités, même si elles sont 2/2 partagées par bâtiment, c'est peu. La nuit, c'est anxiogène pour le résident : donc beaucoup de sonnettes. Qui dit sonnette dit réponse. Il peut y avoir une sonnette au 2^{ème}, puis au 1^{er}, re au 2^{ème}. Les pas sont continuels.

Après, ce sont les changes. Il y a pas mal de changes à faire et donc beaucoup de manutention à faire aussi. Parce que la nuit ils glissent du lit, donc il faut les réinstaller. Il y a beaucoup de manutention. Il y a beaucoup de chutes aussi. Il y a plus de chutes la nuit que la journée. Enfin ce n'est pas vraiment des chutes ... Comme il n'y a pas de barres de contention parce que les médecins sont contre et ne veulent pas en prescrire, nous, on met des matelas au sol. Comme ils bougent beaucoup la nuit, ils roulent. Ce n'est pas une chute en soi, mais retrouvés sur le matelas au sol, il faut les remettre sur le matelas du lit. Il y a beaucoup de petites choses comme ça ...

Nous, la journée, on est ciblés sur une partie du bâtiment. Chaque unité comporte des sous-unités. Nous on reste là, donc nos pas sont limités. Tandis que la nuit, c'est toutes les unités. Si elles sont deux pour trois unités : monter, descendre, à droite, à gauche.

La journée, dans les unités de 47, il y a encore une sous-division ?

Oui, dans les unités de 47 il y a 2 sous-unités. De la 1 à la 28 et de la 29 à la 47. Le soir on est moins cantonnés car on est que 3. Mais la nuit c'est 47 x 4 plus les deux unités de 29. Faut être à droite, à gauche, répondre à toutes les sonnettes et elles ne sont pas toutes dans le même secteur. Ça génère des pas et donc de la fatigue.

Au niveau de l'organisation du travail de nuit, y a-t-il des coupes ?

Elles ont des petites semaines et des grandes semaines. Elles travaillent 10h la nuit et elles sont limitées à 32H/semaine.

Elles ne sont pas aux 35H ?

Non, c'est limité à 32H. Donc elles font en général maximum trois nuits, deux nuits de repos, puis deux nuits de travail, etc.

Cela arrive que les personnes alternent entre jour/nuit ?

Ici non, elles sont toujours de nuit. Celles qui sont de nuit restent de nuit. C'est juste les contractuels, ça peut arriver qu'elles passent de jour et de nuit.

Ça doit être encore plus compliqué ?

Oui car quand on finit à 7h, il ne faut pas re-travailler à 13h. Elles doivent attendre 10h. C'est compliqué. Ça arrive vraiment ... c'est vraiment rare, car les cadres ici arrivent à trouver des contractuels qui restent également toujours de nuit. Bon, là il y a eu un petit moment de battement car quand une contractuelle part et qu'ils n'ont pas trouvé en attendant ... mais c'est quand même rare. Celles qui sont de nuit ne font que la nuit.

Si je reprends les tâches des agents de nuit, il y a une vraie spécificité du travail de nuit par rapport au travail de jour ?

Ah oui, oui, c'est complètement différent. Parce que la nuit c'est plus les changes. Y'a pas de toilette par exemple. Enfin ça arrive quand il y a des souillures, mais il n'y a pas de nursing comme nous on fait le matin : ils ne les habillent pas, y'a pas de repas. Le repas c'est juste des petites collations. Si la personne est au lit ils ne vont pas la lever pour la mettre à table. Donc ils vont l'installer, mais dans le lit. Dans les unités protégées (UP) il y a beaucoup de personnes qui déambulent, donc à la rigueur ils les mettent à une table pour prendre la collation mais voilà ... Tandis que nous le matin c'est le nursing, l'habillage, et on les emmène au restaurant. Tandis que là ils restent dans leur chambre. Donc c'est pour ça, c'est pas le même travail.

Est-ce qu'il y a une différence de compétence à avoir ? Qu'est-ce qui fait que l'on préfère travailler de nuit ou de jour ?

Alors ça c'est à chaque agent ... Parce qu'ils ont une vie familiale qui coïncide avec ce qu'ils veulent faire. Nous on a des personnes qui ont préféré être de nuit parce que le matin ils pouvaient emmener leurs enfants à l'école, les récupérer le midi, et les récupérer aussi le soir avant d'aller travailler. Y'a les vies familiales et personnelles, et là je ne peux pas parler à la place de mes collègues. C'est arrivé, oui. C'est un choix familial avant tout.

Après travailler de nuit c'est complètement différent : il faut savoir se reposer la journée. Il faut savoir dormir aussi. Parce que ce n'est pas évident de dormir quand il y a une vie autour de soi, ou du voisinage. Le voisinage compte beaucoup pour ceux qui sont en appartement. Y'a des appartements qui résonnent quand on marche sans chaussons. Y'a tout ça à prendre

en compte. Ceux qui emmènent les enfants à l'école le matin, elles ne vont pas tout de suite se coucher quand elles rentrent à 7h parce que les enfants à 8h30 faut les emmener à l'école. C'est un choix, vraiment c'est un choix personnel hein ...

