

Université René Descartes – Paris V

Faculté Cochin – Port Royal

La nuit en EHPAD

Jean-Claude Azincourt

DIU de Médecin coordonnateur D'EHPAD

2006-2007

Professeur Anne-Sophie Rigaud

SOMMAIRE

I ENQUÊTE TELEPHONIQUE AUPRES DE ONZE EHPAD DE L'ESSONNE

II LES RYTHMES DE VIE

III LES SITUATIONS DIFFICILES

IV LA CONTINUITÉ DES SOINS

V LES SPECIFICITES DU TRAVAIL DE NUIT EN EHPAD

VI PROPOSITIONS

VII CONCLUSION

LA NUIT EN EHPAD

La nuit en EHPAD représente souvent plus que la simple moitié de la journée .Une rapide enquête auprès d'une dizaine d'établissements publics ou privés, situés dans l'Essonne, laisse apparaître une organisation similaire .A savoir, la nuit s'étend sur une amplitude de douze heures, le plus souvent de 19h30 à 7h30, généralement le personnel en fonction se compose de d'une auxiliaire de vie et d'une aide-soignante, et ce quelque soit le nombre de résidants, c'est-à-dire qu'il y en ait quarante ou cent .Ce schéma très répandu, donnerait à penser que la nuit, la mission première est la présence et puis, de faire ce que nous nommons les « changes » .L'appellation, même, de cette équipe de nuit, du terme de « veilleuses » me paraît réductrice ; bien sur elle est issue du rythme de travail en milieu hospitalier avec ses équipes dites de jour, de garde et de veille .Cependant la majorité des EHPAD , ces anciennes maisons de retraite, n'ont pas cette culture hospitalière qui a pour but essentiel la continuité des soins ; en effet c'est l'hébergement,leur culture, et longtemps la nuit y a été le domaine du veilleur de nuit comme à l'hôtel dont la fonction première était de répondre aux appels de sonnette et de téléphone .

Heureusement, le conventionnement des établissements, par la démarche qualité qu'elle nécessitait, a permis de mettre en évidence les insuffisances du service de nuit et de ce fait, d'orienter le sens professionnel de cette équipe vers la continuité des soins, en tenant compte des spécificités de ce temps particulier que représente la nuit.

En effet, en raison de la fragilité de la population accueillie dans nos établissements, les équipes de nuit sont confrontées aux mêmes missions que les équipes de jour ; assurément les évènements y sont moins nombreux, mais la prestation doit répondre aux mêmes critères de qualité dans un climat de solitude, de manque d'encadrement en temps réel, d'effectifs réduits au strict minimum ; tous ces facteurs étant générateurs de stress lors de la prise de décision. C'est pourquoi, le médecin coordonnateur se doit de porter une attention particulière à l'organisation des soins de nuit.

I ENQUÊTE TELEPHONIQUE AUPRES DE ONZE EHPAD DE L'ESSONNE

Quatre EHPAD publiques et sept EHPAD privés ont fait l'objet de cette enquête ; le questionnaire était le suivant :

- quelle est la capacité d'accueil de l'établissement ?
- l'établissement a-t-il signé une convention tripartite ?
- Y a-t-il un médecin coordonnateur dans l'établissement ?
- Y a-t-il une infirmière coordonnatrice dans l'établissement ?
- Quels sont les horaires de travail du personnel de nuit ?
- Quelle est la composition du personnel de nuit ? qualification et nombre.
- Y a-t-il une infirmière la nuit ?
- Des médicaments sont-ils distribués la nuit ?
- Y a-t-il des rondes systématiques ?
- La nuit, les changes sont-ils systématiques pour tous les résidents ?
- Utilisez-vous des changes de nuit ?
- Quels sont les horaires du dîner et du petit déjeuner ?
- Des collations sont-elles servies la nuit ?
- Comment sont organisées les urgences médicales la nuit ?
- Savez-vous si l'établissement a fait l'objet de tentative d'effraction, de vol ou d'intrusion, provenant de l'extérieur ?

- Des fugues de nuit ont-elles eu lieu ?
- Disposez-vous d'une pharmacie à usage interne ?
- Disposez-vous de protocoles spécifiques pour la nuit ?
- Avez-vous des résidents qui déambulent la nuit ?

Voici les résultats du questionnaire :

- la capacité d'accueil varie de 46 à 139 résidents, cet établissement de grande capacité inclus une unité Alzheimer de 34 places.
 - tous les établissements ont signé une convention tripartite entre 2002 et 2006.
 - sur les onze établissements, seuls huit d'entre eux emploient un médecin coordonnateur ayant un diplôme qualifiant.
 - deux établissements n'ont pas d'infirmière coordonnatrice.
 - l'équipe de nuit commence son service au plus tôt à 19 heure et au plus tard à 21 heure. Six équipes débutent entre 19 heure et 19h30, les cinq autres entre 20 heure et 21 heure .
 - l'équipe de nuit se compose d'une auxiliaire de vie et d'une aide-soignante.
- L'établissement disposant d'une unité Alzheimer a mis en place deux équipes, l'une pour l'unité spécialisée de 34 places et l'autre pour les 105 autres résidents.
- il n'y a jamais d'infirmière la nuit.
 - tous les établissements ont répondu qu'il y avait une distribution de médicaments la nuit, préparés de jour et répondant à des prescriptions et/ou protocoles.
 - l'équipe de nuit fait des rondes systématiques dans tous les établissements, à chaque fois la périodicité en est de deux heures.
 - à la question faites-vous des changes systématiques, la réponse est « oui, mais... » : selon l'état de la protection , selon le désir du résident , le change sera ou ne sera pas effectué.
 - les changes de nuit sont utilisés dans tous les établissements enquêtés.
 - le dîner commence à 18h30 dans neuf établissements, à 19 heure et à 19h30 une fois.
 - le petit déjeuner est servi entre 8 heure et 8 heure trente de façon générale.
 - l'amplitude entre le dîner et le petit déjeuner est cinq fois de l'ordre de 14 heures , et six fois comprise entre 13 et 13 heures 30 minutes.

- la collation semble être une pratique générale, dans l'un des établissements elle est systématique, deux établissements déclarent avoir une Tisanerie, enfin dans d'autres établissements la collation est une prescription médicale.
- pour les urgences médicales il est partout fait appel aux organismes d'urgences libéraux et publiques, en Essonne SOS MEDECINS et le centre 15.
- un seul établissement déclare avoir été l'objet de tentative d'effraction ou d'intrusion nocturnes.
- un seul établissement signale des fugues nocturnes.
- un seul établissement dispose d'une pharmacie à usage interne.
- sept établissements appliquent des protocoles spécifiques la nuit, quatre déclarent ne pas disposer de protocole spécifique et appliquent les protocoles de jour.
- un établissement déclare ne pas avoir de résidant déambulant la nuit.