C'est donc plus un choix personnel qu'un choix quant à l'activité de nuit ?

Ah c'est aussi intense le travail de nuit que le travail de jour. C'est vrai que c'est complètement différent parce que y'a pas les mêmes soins, même si y'a des changes. Mais oui c'est ... c'est différent. Mais y'a quand même ... c'est intense. C'est intense du fait qu'elles soient que quatre. Elles sont peu nombreuses par rapport au nombre de résidents. C'est sûr qu'elles ne vont pas les voir tous/toutes, toutes la nuit. Y'en a qui sont demandeurs.

Comment ça ?

Ben y'a des personnes qui demandent à être changées la nuit. Même s'ils n'ont pas besoin, ils veulent être changés la nuit. Donc ben les collègues sont obligées d'y aller. Alors qu'en général elles savent à peu près ceux qui sont souillés donc elles font une tournée générale, elles les changent. Et elles changent que ceux qui sont réveillés. S'ils dorment on ne les change pas. On ne doit pas réveiller le résident. Après oui on a des résidents qui sont demandeurs d'être changés. Mais ça c'est parce qu'ils ont besoin de contact et de relation humaine. Y'a des gens qui ont besoin de ça, de savoir qu'il y a quelqu'un quoi.

Oui parce que vous disiez que la nuit était anxiogène pour les résidents. Pourquoi ?

La peur d'être seul(e), la peur du noir, la peur de mourir tout seul(e), de tomber, on ne sait pas ... Il y a des personnes qui ont besoin d'une relation d'écoute.

Un peu comme les enfants en fait ?

Oui, voilà tout à fait ! Il y a un petit peu ça. C'est le même principe. On n'explique pas hein ... Ils demandent des comprimés pour dormir mais ils se réveillent quand même *rire* On ne peut pas l'expliquer !

Il y a aussi les personnes qui confondent la nuit et le jour ...

Oui, ça c'est les comportements cognitifs. Après, qu'ils confondent le jour et la nuit ben ... Oui ! ils dorment la journée donc automatiquement au bout d'un moment ils n'ont plus envie de dormir. Parce que la personne âgée en elle-même dort moins que nous qui sommes en activité. Nous on a plus de sommeil qu'une personne âgée. Alors quand ils dorment une bonne partie de la journée, le soir ils sont en forme, plein d'énergie. *rire* Alors nous du coup la journée quand on voit qu'ils dorment de trop on essaye de les réveiller, de les divertir justement pour les laisser éveillés pour que la nuit ils puissent dormir.

Donc en fait, vous préparez le terrain de l'équipe de nuit, pour que ça se passe au mieux. Mais serait-il possible d'envisager que ce que vous faites de jour, on puisse aussi le faire la nuit ?

C'est-à-dire ?

Par exemple, comme il y a des résidents qui inversent jour/nuit ou qui ne dorment pas la nuit, on voit de plus en plus des PASA de nuit, le fait de se poser avec le résident, discuter avec lui, être à son écoute ... Comment pourrait-on faire la nuit ?

Je pense qu'elles ne sont pas suffisamment pour faire ce travail. Parce que quand vous avez fait la nuit avec Mme X en février, vous avez vu tous les pas que vous avez fait, et en fait des moments de pause y'en a pas tant que ça, ne serait-ce que pour le personnel. Donc des moments de pause avec le résident, encore moins. La relation d'écoute, elles peuvent en faire quand une personne est très, très angoissée. Parfois elles écoutent, elles s'assoient un moment ... Des fois c'est ce qu'il faut faire hein, c'est mieux que le somnifère, mais ça ne suffit pas quelque fois. Et elles ne peuvent pas le multiplier par dix. Après elles le savent, les résidents qui sont anxiogènes et qui ont besoin d'une relation d'écoute.

Après le soir au coucher, si le coucher s'est déjà bien passé, la nuit en général se passe bien. Et la nuit elle ressentent quand le résident a été calme ou pas calme la journée. Ça se ressent aussi sur la nuit. Et nous la journée ça se ressent si la nuit ça s'est mal passé. C'est vraiment euh ... tout est lié ! Oui, tout est lié. Comme quoi on a besoin des uns et des autres, c'est vraiment une continuité de soins.

Je reviens encore sur l'attractivité : je repense à ce qui m'a donné le déclic pour ce mémoire. Lorsque Monsieur le Directeur a donné la note de service sur le potentiel roulement IDE la nuit et qu'il y a eu ... une espèce de peur du personnel IDE de devoir effectuer les nuits. Et je me suis dit : « tiens ! mais pourquoi cela les effraie autant ? » Qu'est-ce qui provoque cette peur ?

Alors ... **Elle se redresse** La nuit, elles sont seules ! Y'a pas de personnel médical, y'a pas de personnel administratif. Faut savoir gérer, la nuit. Et cette gestion-là peut être compliquée pour certains agents. Elles préfèrent peut-être être appelées en astreintes parce que c'est ponctuel et elles savent pourquoi elles sont appelées : une douleur, une plaie, faut appeler les urgences ... Mais la nuit c'est complètement différent. Vous n'avez pas une équipe derrière. Elles sont quatre. Donc elles sont quatre à gérer l'établissement, et ça, ça peut être anxiogène aussi pour le personnel qui ... La journée, ben y'a toujours un médecin ! Y'a toujours une autre collègue IDE ou d'autres ... Y'a tout cet ensemble de choses qui fait que la nuit, ben ça peut faire peur. Parce que y'a personne. Y'a personne la nuit !

Et le fait qu'il y ai un administrateur de garde ne les rassure pas plus ?

Ça ne rassure pas plus parce que l'administrateur de garde des fois se déplace, et des fois ne se déplace pas. Et quand les collègues appellent c'est que y'a un besoin spécifique et ... elles ont ... c'est parce que y'a peut-être besoin d'aide. Et de s'entendre dire : « Ben non ben vous pouvez gérer » ...

Les collègues de nuit ont peut-être besoin aussi d'avoir un contact aussi avec les équipes de jour de temps en temps. Parce que même si elles ont un contact avec les trans ... C'est un laps de temps et c'est assez limité parce que y'a qu'une AS et une IDE de l'unité qui fait les trans. Tandis que la journée y'a le médecin, le cadre de santé ... Y'a plusieurs ... Peut-être que y'a l'ergothérapeute, la diététicienne, l'animatrice ... Même si elles le font à tour de rôle, y'a une tablee ! Que le matin ou le soir, c'est très limité.

Donc les équipes de nuit n'ont jamais vraiment de contact avec les autres ? Il n'existe pas de temps organisés entre équipe de nuit et équipe de jour ?

Si, quand y'a des problèmes médicaux l'IDE de nuit s'isole avec l'IDE de jour pour savoir exactement. Même si on a le dossier médical, on explique mieux à l'oral qu'à l'écrit. Y'a un temps ...

Mais ce n'est pas un temps institutionnel comme les transmissions ? J'imagine qu'il pourrait y avoir des réunions où le personnel de jour et de nuit échange sur ses pratiques ... ?

Oui, oui ! je pense que ça serait bien, peut-être oui ! C'est à envisager.

C'est vrai qu'on ne pense pas à cette absence de contact du personnel de nuit. Elles ne voient que leur équipe en fait ?

Exactement. Elles ne se voient que toutes les quatre. En général ça fait 8 agents de nuit par roulement de quatre. Donc elles-mêmes ne s'entrecroisent pas.

Ah oui même entre agents de nuit ?

Non, non, elles ne se croisent pas ! Le seul contact c'est par écrit avec le cahier si elles veulent se dire des choses. Elles ne se chevauchent pas. C'est vraiment des plannings différents alors que nous la journée on arrive à travailler une ou deux journées avec la contre-équipe. Mais là non pas du tout.

Ah oui donc il y a moins de liens sociaux.

Ah oui, oui ! y'a moins de relations humaines, physiques, équipe jour-nuit et entre équipes de nuit. C'est vraiment en autarcie quoi ...

En tant que syndicat, si vous deviez défendre un agent de jour et à qui on imposerait de passer de nuit, quels seraient les arguments que vous utiliseriez ?

Ben y'a toutes ces données que je viens de vous expliquer, plus peut être que sa vie ... Tout le monde ne peut pas faire de nuit parce que ne peut pas se reposer la journée. Donc si y'a pas un repos suffisant la journée, c'est quand même 10h la nuit ... Nous la journée c'est 7H45. Donc 10h c'est quand même ... C'est quand même long. Faut tenir hein ! physiquement. Et puis la journée si elles ne se reposent pas assez, ce n'est pas possible. Au bout d'un moment ... c'est sûr que ... Ça va peut-être durer quoi ... Un mois ? mais sur toute la continuité non.

C'est si intense ?

Ah oui on le voit tout de suite. Nous quand on est fatigués physiquement la journée, déjà au bout d'une semaine si on n'arrive pas à récupérer on le sent. Et là la nuit, imaginez ... C'est complètement ...

Si on ajoute le stress d'être tout seul ... la fatigue qui se rajoute à la fatigue accumulée ... Il y a une charge mentale aussi ?

Ben ce qu'il y a c'est une pression : je suis toute seule, faut que j'arrive à gérer. Et ce qu'il y a c'est que ... beaucoup de personne ne sont pas, excusez-moi, aptes ... Y'en a qui ont besoin d'être entourées, d'avoir des contre avis et puis des conseils, et puis ... Parce que bon on a des IDE ... Y'en a quand même qui ont de l'expérience. Mais y'en a beaucoup qui n'ont pas suffisamment d'expérience pour ... Qui se sentent peut-être ... Chaque personne est différente ! Y'en qui sont euh aptes à ... même la journée, y'en a qui arrivent à gérer un service et y'en a d'autres qui bah dès qu'il y a un couac, c'est déstabilisant. Ça déstabilise. Donc la nuit ... Non, forcer quelqu'un de nuit ce n'est pas envisageable parce qu'au bout d'un moment le moral en prendrait un coup. Et puis y'a la vie familiale derrière parce que si y'a un conjoint et des enfants et que la personne de nuit ne supporte pas ... Automatiquement elle va s'en prendre au conjoint ou aux enfants. L'énervement fait qu'inconsciemment ça joue sur la vie familiale.