II LES RYTHMES DE VIE

L'un des plus grands changements du mode de vie d'un nouvel arrivant en EHPAD, va être le bouleversement de ses rythmes habituels, de ses rituels familiers, de ses manies, de tout ce qui fait que, même si la journée de personnes très handicapées se résumait à manger, dormir et se laver, il n'y en a pas deux identiques.

Les mots de la nuit sont : dormir, coucher, lit, calme, et change . Cette nuit qui commence quand arrive l'équipe à 19h30. Cette équipe qui trouve que du fait des effectifs réduits, elle doit commencer à coucher tout le monde, tout de suite, sinon elle n'aura jamais fini. C'est vrai que les résidents très dépendants ne veulent pas rester le soir en salle à manger, ils sont parfois plus pressés que leur soignant d'aller faire leur toilette, et de se mettre au lit. Les résidents plus autonomes sont plus volontiers enclin à veiller devant une infusion , la télévision ou un séjour dans le jardin pendant les longues soirées d'été . Mais qu'en est-il de la population de nos établissements, dont les fonctions cognitives sont altérées au point de ne pas pouvoir exprimer leurs souhaits et leurs désirs. Et bien ils subissent le plus souvent nos bonnes intentions et nos certitudes, et c'est ici qu'un projet de vie et un projet de soins individualisés trouvent tout leur sens.

En effet , ils permettront de mettre en évidence et de reconnaître les besoins et les souhaits des résidents ,de façon à ce que l'accompagnement de nuit soit le plus personnalisé possible .Cette individualisation de la prise en charge ,rompant la monotonie ,et l'atmosphère lénifiante de la nuit,engendre de fait une prise de conscience qui débanalise les actes prodigués à ce moment si particulier de la journée où l'on pourrait se laisser aller à croire que la vie s'arrête.Ainsi le soignant remet de la cohérence dans son métier en donnant un sens particulier à tous les actes répétitifs qu'il effectuera pendant son service , ce sens c'est la conviction que ce qu'il fait est un acte volontaire ,orienté vers un plus grand confort et un plus grand bien-être du résident.Cette cohérence dans son métier vient à la rencontre de la cohérence du résident , vous savez bien , cette "cohérence" cotée A ,B ou C; alors il se passe quelque chose,lors de cet échange , qui se déroule au-delà de la communication verbale ,et cette ancienne incompréhension qui existait entre le dément et le soignant vole en éclat au profit d'une nouvelle complicité, qui fait que vous entendez des phrase du type:" il sait très bien ce qu'il fait , si un soir j'oublie de border son lit comme il l'aime , alors il secoue fortement sa barrière".Et , à ce moment ce résident devient totalement cohérent dans sa relation avec l'autre, ainsi il s'exprime, et le soignant sait que son travail est regardé ,critiqué,c'est le patient qui cette fois donne de la cohérence au travail .

Je veux souligner ici, l'importance des rituels du coucher.Ce moment du coucher est particulier pour tout le monde,moment de rupture des activités diurnes,bienvenu pour beaucoup ,angoissant pour d'autres.Nous avons presque tous des habitudes ,des rituels ,des manies , ne serait ce que la séquence des actes avant d'aller se coucher , qui suit très souvent un ordre quasi-immuable chez chaque personne; il met son pyjama avant de se brosser les dents, mais elle cela lui semble incongru , elle suit exactement l'ordre inverse;cette mère de famille qui ne peut aller se coucher si elle n'est pas allée vérifier que ses enfants dorment bien,et ce quelque soit l'heure à laquelle elle se couche, et bien qu'elle n'ait pas quitté la maison depuis qu'ils sont couchés. Tous ces rituels rassurent ,sont apaisants,et semblent annoncer que ce qui va suivre, c'est à dire le sommeil et le réveil se dérouleront avec la même logique d'ordre , de temps et de certitude.Toutes les choses sont à leur place quand je m'endors et demain je les retrouverai à leur place à mon réveil.Alors ,le rituel est bon pour le dormeur de la nuit quelqu'il soit: une lumière qui veille pendant le sommeil, s'endormir avec la radio où la télévision ,que l'on pourra peut-être éteindre plus tard dans la nuit , mais ce n'est pas sur;la sonnette d'appel dans main, ou bien le téléphone à

portée de main ,au cas où mes enfants m'appelleraient;mettre une barrière au lit , à droite pour celle-ci ,à gauche pour celle-là.La séquence des évènements qui précèdent le coucher est parfois importante ,et lorsqu'elle change ,elle fait souvent craindre au résidant dépendant que n'avez oublié telle étape importante de son rituel , en changeant la séquence , c'est l'ordre des choses que l'on modifie , ce fameux "ordre des choses".Enfin , le rituel terroriste, celui que nous mettons en place volontairement à cause des contraintes de l'institution, comme la ronde de nuit à heures fixes,le bruit de l'ascenseur qui annonce la ronde , l'heure du change; mais aussi ceux que nous mettons en place involontairement : " hier soir, Huguette était fâchée après moi ,je ne sais pas pourquoi.D'habitude quand elle vient pour me coucher, elle me parle de ses enfants et de son mari.Hier soir ,elle ne m'a pas dit trois mots".Ainsi le discours spontané d'Huguette est entré dans le rituel du coucher.Mais ce jour là , Huguette avait de gros soucis et n'avait pas le coeur à parler.Savez vous Huguette ,que beaucoup de personnes âgées sont des puits de sagesse?Savez vous Huguette que pour ces personnes âgées qui n'ont que peu de relations avec l'extérieur,vous êtes une fenêtre sur le monde?Savez vous Huguette que ces personnes âgées auxquelles vous parler de votre vie , vous considèrent souvent comme une amie, et parfois comme si vous étiez leur fille?Savez vous Huguette qu'à eux tous ils ont à peu près vécu toutes les émotions humaines possibles?Les renseignements fournis par la famille ,l'écoute et l'observation attentives ,ainsi que les échanges entre équipes permettent souvent de détecter les comportements adaptés au rituel de chaque résidant.