Il y a donc une notion d'expérience pour travailler de nuit ?

Je pense qu'il faut quand même de l'expérience et puis savoir gérer. Je ne veux pas dire qu'il faut être cadre de santé, mais il faut avoir une notion de gestion du service, savoir prendre en main les décisions, les prendre à bon escient. Faut être apte à ça. Parce que même la journée des fois tout le monde n'est pas apte non plus. Ça va qu'on est une équipe, qu'on arrive à gérer : « Bon voilà, t'inquiète pas ... ». A plusieurs ... La nuit même si elles sont quatre, elles arrivent peut-être à quatre à gérer mais ... deux et deux ... C'est compliqué.

C'est vrai que lorsque je faisais la nuit avec Mme X, certaines fois c'était 2 et 2, puis quelqu'un appelait parce qu'elle avait besoin d'aide.

Ben voilà, là c'est compliqué ! Comment voulez-vous mettre quelqu'un en relation d'écoute tout le temps ? Ce n'est pas possible. Y'aurait besoin, ne serait-ce que pour les UP. Parce qu'on voit les gens qui déambulent, c'est qu'ils ont besoin de contact humain mais ... Ce n'est pas possible la nuit. Deux et deux ...

Est-ce que l'idée serait d'avoir un ou deux agent(s) de nuit dans les unités protégées ?

Je pense qu'il faudrait une personne de chaque côté, en plus des quatre autres. Une ... Parce qu'en plus y'a les allers-retours, et y'a les portes. Faut ouvrir, fermer les portes. C'est aussi anxiogène pour le résident parce qu'il voit quelqu'un apparaître puis il le voit plus, puis ça fait du bruit. Puis y'a tout le couloir à traverser. Et puis y'a aussi besoin dans une unité que dans l'autre. Y'en a autant qui déambulent d'un côté que de l'autre. Je pense que c'est bien d'avoir ... ou alors faut vraiment faire un PASA. Mais de nuit ... Ça, c'était l'idée du Directeur qui, en soi, n'était pas mauvaise, d'avoir un PASA de nuit. Mais PASA de nuit ce n'est pas 7 résidents qu'il faut. C'est au moins 14.

Comme les PASA de jour ?

Oui voilà. Soit il en faut un pour les deux unités, soit il en faut un dans chaque unité.

Un pour les deux unités ? Où est-ce qu'on le met ?

Ce serait dommage de faire un PASA dans une UP et pas dans l'autre. C'est pénaliser une unité au regard de l'autre, même si ça alternait entre les nuits, c'est pénalisant. Ce serait dommage. Parce que y'a besoin. Et même dans les étages y'en a qui déambulent aussi. Moins. Parce que quand ils déambulent de trop et qu'ils vont dans les chambres, et là automatiquement ils intègrent les UP si c'est possible. Mais y'a quelque fois besoin dans les étages aussi. Mais dans les UP oui ... Nous on le voit le soir quand on couche le résident. On les couche mais en fait ils se relèvent après quoi ... Enfin on fait notre travail de dire : « Ça y est, on l'a couché. » Mais ça ne sert à rien. Des fois 10 min plus tard il est relevé. *Rire* Donc euh ... je pense que c'est un dans chaque unité, en miroir de ce qui se fait de jour.

J'imagine que si les déambulations ont lieu le jour, elles ont aussi lieu la nuit ?

Voilà, parce que nous le matin quand on arrive dans les UP à 6H45 on voit déjà ceux qui sont dans les fauteuils ou dans les canapés. Bon c'est sûr qu'ils ne sont pas 29, mais des fois y'en a au moins cinq ou six dans chaque unité, donc ça veut dire que ces cinq ou six-là ont déambulé toute la nuit, parce que y'en a qui ... finalement s'assoupissent dans le canapé. Ils dorment dans le canapé ben ... comme ils peuvent. Ils récupèrent mais ... On voit nous le matin quand

on arrive que ben des fois c'est la cohue dans le service ! Y'a eu du ramdam la nuit *Rire* Y'a eu de l'activité ! Mais voilà, c'est impressionnant le matin des fois, on ne s'imagine pas.

C'est intéressant ce que vous dites. Il faudrait que je fasse un matin. Parce que la première fois que j'ai fait une nuit, je suis arrivée à 21h, et j'ai trouvé ça très calme. A partir de minuit on sentait qu'il y avait plus de mouvement. Donc à 6h ...

Ah oui, oui il y a déjà de l'activité. Comme je vous disais ils ont moins besoin de sommeil ! Donc là vous dites à 21h c'est calme et à minuit ils recommencent, mais oui parce qu'ils ont besoin de moins de sommeil. Alors ... nous, les coucher ... Est-ce qu'on les couche trop tôt ? Ben oui mais si on ne les couche pas, ça veut dire que c'est l'équipe de nuit qui doit les coucher ! Et à quatre ce n'est pas possible donc euh ... Faut trouver quelque chose là.

C'est vrai qu'on pourrait trouver un intermédiaire ... ?

Parce que nous on finit notre service à 21h15 donc automatiquement faut qu'on les ait couchés, parce qu'après y'a les soins à valider, y'a les transmissions à faire, les chariots de poubelle à descendre, les chariots de linge sale à descendre, les traitements de nuit à donner, tout ça jusqu'à 21h15 c'est bien rempli. Donc si on les couche trop tard ça veut dire qu'il y a des choses qu'on ne peut pas faire le soir, et qui vont se répercuter ... Même si y'a une continuité de soins. Nous ça nous arrive qu'on n'arrive pas à coucher des résidents, on essaye d'y aller plusieurs fois, ou même à plusieurs, mais y'a des fois on dit à l'équipe de nuit : « Ben désolé, je n'ai pas pu coucher Mme X ou M. Y » Et elles le comprennent ? et elles arrivent le coucher après. Mais là c'est vrai que les coucher à partir de 19h30 jusqu'à 21h ça fait peut-être tôt puisqu'à minuit ils se réveillent. Mais là on ne sait pas comment faire. On est aussi bloqués parce que y'a autre chose à faire après. Et puis le linge sale et les poubelles on ne peut pas les descendre avant parce qu'on n'a pas fait les changes donc ... On ne peut pas anticiper, même les comprimés de nuit on ne peut pas anticiper. Nous on en donne avant de partir mais vous avez vu que Mme S. elle fait aussi sa tournée de médicament en début de nuit.

C'est une réflexion à approfondir : penser à une solution pour ces entre-deux ; pour ceux qui sont levés trop tôt et ceux qui ne veulent pas se coucher tôt. Si on modifie les missions des agents de nuit, ça pourrait rendre le travail plus attractif ?

Peut-être, je ne sais pas. Je ne peux pas répondre à la place de mes collègues ... Savoir quelles missions, qu'est-ce qu'il y aurait à changer ... Après, moi, je sais qu'il y a des IDE qui ont fait des nuits momentanément et elles pensaient en fin de nuit/début de matinée, faire des prises de sang pour avancer les collègues de jour, ou poser des perf le soir, et les enlever le matin et ... Ben y'a des choses qu'elles ne peuvent pas faire parce que l'IDE doit participer aux

changes. Parce que si elle ne participe pas aux changes, ça veut dire qu'elles sont plus que 3 à faire les changes. Et trois sur la quantité de résidents, plus les résidents qui déambulent et qu'il faut « canaliser », ça ne fait pas beaucoup, trois.

Donc l'IDE peut faire des choses, mais si l'IDE veut faire certaines choses, ça veut dire que c'est au détriment d'autres choses, d'autres soins. Parce que la nuit, d'après ce que je sais, c'est qu'elles font les gouttes. Elles préparent les gouttes des collègues pour le lendemain. Alors bon ... Parce que l'IDE si on peut lui donner de l'attractivité pour que les IDE passe de nuit, ça veut dire qu'il faut peut-être leur donner un certain travail technique aussi à faire ... Parce que si c'est pour faire QUE des changes ... Ce n'est pas intéressant pour l'IDE. Parce que l'IDE ...

Oui, ce n'est pas son « cœur de métier » ...

VOILA ! C'est ... Quoique la base normalement, c'est l'hygiène, c'est le nursing. MAIS on a déjà du mal à ce que les IDE de jour fassent des toilettes ou des changes, alors la nuit ... Elles voient qu'il y a des changes à faire donc, ça ne les intéresse pas non plus hein ...

Et alors, en tant qu'AS, qu'est-ce qui pourrait vous inciter à travailler la nuit ?

Alors je pense qu'à l'inverse, on a des AS qui veulent faire la nuit. Mais ... les AS qui sont déjà en poste la nuit ne veulent pas faire de jour. Donc ça veut dire que les AS de jour ne peuvent pas faire de nuit tant que les AS de nuit resteront de nuit. C'est ... ce qu'il faudrait c'est plus d'AS de nuit. Parce que là y'a une IDE, une AS et deux ASHQ. Donc là déjà je pense que ce serait bien d'avoir deux AS et un ASHQ.

Pourquoi ? quelle différence ?

Ben AS c'est quand même ... On a quand même un métier. L'AS fait les soins que l'IDE délègue tandis que normalement l'ASH c'est que le ménage. Deux ASH de nuit je pense que ce n'est pas « utile » parce qu'elles font la fonction ... Du moins toutes les ASH qui sont en journée c'est pareil : elles font la fonction d'AS, parce qu'elles font la même chose que les AS. Elles n'ont pas la responsabilité de l'AS donc pour gérer un service c'est plus les AS qui le font, mais y'a certaines ASH qui sont là depuis 20-25-30 ans, donc elles font fonction d'AS, elles prennent des responsabilités. Bon ... dans leur mesure. Elles demandent toujours l'avis de leur collègue supérieure mais ... Dans les faits les ASH font le métier d'AS. Alors là ça s'inverse plus parce que depuis quelques années, depuis que le Directeur est là, y'a quand même beaucoup plus d'AS que d'ASH. Parce qu'au début l'ARS ne voulait pas entendre parler d'augmenter le ratio d'AS, mais ça commence à s'inverser. C'est pour ça que les ASH faisaient fonction d'AS, parce que y'avait pas assez d'AS.