Les troubles du sommeil sont une cause fréquente d'entrée en EHPAD.Ils sont le plus souvent, le fait de personnes démentes, ayant une inversion du rythme nycthnéméral.Les aidants à domicile affirment souvent que les problèmes de sommeil ont influencé leur décision de placement ,souvent parce que leur propre sommeil était dérangé par l'insomnie de la personne âgée.Les modifications dues à l'âge:sommeil moins efficace,temp total de sommeil plus court,couchers et levers précoces ,réveils plus fréquents au cours de la nuit,plus de siestes diurnes;ces modifications associées à la désorientation temporelle et à l'isolement contribuent grandement à cette inversion des rythmes jour-nuit.L'institution de par son fonctionnement , son organisation et sa volonté de solliciter la personne âgée entrante , permet bien vite de rétablir le rythme nycthémérale ,tout en respectant ces modifications du sommeil liées à l'âge.Les troubles du sommeil demandent à être explorés et doivent faire l'objet d'un diagnostic précis ,autre que celui d'insomnie.Un certain nombre de pathologies sont causes d'insomnie ,un certain nombre de

handicaps physiques aussi .Mais ,il ne faut pas oublier les habitudes de vie ,antérieures à l'entrée dans l'EHPAD.Ainsi ,les travailleurs de la nuit ont souvent l'habitude de se coucher tard ,ou tôt comme ce monsieur de 86 ans qui avait une salle de cinéma qui passait des films X dans un quartier chaud de Paris et qui pendant 40 ans ne s'était jamais couché avant 5 heures du matin ,et qui s'ennuyait énormément la nuit .Ce n'était pas un cinéphile et la télévision ne l'intéressait pas.Il trouvait les nuits longues et réclamait des hypnotiques.Il dormait de 5heures à 11 heures du matin et ses journées lui convenait parfaitement en terme de vigilance et de sensation de bien-être. .En fait un peu de conversation avec le personnel de nuit , permet d'éviter la prise de somnifère.Le respect des rythmes de sommeil des résidants ,dédramatise l'insomnie , et lui ôte son statut de symptôme , pour en faire une caractéristique personnelle du mode de vie , une habitude, à prendre en compte dans l'accompagnement durant ces heures où la solitude se fait plus présente.L'évaluation du retentissement de l'insomnie sur la période diurne, permettra de moduler la réponse à la demande de sommeil et de limiter la prise de somnifère et les effets secondaires en découlant somnolence , confusion et chutes.

Parmi tous ces rythmes de la nuit ,les soins occupent une place de plus en plus importante en raison de l'âge de plus en plus avancé des résidants ,et de l'évolution des techniques médicales .Prodiguer des soins adaptés tout en sachant respecter les rythmes de sommeil , constitue un vrai challenge pour l'EHPAD.Il existe encore nombre d'établissements dans lesquels l'amplitude entre le dîner et le petit déjeuner se situe autour de 14 heures si ce n'est plus.Il est de la mission du médecin coordonnateur de sensibiliser la direction sur le risque encouru par les résidants ,du fait de ce jeûne élargi ,ce qui implique que l'on modifie le planning de travail des équipes de jour,de nuit mais aussi de la cuisine et des agents hôteliers.L'alternative étant de mettre à la disposition de l'équipe de nuit une cuisine aménagée permettant de préparer des plats chauds ,sinon de pouvoir servir des collations froides ,notamment pour certaines personnes par exemple,grands déambulants,qui ne mangent pas forcément à l'heure instituée ,et qui ont faim quelques heures plus tard , ou encore à quelques résidants coutumiers des hypoglycémies nocturnes ,ou bien encore à quelques insomniaques qui se rendorment après avoir grignoté un petit morceau.Huguette ne se plaindra plus que Mr G. lui a mangé son plateau repas.Il en est de même en ce qui concerne, la distribution des médicaments , il est très important que les soignants de nuit puissent bien décrire les phases de sommeil et de réveil des résidants afin que les prescriptions médicamenteuses perturbent le moins possible les rythmes , à savoir

que les somnifères ne soient pas donner systématiquement à tout le monde à la même heure ,c'est à dire souvent trop tôt , de telle sorte qu'ils puissent vivre la soirée dont ils ont envie ; à l'inverse ne pas les donner trop tard au risque d'un réveil nocturne accompagné d'une demande" du cachet pour dormir" dont les effets se prolongeraient sur la journée avec les conséquences que l'on peut imaginer. Il convient aussi de bien informer l'équipe sur la régularité des prises d'antalgiques et leur durée d'action d'une part afin de bien contrôler la douleur et du même coup d'induire un sommeil réparateur ,dont on connaît l'importance et la nécessité chez les patients algiques. Parmi les soins qui risquent de perturber le rythme de sommeil ,les changements de posture des personnes alitées afin de prévenir les complications du décubitus prolongé, je pense principalement aux escarres ,longs et difficiles à traiter et aux rétractions qui vont rendre toutes les manipulations douloureuses pour le résidant et difficiles à exécuter pour les soignants en mobilisant plus de personnel et plus de temps. On peut donc constater que les "veilleuses" comme elles sont fréquemment appelées assurent bien la continuité des soins, et ont une mission de prévention tant sur le plan physique que sur le plan psychique. De par la qualité de leur prestation , la qualité de vie du résidant s'en trouvera améliorée d'une part sur le plan du confort physique et d'autre part sur le plan humain, ce qui se manifeste par la prise en considération de son individualité dans le groupe symbiotique que représentent les soignants et les soignés. Il s'ensuit le développement d'un sentiment d'appartenance à un groupe ,facteur déterminant pour une bonne intégration du résidant dans son nouveau lieu de vie.

Une bonne partie de la nuit est consacrée aux changes des protections. Quels résidants sont concernés par ces soins? Nous pourrions rapidement répondre que cela concerne uniquement les personnes incontinentes, hélas, non. Un nombre non négligeable de résidants portent des protections la nuit ,et pour de multiples raisons. Certains ont peur de souiller leur lit ,et considérerait cela comme une déchéance; d'autre ont peur de se lever la nuit , d'autres encore ne veulent pas déranger le personnel la nuit, enfin certaines protections sont mises en place de façon autoritaire par ce même personnel ,qui trouve que telle personne est trop demandeuse, soit parce qu'il se sent déborder par la charge de travail, soit encore parce qu'il y a une épidémie de gastro-entérite. Le risque encouru par le port abusif de protection, c'est d'entraîner une perte du réflexe sphinctérien et de rendre incontinents des personnes qui ne l'étaient pas. Là aussi doit s'exercer la vigilance du médecin coordonnateur; là aussi le port des protections , leurs natures et leurs changes doivent être personnalisés. Pour certaines personnes le port de protections est ressenti

comme une déchéance, comme infantilisant (d'ailleurs on entend encore très souvent le terme de couches) et aussi comme une atteinte à la pudeur. Comment respecter le rythme du sommeil le plus possible, en utilisant les produits les mieux adaptés aussi bien en ce qui concerne la taille de la protection que sa nature et sa capacité d'absorption. Une taille adaptée permet d'éviter les fuites qui risquent de survenir aussi bien parce que la protection est trop grande que parce qu'elle est trop petite et se détache. Dans les deux cas le lit souillé est source d'inconfort et vient altérer le sommeil. Il s'agit aussi de veiller à la qualité des produits qui composent la protection et qui peuvent être susceptibles de générer des irritations et des allergies, auxquels cas il ne faut pas hésiter à faire appel à un autre produit. Enfin les fabricants proposent des produits spécifiques pour la nuit, plus absorbants, censés pour certains absorber deux à trois mictions nocturnes avant d'être changés. Ces produits doivent être utilisés bien sur en priorité afin de préserver la qualité du sommeil, les rythmes et la tranquillité des résidents à condition toutefois d'une part qu'ils n'entraînent pas de lésion cutanée de macération chez les personnes ayant la peau fragile, et d'autre part qu'ils ne génèrent pas un défaut de surveillance, du fait qu'ils nécessitent moins de présence auprès de la personne.