Quand vous dites qu'il y a plus d'AS qui ont envie de travailler de nuit, c'est encore pour des raisons personnelles ?

Je pense qu'il y a aussi pour des raisons personnelles, mais y'a peut-être aussi moins la pression ... Comment dire ... Des familles. Parce que les familles ne sont pas là la nuit. Y'a plus la pression des familles, y'a plus la pression des bureaux – enfin excusez-moi, de l'administration – ou des cadres qui disent : « Faut faire ci, faut faire ça ». Y'a tout ça qui entre en ligne de compte.

Et c'est une pression que les IDE n'ont pas ? Ne ressentent pas ?

Non, ce n'est pas pareil. Pas pareil, pas pareil. Les IDE ont la pression des médecins mais non ... Moi je pense que les IDE ce qui les gêne la nuit c'est qu'il faut faire des changes. Il faut mettre les mains dans les souillures. Enfin excusez-moi du terme mais voilà ... Vous voyez le tableau ! et ça, ça ... **Elle marque une pause** Ça les gêne. C'est ce que je vous dis ! Déjà la journée, pour qu'elles nous aident à faire les toilettes c'est ... Non, non ! Elles ne le font pas. Elles ne devraient pas mais elles ne le font pas. Ce n'est pas correct parce que ben nous on les aide, y'a des glissements de tâche mais ... ça va toujours dans un sens et ... on n'a pas de retour ! Et au bout d'un moment ...

Tandis que les AS, y'a pas la pression des familles qui disent : « *Pourquoi vous n'avez pas fait ci ? Je vous avais demandé de faire ça ... Pourquoi le ménage n'est pas fait ?* »

Les AS sont donc en première ligne à chaque fois ?

Ah ben oui ! Nous on est en première ligne de tout. On reçoit les IDE qui des fois, nous ... voilà ... Les familles euh ... pffffff. Ah oui, oui ...

C'est vrai que comme l'IDE est responsable de son unité, nous on se dit que c'est vers elle que les familles vont se tourner en premier lieu ...

Après, nous, quelque fois, on les envoie vers les IDE parce qu'au bout d'un moment euh ... voilà ! Chacun sa responsabilité hein ! Nous on prend sur soi parce que voilà, mais au bout d'un moment bah : « Ecoutez, aller voir l'IDE ». Déjà pour tout ce qui est traitement ou médical, nous on ne connaît pas le dossier suffisamment. Après, les familles, c'est parce que c'est le ménage qui n'est pas fait ... Mais c'est cette pression que les AS et les ASH veulent fuir la nuit. C'est toute cette pression qu'il n'y a pas à côté, parce que la nuit évidemment ... La nuit y'a moins de personnel. Y'a moins d'encadrement. Y'a la pression de la sécurité et de savoir gérer.

Qu'est-ce qui peut renforcer le sentiment de sécurité la nuit ?

Alors là ... Présence médicale ? Non ce n'est pas la peine ... Et ben peut-être quand on appelle l'administrateur de garde, peut-être qu'il peut se déplacer ne serait-ce que pour rassurer ... Et

puis ben oui ... Parce que des fois c'est pareil. Quand elles appellent le 15 ou SOS médecin ben des fois ... : « Non, ça peut attendre la journée ».

Il n'y a pas toujours d'écoute de l'autre côté ?

Non. Bon, après, si c'est vraiment grave, ils envoient quelqu'un hein, y'a pas ! Mais quand c'est un décès ben « ça peut attendre » quoi ... Et quelque part, nous, c'est une insatisfaction parce qu'on fait notre boulot mais ... On n'a pas de retour positif quoi. Et rendre attractif, je ne sais pas.

Et est-ce qu'il existe des formations de nuit ?

Ah non ! Les formations que les collègues font la nuit c'est les mêmes formations que nous on fait en journée. Donc elles se déplacent, elles font des formations. Mais y'a pas de formation spécifique de nuit.

Je voulais dire : lorsqu'on est AS ou IDE de jour et qu'on passe de nuit, est-ce qu'on reçoit une formation, à part la doublure quand c'est possible ?

Non.

Ce serait quelque chose à creuser.

Oui, y'a rien pour la nuit.

Je trouve ça dommage car au vu de tout ce que vous m'avez dit, il y a quand même une spécificité du travail de nuit, un environnement anxiogène aussi bien pour le résident que pour l'agent, moins de monde, on n'a pas cet aspect que l'on a dans l'administration ou dans les services de jour « on est une équipe, on peut discuter si on a une problématique » ... Je pense qu'il faut préparer aussi les personnes à travailler de nuit.

Ben oui, oui ! Et la nuit, les murs chantent. C'est le silence, c'est impressionnant le silence ! Et de temps en temps, vous entendez des petits bruits. Il ne faut pas être craintif aussi. Faut pas avoir peur du noir. Enfin maintenant c'est tout le temps éclairé donc voilà mais c'est ça ... Y'a toute cette ambiance. Le silence c'est pesant. C'est impressionnant. C'est particulier. Faut vraiment aimer ça.

Les agents qui sont de nuit actuellement sont satisfait. Elles ont trouvé leur rythme de croisière.

Blanc

Et bien merci pour votre temps. Je retiens que le travail de nuit est fortement lié à des considérations assez personnelles et que l'attractivité du travail de nuit doit être travaillée. Hormis le fait que les horaires arrangent certaines personnes, il n'y a pas de ... ?

Je ne vois pas ce qui pourrait attirer quelqu'un à faire des nuits. Après c'est le travail par lui-même alors pour avoir un travail très spécifique IDE ça veut dire qu'il faut un agent de plus pour faire des changes mais l'IDE de nuit pendant 10h va falloir quand même l'occuper ... donc même si ça occupe leur début de nuit avec les comprimés à donner et les perfusions à poser ou quoique ce soit ... Ça ne dure pas quatre heures quoi ... Même le matin si y'a des prises de sang à faire ... Donc faut trouver entre temps des choses à faire. Et faire des changes je vous dis ... ça freine ! C'est pour ça que y'a plus de volontaires d'AS parce qu'on est habituée à ... « faire le sale boulot ». Tandis que l'IDE ... faut vraiment voir avec les IDE de nuit ce qu'il est possible de faire la nuit. Après y'a peut-être des classements de documents, des archives à faire ... Mais après c'est de l'administratif, de la bureautique, alors la bureautique ce n'est pas de la technique ! Il y a peut-être des choses à mettre à jour ...

Annexe n°7 : Grille d'analyse de l'entretien réalisé auprès du représentant du personnel de la Résidence R

La pénibilité du travail de nuit	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de pas réalisés par l'équipe de nuit - Manutention des résidents : pour les changer et les relever en cas de chutes - Nuits de 10H VS journées de 7h45 - Nombre de personnel très réduit au regard du nombre de résidents (en l'espèce 4 agents pour 240 résidents) - Répartition des agents sur l'établissement : 2 agents de chaque côté du bâtiment
Attractivité du travail de nuit pour les IDE	<ul style="list-style-type: none"> - Souhait de réaliser des soins plus techniques de la part de l'IDE - Défaut d'attractivité de travail de nuit pour les IDE lié au fait de faire des changes
Attractivité du travail de nuit pour les AS	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de pression de la part des familles, des cadres, des IDE et de l'administration - Pas de réel changement des missions pour les AS qui sont habituées à faire des changes
Attractivité du travail de nuit toutes catégories confondues	<ul style="list-style-type: none"> - Rythme de vie personnel - Pouvoir être présent pour ses enfants la journée
Impact sur la vie personnelle et professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à se reposer le jour à cause de la vie extérieure - Difficulté à se reposer le jour au regard des contraintes personnelles (enfants). - Impact du manque de sommeil sur la vie personnelle et professionnelle
Différence du travail de nuit et de jour	<ul style="list-style-type: none"> - Le travail de nuit ne comporte pas de soins de nursing. - Il s'agit d'effectuer des changes, de répondre aux sollicitations des résidents lorsqu'ils utilisent la sonnette, de distribuer les médicaments et de relever les personnes ayant chuté au sol.
Difficultés rencontrées par les équipes de nuit	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'impuissance face au nombre sollicitations au regard du nombre d'agents de nuit. - Impossibilité d'accompagner les personnes de l'unité protégée comme ils en auraient besoin. - Réponse tardive à certaines sollicitations - Charge mentale importante - Stress - Angoisse liée au silence et au manque de luminosité - Absence de réponse satisfaisante de l'administrateur de garde, du SAMU, de SOS Médecin - Solitude - Manque de liens sociaux - Informations plus parcellaires car moins de contacts avec les équipes de jour

Comment rassurer les équipes de nuit ?	<ul style="list-style-type: none"> - Administrateur de garde à l'écoute et disponible - SOS Médecin ou SAMU disponible et également à l'écoute - Sentiment de « back-up » - Bonne organisation du travail de l'équipe de jour : « tout est lié » - Luminosité du bâtiment - Absence de silence - Bâtiment sécurisé
Compétences pour travailler de nuit	<ul style="list-style-type: none"> - Réactivité - Capacité à prendre des décisions en urgence - Résistance et gestion du stress - Connaissance de l'établissement - Expérience - Gestion des situations difficile - Goût pour le travail solitaire ou en équipe restreinte
Effets de la nuit sur le résident	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiogène (peur de tomber, de mourir seul) - Sommeil restreint : se réveillent peu de temps après le coucher - Sentiment de solitude - Ennui - Déambulation - Impossibilité pour l'équipe de nuit de répondre à toutes les sollicitations du résident, ou de manière plus tardive engendrant un stress pour le résident
Pistes de réflexion	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réaliser des réunions équipes de jour et équipes de nuit 2. Proposer des formations spécifiques au travail de nuit 3. Pourquoi disposer d'une IDE de nuit ? 4. Valoriser le rôle de l'IDE la nuit (prises de sang, perfusions, soins plus techniques, etc.) 5. Augmenter le nombre d'AS au regard du nombre d'ASHQ 6. Rôle de l'administrateur de garde : plus à l'écoute ? 7. PASA de nuit : quelle capacité d'accueil ? 8. Agents de nuit spécifiquement dédié aux unités protégées 9. Repenser l'organisation du travail de l'équipe du soir au regard des tâches à accomplir et du coucher du résident 10. Réfléchir sur le déploiement d'une équipe « intermédiaire » dont le rôle serait de coucher les résidents petit à petit ou alors de s'occuper des tâches annexes (descendre les poubelles, le chariot de linge, etc.) 11. Engager une réflexion sur l'architecture du bâtiment : lumières automatiques, musique d'ambiance ?, sécurité du bâtiment, etc.