Enfin, je le souligne mais cela me semble être une évidence, on essaiera de grouper au même moment différentes interventions compatibles comme donner une collation avec les médicaments, on en profitera pour changer la posture, et ce dans le but de perturber le moins possible le sommeil du résident.

III LES SITUATIONS DIFFICILES

Tout le monde ne dort pas, la nuit. Tout ne s'arrête pas la nuit, nous savons bien, nous les médecins que les pathologies sont toujours là, bien présentes, avec leur cortège de symptômes, certains un peu plus quiescents du fait de la baisse de vigilance, d'autres, au contraire, que la nuit exacerbe.

Prenons la douleur par exemple, pour ce qui est des douleurs mécaniques, elles ont tendance à s'amender avec le décubitus et la mise en décharge des articulations. Mais les douleurs d'origine inflammatoire et les douleurs de désafférentation vont souvent apparaître, ou s'intensifier la nuit. C'est au personnel de l'équipe de nuit d'apporter une réponse à la demande de soulagement qui émane du résident. Lorsque nous sommes face à une douleur chronique, le

protocole de soins prescrit par le médecin traitant ,permettra d'apporter une réponse adaptée à la situation ; c'est-à-dire soulager le patient et accompagner le soignant interpellé au plus profond de son humanité,par ce cri de souffrance.Lorsque la douleur apparaît sans être attendue,cette douleur aigue qui surgit de je ne sais où,à trois heure du matin.Alors, si je connais l'histoire de ce résidant,si le résidant lui-même connaît cette douleur,il va s'élaborer une discussion,une concertation afin d'en évaluer les caractères et de décider de l'attitude la plus appropriée .En sachant que la consigne est d'appeler le médecin de garde,pour tout symptôme survenant la nuit.Un aspect de la douleur difficile à gérer en EHPAD,concerne l'adaptation posologique des antalgiques ,notamment des morphiniques, lors de l'initiation du traitement.Cette prise en charge implique que le personnel de nuit soit formé à l'utilisation des échelles d'évaluation de la douleur type EVA ou ECPA.L'hospitalisation est parfois préférable,afin d'équilibrer le traitement antalgique, en raison de l'insuffisance de personnel qualifié la nuit.

L'anxiété fait aussi partie des évènements qui se manifestent la nuit, de façon souvent plus pressante que le jour.Reconnaître l'anxiété, est parfois difficile, en raison du polymorphisme de ses manifestations qui peuvent se situer dans le registre des plaintes organiques fonctionnelles,ou bien dans des comportements de demandes réitérées d'assurance,ou encore par la verbalisation de craintes diverses fondées ou non, enfin chez le résidant dément l'apparition de troubles du comportement signant un envahissement psychique par une tension trop forte.Encore une fois ,une bonne connaissance des résidants , de leurs projets de soins et des évènements de leurs vies permet d'appréhender avec plus de sérénité ces manifestations nocturnes ;la connaissance et l'appropriation de ces phénomènes créent une empathie avec le résidant,ce qui favorise l'écoute , renforce le lien,et permet souvent d'apaiser ces angoisses qui se réactivent la nuit.D'où l'importance des échanges d'informations entre la famille et les équipes soignantes, ainsi qu'entre les équipes de jour et de nuit.

Avec la douleur et l'anxiété, l'insomnie fait son apparition.Cependant l'insomnie,au-delà des habitudes de vie est un symptôme et nécessite un diagnostic.La dépression est fréquemment mise en cause , mais la toux,la dyspnée d'origine cardiaque ou respiratoire, la nycturie sont également sur la liste.Enfin ,il ne faut pas oublier les insomnies iatrogènes occasionnées par exemple par les diurétiques,les sympathomimétiques,certains vasodilatateurs, ni les cauchemars induits par certains antidépresseurs,antiparkinsoniens et autres bêtabloquants.Bien sur le stress,le deuil,l'isolement social,les changements survenus dans le

mode de vie, et éventuellement un environnement nocturne perturbant comme on peut parfois l'observer en milieu institutionnel peuvent entraîner un sommeil de mauvaise qualité. Toutes les insomnies nécessitent donc une évaluation précise, afin de mettre en place les mesures adéquates, mais surtout de ne pas traiter systématiquement tous les troubles du sommeil par des hypnotiques. Une fois ces traitements institués, ils ont tendance à se pérenniser comme si l'insomnie était une maladie chronique dont on ne peut jamais se défaire.

La déambulation des résidents désorientés pose de multiples problèmes, l'un d'eux a été évoqué précédemment, à savoir la perturbation de la quiétude des lieux soit en raison du bruit occasionné soit en raison d'intrusion intempestive dans la chambre d'autres résidents, parfois à la recherche d'un lit pour se coucher. Mais, c'est plutôt la sécurité des résidents déambulants qui me semble être mise en cause, en effet lorsque lors de la ronde, on trouve la chambre vide, il s'ensuit une recherche dans tout le service et éventuellement dans tout l'établissement si les services communiquent facilement les uns avec les autres. Plus la recherche dure et plus se profile l'éventualité d'une fugue, avec tous les risques d'accidents que comportent ces escapades. Il est très étonnant de constater que ces résidents fugueurs sont souvent toujours les mêmes et font preuve de beaucoup d'ingéniosité pour arriver à se retrouver dehors en dépit des systèmes de sécurité à clef ou à code comme on en voit de plus en plus souvent. Généralement, ces résidents à risque sont connus et surveillés de près ; ce sont plutôt les nouveaux arrivants qui surprennent tout le monde par leur savoir-faire en matière de fugue. D'après mon expérience et d'après l'enquête, les fugues de nuit sont extrêmement rares, un seul établissement déclare avoir connu ce genre d'évènement. Cela est certainement dû au fait que la nuit, les établissements sont fermés à clef, d'autre part il y a beaucoup moins de mouvements d'entrée et de sortie, enfin je pense que l'obscurité relative qui règne dans les couloirs limite notablement le périmètre de déambulation et ce d'autant plus que l'acuité visuelle de nos résidents est souvent diminuée. Un certain nombre d'aménagements de l'environnement permettent de circonscrire dans des limites définies la déambulation en jouant sur l'éclairage, sur les couleurs et sur des signaux au sol déclenchant une forme d'appréhension à franchir ces dits signaux. L'autre risque majeur de la déambulation c'est la chute.

Les chutes sont une des causes les plus fréquentes d'entrée en EHPAD. Le parcours classique se compose de chutes à répétition au domicile, ce qui conduit les aidants à orienter la personne âgée aux urgences de l'hôpital de secteur, là une hospitalisation pour bilan de la chute

est programmée, de là s'ensuit une hospitalisation en SSR, et souvent le maintien à domicile n'est plus possible, alors la famille se met en quête de trouver une place dans un EHPAD. La déambulation nocturne, les levers pour aller uriner, l'obscurité relative, les troubles du comportement liés à la désorientation temporo-spatiale et l'hypotension orthostatique sont les grands pourvoyeurs de chutes nocturnes. L'évaluation des conséquences de ces chutes est laissée à l'appréciation de l'équipe de nuit, qui évalue seule la douleur et l'impotence générées par ces chutes. C'est pourquoi il est important qu'il existe un protocole de chute débouchant sur un constat de chute nécessitant l'examen obligatoire par un médecin. Ceci me semble indispensable compte tenu de l'abaissement du seuil douloureux chez nombre de personnes âgées. De plus, ces constats circonstanciés permettent de mettre en avant les facteurs répétitifs et favorisant des chutes et leur analyse guidera les mesures à prendre afin d'y remédier.

Sous le vocable de troubles du comportement, sont regroupées nombre de situations différentes et difficiles à gérer. J'énumérerai simplement :

- les comportements agressifs
- les injures
- l'agitation sans agressivité
- le refus de soins, en particulier ceux des actes de la vie courante
- les comportements asociaux
- la déambulation sans but et sans cesse
- la mise en danger de soi-même ou d'autrui
- l'inversion du rythme nyctéméral
- les accusations verbales
- les comportements sexuels à type d'exhibition ou de menace

Ces troubles doivent bien sûr faire l'objet d'un diagnostic. Ils peuvent être le symptôme d'un tableau psychiatrique, être induits par des médicaments, être la conséquence d'une pathologie organique douloureuse, anxigène ou en tout cas génératrice d'un mal-être, ou encore ces troubles peuvent être induits par les relations avec la famille ou les soignants. C'est pourquoi le médecin devra évaluer ces troubles afin d'en définir le retentissement tant sur l'établissement, que sur les soignants, et sur leur capacité à le prendre en charge. Lorsqu'un diagnostic psychiatrique sera posé, un traitement médicamenteux sera mis en place avec de grandes chances d'amélioration des symptômes. Si des facteurs déclenchants sont mis en évidence, on tentera de les faire

disparaître s'ils sont d'ordre organique, sinon on essaiera d'aborder les troubles par le versant psychologique pour tenter de dénouer la complexité de la relation avec l'environnement. L'intérêt de la présence de psychologue, psychomotricienne, ergothérapeute, kinésithérapeute et musicothérapeute dans l'établissement, est, d'essayer de mettre en place une communication non verbale avec les résidents déments, afin de permettre à ces derniers, de développer un mode d'expression capable de les inscrire dans une relation apaisée vis-à-vis de leur environnement tant social que matériel. Ces prises en charge personnalisées, sont de véritables outils thérapeutiques que le personnel soignant peut mettre en œuvre, en les adaptant aux spécificités du travail de nuit, avec l'aide du ou des professionnels concernés. En effet, nous savons que les traitements médicamenteux ont peu d'efficacité et des effets nettement plus délétères chez les déments que chez les autres patients, notamment les antipsychotiques. La nuit, la gestion des troubles du comportement a pour objet de maintenir le calme dans l'établissement, de veiller au bon déroulement du sommeil des autres résidents, et d'apaiser le résident au comportement perturbé. Parfois l'hospitalisation d'urgence s'impose; elle est le plus souvent déclenchée en raison d'une agressivité difficile à juguler.

Le recours à la contention s'inscrit dans l'arsenal thérapeutique au même titre que n'importe quel autre traitement. Il faut en poser les indications précises : déambulation à fort risque de chutes ; épuisement lié à une déambulation incessante ; risque de chute du fauteuil ou du lit. Il convient également de déterminer son mode d'administration : au fauteuil, au lit, par ceinture abdominale, par harnais ou par barrières de lit. La posologie de cette contention consiste à déterminer le temps nécessaire et utile à l'objectif envisagé. Enfin la durée limitée de la prescription, permet de réévaluer régulièrement son utilité, sa nécessité et de surveiller les conséquences néfastes pouvant en découler, à savoir amyotrophie, détérioration cutanée des points d'appui, apparition de troubles de l'équilibre et majoration des risques de chute. La nuit la contention fait essentiellement appel à la mise en place des barrières de lit. Pour les résidents très agiles, l'utilisation de lits électriques qui descendent très bas, et la disposition de matelas autour du lit, permettent de prévenir les traumatismes occasionnés par les escalades de barrières. Il n'y a pas si longtemps, les barrières de lit étaient des accessoires optionnels, aujourd'hui les lits sont tous équipés de barrières, et il est fréquent de constater qu'une partie du personnel remonte systématiquement les barrières, comme elle ferme la porte en quittant la chambre. Se former,

c'est donner du sens à son travail , se responsabiliser dans sa démarche en favorisant le questionnement sur ses actes et rompre une routine lénifiante et abrutissante.