Annexe n°8 : Tableau de synthèse des événements indésirables émis par les équipes de nuit de la Résidence R

	01 janvier au 01 février 2016	01 février au 31 décembre 2016	2017	2018
Type de risque	Nombre			
Sécurité des biens et des personnes	0	8	15	5
Total établissement	12	215	179	187
<i>Chute ou risque de chute</i>			2	
<i>Dégradation, malveillance ou vandalisme</i>		1	7	4
<i>Bris d'objet</i>		3	3	
<i>Objet trouvé</i>			1	
<i>Intrusion d'une personne extérieure au service</i>		2	2	1
<i>Animaux et insectes nuisibles</i>				
Comportements	2	60	46	36
Total établissement	13	284	270	192
<i>Trouble du comportement</i>	1	15	6	16
<i>Intrusion d'un résident dans autre chambre</i>		17	19	9
<i>Violence ou conflit physique ou verbal entres résidents</i>		2	2	2
<i>Résident se servant dans les réserves</i>		2	2	2
<i>Refus de toilette par un résident</i>		1		
<i>Locaux souillés par un résident</i>		2		1
<i>Sortie du service ou disparition</i>	1	21	17	6
Prestations hôtelières	0	2	0	1
Total établissement	1	84	75	52
<i>Gestion des stocks</i>		1		
<i>Alimentation</i>		1		
<i>Gestion du linge</i>				1
Prise en soins des résidents			2	0
Total établissement			76	81
<i>Retour d'hospitalisation / dossier manquant</i>			1	
<i>Autre :</i>			1	

Droits des usagers	0	0	0	2
Total établissement	2	11	17	21
<i>Atteinte à l'intimité</i>				1
<i>Autres</i>				1
Défaillances techniques	0	23	61	39
Total établissement	2	162	271	136
<i>Téléphone ou interphone</i>			18	9
<i>Panne électrique</i>			3	1
<i>Ascenseur</i>		2	1	3
<i>Chauffage, ventilation ou climatisation</i>		1	3	
<i>Dégât des eaux, inondation</i>		1	2	1
<i>Matériel hors-service, problème de maintenance</i>				4
<i>Gestion des déchets</i>				
<i>Portes ou digicodes</i>		11	20	6
<i>Lavabo, WC ou radiateur endommagé</i>		1		
<i>Système d'appel soignant / sonnette</i>		2	12	6
<i>Défaillance sur système de restauration ou blanchisserie</i>			1	3
<i>Problèmes informatiques</i>		5	1	2
<i>Détérioration des murs, du bâti ou des sols</i>				1
Risques professionnels	0	10	14	10
Total établissement	15	132	149	166
<i>Blessure en manutention</i>		1	2	2
<i>Chute</i>		1		
<i>Blessure par un résident</i>		1		
<i>Violence agent/résident</i>		5		7
<i>Difficultés relationnelles au travail</i>		1		1
<i>Accident par machine ou outillage</i>		1		
<i>Souffrance éthique/conflit de valeurs</i>			7	
<i>Désorganisation du travail ou absentéisme subi</i>			2	
<i>Autres :</i>			1	
TOTAL EVENEMENTS INDESIRABLES DECLARES PAR L'EQUIPE DE NUIT	2	103	138	93
TOTAL EVENEMENTS INDESIRABLES DE L'ETABLISSEMENT	45	888	1037	832

MILANDOU

Rachel

Décembre 2020

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion Philippe CROIZON 2019-2020

SECURISER LE TRAVAIL DE NUIT EN EHPAD

Résumé :

Si la nuit en EHPAD est une source d'angoisse pour les résidents, elle peut aussi l'être pour les soignants. Sentiment d'isolement, personnel en nombre restreint, absence des membres de l'encadrement, gestion des urgences et de situations complexes font de la nuit une période particulière majorant les risques psycho-sociaux rencontrés par les membres de ses équipes et augmentant leur sentiment d'insécurité. Si le rôle du Directeur est de s'assurer de la pérennité et de la qualité du service public dû à nos aînés, il lui revient également de veiller à la sécurité et au bien-être de ses équipes, et notamment de ses équipes de nuit. Entre management, stratégie financière, coopérations inter-établissements et prise en soins des résidents accueillis, ce mémoire propose aux Directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social d'aujourd'hui et de demain d'engager une réflexion sur l'évolution des missions dévolues aux équipes de nuit en EHPAD, et de s'interroger sur les bonnes pratiques à mettre en œuvre afin de sécuriser ce travail spécifique tout en garantissant aux résidents accueillis un bien-être physique, psychique et environnemental.

Mots clés :

Travail de nuit – EHPAD – Sécurisation – Ressources Humaines – Organisation du travail – Management – Amélioration de la qualité de vie au travail – Prise en soins de nuit

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.