Une formation particulière et qui ne s'adresse qu'au personnel acceptant de la suivre, concerne la prise en charge de la fin de vie et du décès .Faut-il imposer cette formation à toute l'équipe soignante ? Une fois que la décision d'arrêter les soins curatifs a été prise, alors c'est la poursuite et la recherche des soins de confort les plus adaptés qui sont au premier plan.Leur mise en œuvre nécessite une attention et une vigilance particulières, destinées à une adaptation des soins au plus près des besoins du résidant dans son agonie.L'EHPAD, lieu de vie et lieu de mort.Oui,si le projet de soins inclus l'accompagnement de fin de vie.Mais ,ces situations se présentent-elles de façon aussi binaire ?Ce résidant qui a vécu deux ,trois ou quatre années dans ces lieux,qui s'y sent rassuré ;ce résidant hospitalisé,pour lequel ,une décision d'abstention thérapeutique a été prise en accord avec la famille, et une demande de retour à domicile c'est-à-dire dans l'EHPAD est formulée ; ce résidant, va t-on l'adresser à un centre de soins palliatifs,dans le cas où une place serait disponible ?Aurons nous le courage de refuser son retour dans l'institution,aurons nous le courage d'envoyer mourir ailleurs quelqu'un qui dit se sentir bien dans l'établissement et qui sait sa fin proche ?Saurons nous dire ,non, à une famille qui nous demande d'accompagner jusqu'au bout son parent agonisant ?C'est à ce moment qu'il convient de faire le point sur ce que nous savons et pouvons faire ;de se concerter avec les équipes sur nos capacités techniques, humaines et morales ,sur notre volonté d'assurer cet accompagnement ; de se concerter avec les familles sur le mode opératoire de la prise en charge que nous sommes capables de mettre en place.Souvent l'équipe de nuit sera mise devant le fait accompli d'un travail long et délicat effectuer principalement de jour,son information et sa participation ne seront abordés qu'au cours des transmissions entre « le jour et la nuit ».L'appui du professionnel qu'est le psychologue,auprès des familles et des équipes soignantes,est un véritable étayage pour traverser ce moment toujours éprouvant pour toute l'institution y compris les autres résidants.La nuit, la solitude de l'équipe rend la prise en charge plus lourde car plus angoissante.L'issue fatale, bien que redoutée, est souvent libératrice des tensions ,lorsque l'on a le sentiment que l'accompagnement a été de bonne qualité et que l'on a accompli sa tâche avec dignité.C'est pourquoi, la formation me semble indispensable,mais aussi que l'existence de protocoles autour du décès existent.Ces derniers permettent d'une part d'assurer que la réglementation en vigueur est appliquée et respectée et d'autre part de clore cet accompagnement

en respectant les dernières volontés du défunt ,tant sur le plan de ses convictions qu'elles soient spirituelles, politiques ou sociales,mais aussi vis-à-vis de sa famille et de l'organisation de ses prochaines funérailles :cela concerne aussi le choix de l'entrepreneur, des habits mortuaires, mais aussi des personnes à prévenir ,à quel moment ,de jour ou de nuit.Toutes ces informations doivent avoir été collectées du vivant du résidant,afin que ces moments douloureux ne soient pas aggravés par un désarroi supplémentaire occasionné par des impairs ou des maladresses.Car les décès qui surviennent la nuit, mettent en présence des personnes qui ne se connaissent que très peu ,voire pas du tout.

IV LA CONTINUITÉ DES SOINS

La coordination des soins entre équipe de nuit et équipe de jour est le pivot de la continuité des soins.Elle implique une communication de qualité et une vision globale du résidant dans sa totalité.Les actions initiées de jour ou de nuit doivent se poursuivre et se maintenir dans le temps en trouvant un relais dans l'équipe suivante.L'absence d'infirmière la nuit limitera considérablement les actes infirmiers de nuit ,entraînant souvent des hospitalisations en raison de cette rupture des soins de cette catégorie.Par contre les soins d'accompagnement des actes de la vie courante, prodigués par les auxiliaires de vie et les aides-soignantes,ne connaissent pas cette rupture.Cependant les soins de nuit doivent tenir compte de l'effectif réduit de l'équipe de nuit,et c'est ici que l'infirmière coordonnatrice joue un rôle clef.En planifiant de façon réaliste le poste de travail du personnel de nuit et en adaptant les actions de la nuit à la charge de travail supportée.

Cette coordination des soins ne saurait se faire sans une transmission efficace, et c'est la qualité de ses outils qui en sera le garant.Tout d'abord, il s'agit d'organiser les horaires des deux équipes de telle sorte qu'elles puissent se rencontrer pendant un temps suffisant pour échanger des informations verbales ,et se questionner mutuellement sur des évènements survenus en leur absence.Qu'elles puissent également s'informer sur la vie ,la famille et les habitudes des résidants.Qu'elles puissent se donner également des informations qui n'ont pas forcément lieu de figurer dans le dossier du résidant,mais dont la connaissance permet de l'aborder avec plus de confiance,voire même d'estime.Toujours dans l'organisation du temps,arriver à dégager le temps nécessaire pour que l'équipe de nuit participe au réunion de synthèse.Enfin,les supports écrits

que constituent les dossiers de soins sont le plus souvent tenus par les infirmières de jour, et constituent en cela une pièce maîtresse autour de laquelle les transmissions prennent forme, en gardant la trace des événements et de la réponse apportée. Certaines aides-soignantes de nuit ont du mal à écrire dans le dossier de soins, il est cependant indispensable qu'elles arrivent à se l'approprier. En effet, au cours de la nuit elles sont les témoins de nombreux symptômes, les plus divers, qui permettent souvent d'orienter ou de rectifier un diagnostic. Elles n'ont pas été formées à l'observation et au recueil de données, et souvent seuls l'expérience et le bon sens sont leurs outils, pour cette nouvelle mission. Alternative moderne, le dossier de soins informatisé, séduit de plus en plus, s'il est assez convivial, une fois dépassée la période de prise en main, la saisie des informations récentes ne devrait pas poser de problème si l'utilisation du clavier n'oblige pas à taper du texte, mais se réduit à changer de page ou à valider des opérations.

Le projet de vie individualisé des résidents sert également à la continuité des soins, il est un outil important, qui rend chaque membre du personnel de l'EHPAD acteur de la vie du résident. Les objectifs définis avec le résident, sa famille et les équipes soignantes nous missionnent vers un but qui vise essentiellement à maintenir une qualité de vie, ou à l'améliorer lorsque celle-ci n'était plus acceptable dans le cadre de vie antérieure. Le rôle attribué à l'équipe de nuit est essentiellement d'assurer les actes de la vie quotidienne nocturne et de garantir la sécurité physique du résident par sa présence et son assistance en cas d'accident. Ainsi l'équipe de nuit, bien que ses missions soient différentes, s'inscrit dans la même dynamique que l'équipe de jour, tend vers le même but et assure la continuité des soins en adhérent à ce projet.

L'équipe de nuit me paraît être le parent pauvre dans les projets d'établissement. Le projet de vie et le projet de soin évoquent largement les activités et mode d'emploi du jour. Que veut l'établissement pour la nuit ? La sécurité bien sûr, en premier lieu, l'assistance en second lieu, enfin assurer la continuité d'une certaine forme de soins, mais pas des soins infirmiers. Le projet d'établissement veut-il, une vie la nuit, au plus proche des habitudes des résidents ? Si oui, ce n'est pas flagrant, car si on ne regarde pas la télé ou si on ne lit pas, alors il ne reste plus qu'à aller se coucher. Quel accompagnement pour la nuit ? Quelle est la disponibilité du personnel présent pour d'autres missions que celles déclinées ci-dessus ? La nuit est donc le royaume du sommeil, même dans les EHPAD... Il ne s'y passe rien, car tout le monde y dort d'un sommeil réparateur, en dépit de l'âge avancé des résidents porteurs de polyopathologies peu invalidantes et bien tolérées. Il semblerait que la nuit tout se passe pour le mieux dans le meilleur des mondes.

V LES SPECIFICITES DU TRAVAIL DE NUIT EN EHPAD

Mais que font de leur nuit, l'auxiliaire de vie et l'aide-soignante. Dès leur arrivée, elles reçoivent les transmissions des infirmières, puis elles ferment les portes de l'établissement, elles vérifient que tous les résidants sont présents, elles font leurs rondes, elles effectuent les changes, elles répondent au téléphone des familles, de l'hôpital qui signale le retour des urgences d'un résidant, elles répondent aux appels des résidants, elles passent un instant avec celui-ci qui est angoissé ce soir, elle cherche celle-là qui a l'habitude de déambuler, elles appellent le service des urgences médicales, et pendant que l'une est au chevet du malade, l'autre attend les secours à la porte pour les piloter à l'intérieur de l'EHPAD. Il faut aller chercher la clef de l'armoire des dossiers médicaux ou de la pharmacie. Il faut prévenir la famille du départ de son parent pour l'hôpital et elle n'a pas forcément bien compris ce qu'a dit le docteur ; Enfin il faut doucher celui qui a la diarrhée, d'ailleurs ne pas oublier de le signaler dans les transmissions, pourvu que l'ascenseur ne tombe pas en panne et tout ce que l'on peut imaginer... Ce que je voulais souligner par cette énumération, c'est la polyvalence de l'équipe de nuit. En effet, de nuit cette équipe représente à elle seule, toute l'institution, elle est l'administration, le gardien de nuit, l'homme d'entretien, l'infirmière, le psychologue, le cuisinier, le service hôtelier, et tout cela en plus de sa qualification d'auxiliaire de vie ou d'aide-soignante.

Le fait de ne pas pouvoir s'adresser en temps réel au professionnel qualifié qui détient la réponse crée un sentiment d'isolement. Ce sentiment est renforcé par la nuit et son atmosphère de silence, par l'effectif réduit, j'irai même jusqu'à dire un sentiment d'abandon. Ce terme un peu fort, peut être remplacé par celui d'exclusion. L'EHPAD refermé sur lui-même, fermé à clef. Les résidants et le reste du personnel en train de dormir ; y-at-il seulement quelqu'un qui sait que l'équipe est là, seule confrontée à des situations qui ne sont pas forcément de sa compétence. Sentiment d'exclusion renforcé, par le peu de contact avec l'équipe de jour, le peu de contact avec les familles, le peu d'informations qui arrivent à passer. Exclue du monde extérieur, parfois désemparée par des événements imprévisibles, l'équipe se trouve être la proie d'un sentiment d'insécurité. Paradoxal, pour une équipe dont une des missions est d'assurer la sécurité de l'établissement. Je pense à cette équipe de nuit qui refusait d'ouvrir les fenêtres

pendant la canicule ,d'une part de peur d'une intrusion et d'autre part de crainte qu'un dément ne se défenestre.

Ces sentiments d'isolement,d'exclusion et d'insécurité viennent majorer la pénibilité de ce travail de nuit.Et la fatigue étant souvent présente,le risque de maltraitance grandit,en raison d'une moins grande disponibilité à l'écoute,voire même d'une irritabilité liée à un syndrome de surmenage.L'épuisement menace toutes les équipes de nuit,entraînant des arrêts de travail.Du coup,la qualité du travail en pâtit car le personnel de remplacement est moins habitué au fonctionnement de l'établissement et connaît moins bien les résidants.Ces conditions de travail,qui sont tout au plus soutenues par des protocoles et des numéros de téléphone ,dans un environnement dénué d'encadrement en temps réel,montrent toute la solitude des équipes de nuit dans la prise de décision et l'exercice de la responsabilité.On imagine très bien les difficultés auxquelles peuvent être confrontées ces équipes devant des symptômes médicaux aigus ;l'impossibilité de contrôler des paramètres vitaux, en dehors de la prise de la température,voudrait qu'il soit systématiquement fait appel au service d'urgence médicale.Ce qui veut dire que la nuit en EHPAD ,on fait la même médecine qu'à la maison et que c'est en mère de famille qu'on évalue le degré de gravité des symptômes qui se manifestent.Alors ces EHPAD,dits ,médicalisés, ne le sont-ils qu'à mi-temps ?Les conditions requises sont-elles suffisantes pour engager sa responsabilité ?L'équipe de nuit peut-elle légitimement engager sa responsabilité lors d'interventions qui ne relèvent pas de sa compétence,car ne disposant pas des outils , ni de la qualification nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic, ne serait-ce qu'infirmier ?Et pourtant, cette équipe doit porter assistance et soins aux personnes confiées à sa surveillance.On peut ainsi imaginer l'ampleur de ces sentiments d'isolement et de solitude qui peuvent faire irruption ,et fragiliser le travail de ces équipes de nuit.C'est pourquoi,il est important de rompre cet isolement ,d'arriver à apporter au cœur de la nuit une assistance technique,psychologique,et humaine,afin d'éviter les situations d'épuisement génératrices d'erreurs,de maladresses, et de maltraitements parfois.Un encadrement présent ,sur lequel l'équipe peut s'appuyer lors des situations difficiles,un accompagnement des autres acteurs du soin dans l'établissement,les rencontres avec les équipes de jour qui ont une relation différente avec les résidants ,pour partager cette connaissance qui échappe à l'équipe de nuit,permettent d'atténuer ,et même de faire disparaître ce sentiment d'exclusion.

VI PROPOSITIONS

Il est facile de faire des propositions, plus difficile de les mettre en place. La vocation hôtelière des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, traîne encore derrière elle quelques mauvaises habitudes et comportements toujours bien ancrés dans les esprits. Les autorités de tutelle en instituant un ratio minimum de personnel par résidant, ne semblent pas s'être inquiétées de l'organisation du travail de nuit. En laissant au projet d'établissement toute latitude, pour cette organisation, elles paraissent adhérer à cette idée que l'équipe de nuit effectue une sorte de permanence dont la seule fonction serait la présence dans l'établissement. Pour un ratio de 0.3, on se retrouve la nuit avec 2 soignants pour cent résidants.

La première idée qui vient à l'esprit est de se dire qu'il est souhaitable d'augmenter les effectifs de l'équipe de nuit. Mais qui, allons-nous inviter à se joindre à cette équipe. Il est évident que même si tous les incidents du jour peuvent se produire la nuit, leur fréquence est éminemment moindre. D'autre part sur le plan budgétaire, il est impensable d'avoir autant de personnel la nuit que le jour. Enfin, on peut se dire qu'il s'en suivrait des nuisances sonores peu propices à l'endormissement et à un sommeil de qualité.

- La première proposition consiste à intégrer les veilleuses de nuit à une équipe de jour. A raison de deux fois par mois, par exemple, elles viendraient travailler avec leurs collègues de jour. Elles se trouveraient ainsi en contact plus prolongé avec leur encadrement, et pourraient de la sorte évaluer leurs pratiques professionnelles, se remettre à niveau en ce qui concerne les procédures, les appliquer dans un climat de confiance, en se sachant aider. Cela leur permettrait également de voir les résidants sous un autre jour, d'observer leur comportement, de rencontrer leur famille, et de participer aux réunions de synthèse. L'objectif de cette façon de faire est de matérialiser concrètement l'appartenance à l'équipe de soins, de prendre conscience du travail entrepris le jour et de l'importance du relais pris par l'équipe de nuit dans la continuité des soins; mais aussi de l'importance des observations qu'elles récoltent la nuit pour une bonne prise en charge du résidant. Enfin, on peut envisager qu'au contact des infirmières, elles acquièrent une assurance technique lors de l'évaluation des divers symptômes auxquels elles sont confrontées. La relation développée pendant ces stages de jour atténuerait l'intensité des sentiments d'exclusion et de solitude, ne serait-ce que par la programmation régulière de ces stages de jour.

- Une deuxième proposition, consisterait à compléter l'équipe de nuit d'un membre de l'équipe de jour, qui apporterait soutien et information, en faisant le lien avec le reste de l'équipe soignante. Souvent les effectifs ne permettent pas d'envisager une telle solution. Cependant, on peut aussi proposer que tous les membres du personnel de jour viennent régulièrement passer tout ou seulement une partie de la nuit. Le bénéfice en serait tout autant pour l'équipe que pour les résidents. L'animatrice en profiterait pour organiser des veillées, le psychologue apporterait son aide à l'équipe et pourrait éclairer certains comportements des résidents, la psychomotricienne donnerait quelques clés pour entrer en contact avec certains résidents, l'infirmière apporterait quant à elle son savoir technique et une aide aux soins, l'infirmière coordonnatrice leur permettrait de prendre conscience de l'importance de ce travail de nuit, et le cuisinier aurait le temps de discuter avec les résidents, de les entendre et de concocter avec eux quelques menus sortant de l'ordinaire. L'avantage de cette proposition est de désenclaver la nuit, de la réintégrer au même titre que le jour dans le projet de vie du résident, de rapprocher l'équipe de nuit de ce projet de vie et de lui faire prendre conscience qu'elle y joue un rôle aussi déterminant que l'équipe de jour. La situation engendrée par cette proposition, aura comme conséquence immédiate de rompre la monotonie, le sentiment d'exclusion et d'insécurité.

- La troisième proposition plus classique consiste à compléter l'équipe de nuit d'une infirmière. Cette configuration est très rare en EHPAD car les soins infirmiers ne sont pas nombreux la nuit. Son avantage réside dans le fait que la présence d'une infirmière rassure l'équipe, d'autre part elle permet d'éviter un certain nombre d'hospitalisations, par exemple celles occasionnées par la surveillance d'une perfusion intraveineuse, et d'assurer la gestion des urgences par un professionnel apte à déterminer le degré de gravité des symptômes et la nécessité de faire appel au service d'urgence médicale. Là encore, la pression psychologique endurée par l'équipe de nuit se relâchera du fait que les responsabilités seront partagées et prises par un personnel qualifié.

VII CONCLUSION

L'EHPAD n'a pas pour vocation de se transformer en alternative à l'hôpital. Sa mission première est bien l'hébergement au long cours. Cependant, force est de constater que l'âge d'entrée en EHPAD est de plus en plus élevé, que du même coup l'état de dépendance est

également de plus en plus grand et les polyopathologies de plus en plus lourdes du fait de leur ancienneté. La médicalisation des établissements d'hébergement, a permis d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la population vieillissante, et de prendre le relais de la prise en charge à domicile, dont l'offre s'est considérablement améliorée tant quantitativement que qualitativement.

L'organisation du travail de nuit est identique dans tous les établissements enquêtés, et réduite à sa plus simple expression. Les EHPAD ont des projets de vie, que l'on pourrait qualifier de différents les uns des autres, d'originaux. Mais ces différences, ces originalités, ces bonnes idées, paraissent ne s'exprimer que le jour. La nuit tous les EHPAD sont gris. Ce qui amène à penser que dans le projet de vie des établissements, la nuit n'a peut-être pas le même intérêt et la même valeur que le jour. Le jour, on vit, on reçoit les souffrances, les difficultés, les questions, les angoisses, la nuit c'est fait pour dormir, alors on dort, on s'endort peut-être sur le projet de vie de l'établissement.

Il est de la responsabilité du médecin coordonnateur, d'analyser ce qui se passe la nuit dans l'EHPAD, de relever les situations à risque, les insuffisances de soins, les manques de qualification à l'endroit de certaines prises en charge inscrites dans le projet de soins et qui n'existent plus la nuit. C'est au médecin coordonnateur qu'il appartient de pointer ces dysfonctionnements et de sensibiliser la direction de l'établissement.

L'équipe de nuit a reçu la formation incendie, elle maîtrise les protocoles d'urgence, mais a-t-elle reçu une formation à l'accompagnement de fin de vie, une formation sur la maladie d'Alzheimer, sur la prise en charge des troubles du comportement, et si oui, dispose-t-elle du temps nécessaire pour les mettre en application ?

S'engager dans cette voie de formation, de qualification et d'accompagnement c'est la reconnaissance que la population que nous accueillons a des besoins et des désirs spécifiques. La reconnaissance du travail de nuit, c'est dire aux résidents et à leurs familles, que la nuit les projets d'établissement continuent à vivre et ne s'endorment pas.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- L'ANNEE GERONTOLOGIQUE. VOLUME 12, 1998 .Ed SERDI
- 2- DICTIONNAIRE DU PATIENT ALZHEIMER ET DE SA FAMILLE.Auteurs :
C.HAZIF-THOMAS, PH. THOMAS Ed NOVARTIS
- 3- ITINERAIRES, Dépistage et traitement des pathologies du vieillissement .EDITIONS
SCIENTIFIQUES LEHMANN COUTURIER.
- 4- MOURIR ACCOMPAGNE .RENEE SEBAG-LANOE. Ed DESCLEE DE BROUWER
- 5- SYLLABUS GERIATRIQUE.DOCTEUR MICHEL ALLARD.PROFESSEUR
BERNARD FORETTE .Ed ALLARD/IPSEN 1998
- 6- UNITES DE SOINS ALZHEIMER. 3^{ème} CONGRES NATIONAL 2004 .Ed SERDI

