

MEMOIRE

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
INFIRMIER REFERENT EN EHPAD ET SSIAD

TITRE :

PRESENCE D'UNE INFIRMIERE DE NUIT AU SEIN DES EHPAD DE GUADELOUPE :
INTERET DE LA MUTUALISATION

Présenté et soutenu publiquement à la Faculté de Médecine Cochin-Port Royal

Par

Mme CYSIQUE-MOLIA Maryse

Directeur de mémoire

Docteur SEYMOUR Ménard

REMERCIEMENTS :

Je remercie les formateurs du DIU pour leur accompagnement et leur disponibilité.

Je remercie l'EHPAD SOLEYAN NOU de Port-Louis de m'avoir accueillie et permis d'effectuer mon stage dans une bonne ambiance.

Je remercie mon directeur de mémoire pour son écoute et sa patience.

Je remercie mon époux et mes enfants pour leurs encouragements et leur soutien.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
PRESENTATION DE LA GUADELOUPE	5
- Contexte géographique	
- Données démographiques	
- Contexte socio-culturel	
LES EHPAD EN GUADELOUPE	9
LE PERSONNEL SOIGNANT DES EHPAD	11
MISSIONS DE L'INFIRMIERE EN EHPAD	12
MISSIONS DE L'INFIRMIERE COORDINATRICE EN EHPAD	15
NECESSITE D'UNE IDE LE SOIR EN EHPAD	16
DISCUSSION	18
INTERET D'UNE MUTUALISATION	19
CONCLUSION	26
BIBIOGRAPHIE	27

INTRODUCTION

Dans le cadre du diplôme universitaire de formation d'infirmière coordinatrice en EHPAD et en SSIAD, j'ai mené une réflexion sur la problématique de la présence pendant la nuit d'une infirmière dans les EHPAD de la Guadeloupe.

J'ai retenu ce thème de fin de formation car j'assure depuis plusieurs années les fonctions d'infirmière coordinatrice dans un EHPAD, et eu à gérer à distance, hors de l'EHPAD, certaines problématiques de soin en cours de nuit, en lien avec l'aide soignante de nuit, alors que la fiche de poste de l'infirmière ne prévoit nullement cette intervention de nuit.

Cette gestion à distance a laissé transparaître quelques difficultés et a soulevé des interrogations, notamment sur les moyens pouvant permettre de palier à ces difficultés.

Ceci m'a amené à évoquer la possibilité de la formalisation d'une permanence infirmière de nuit, par le biais d'une mutualisation de la fonction de l'infirmière au cours de la nuit au sein des EHPAD de Guadeloupe.

PRESENTATION DE LA GUADELOUPE

La Guadeloupe est un département français d'outre – mer, qui dispose de différentes infrastructures de prise en charge de la santé de ses citoyens tant sur le plan du sanitaire que du médico-social.

Concernant les personnes âgées les mêmes dispositions réglementaires en vigueur en France hexagonale sont appliquées en Guadeloupe, notamment celles relatives aux actions d'accompagnement de ces personnes âgées au sein des EHPAD.

Contexte géographique

Située au centre de l'arc des Petites Antilles, à 7000 kms de la France hexagonale et d'une superficie de 1628 km², la Guadeloupe se distingue par sa structure archipélagique, au cœur d'un environnement constitué par les micro-états de la Caraïbe.

La Guadeloupe est donc un archipel, qui regroupe la Guadeloupe dite « continentale », en forme de papillon, composée des îles de Basse-Terre et de Grande-terre, séparées par un étroit bras de mer, et entourée des îles du Sud que sont Marie-Galante, la Désirade, les Saintes (Terre-de-Bas et Terre-de-Haut) et les îlets de la réserve naturelle de Petite Terre.

Données démographiques

Alors que la population Guadeloupéenne est restée pendant longtemps une des plus jeunes de France, elle est depuis peu en train de devenir l'une des plus vieilles.

La Guadeloupe comptait au recensement de 2009 une population de 401 554 habitants, parmi lesquels les 65 ans et plus représentaient près de 13,75%.

Ces personnes âgées représentent une part de plus en plus importante dans la population, si bien que les projections démographiques envisagent un doublement de cette proportion à l'horizon 2030.

L'INSEE prévoit en effet, que la part des 65 ans et plus atteindra 33% de la population guadeloupéenne en 2030, contre actuellement 14,4% en Guadeloupe et 21% en France hexagonale. (17,7% en 2010 ; 24,5% en 2020 ; 33,5% en 2030).

Ainsi parmi toutes les régions françaises, la Guadeloupe occupera le 3^e rang compte tenu de sa proportion de personnes âgées de plus de 65 ans.

Les différentes pathologies ainsi que la fragilité s'installant avec l'avancée en âge expliquent les situations de perte d'autonomie et de dépendance de nos personnes âgées.

Ces situations ne permettent pas toujours un accompagnement à domicile et rendent bien souvent nécessaire une prise en charge en institution.

Le vieillissement de la population est dû à plusieurs facteurs, parmi lesquels :

- La baisse de la natalité
- L'allongement de l'espérance de vie
- L'exode de la jeunesse
- Le retour au pays des Retraités Guadeloupéens

Contexte socio-culturel

La famille Guadeloupéenne traditionnelle est une famille élargie.

En effet, il y a proximité relationnelle entre les membres de la famille nucléaire, les ascendants et les collatéraux. Cette famille peut également s'étendre à des personnes qui n'ont pas de liens de sang avec elle, telles que les marraines, parrains, amis. Ceux-ci pouvaient également participer à l'éducation des enfants.

Cette proximité s'observe également au niveau de l'habitat.

En effet, les liens familiaux qui englobent les conditions de vie et d'habitat, ont perduré jusqu'à un passé encore très proche, avec cohabitation sur une même propriété familiale de générations différentes allant jusqu'aux arrière grands-parents.

Depuis peu, les exigences de vie nouvelles avec notamment l'engagement et bien souvent le départ vers la France hexagonale d'un nombre de plus en plus important de jeunes guadeloupéens, à la recherche d'un emploi par exemple ou pour effectuer des études supérieures, ont participé à la dislocation de la cellule familiale guadeloupéenne, avec l'éloignement progressif des enfants et petits-enfants.

A cela se sont ajoutées les priorités professionnelles, avec un engagement de plus en plus marqué des femmes dans le monde du travail, mais aussi une orientation des enfants, différente de celle des parents et grands-parents, les écartant ainsi de la propriété familiale.

Cette organisation de la société guadeloupéenne d'il y a quelques années, explique tout de même l'importance des solidarités de proximité d'alors, bien que celles-ci donnent quelquefois lieu à des représentations paradoxales que traduisent beaucoup de nos proverbes locaux.

Par ailleurs, les représentations négatives sur la solidarité renvoient à la misère, ontologiquement liée à l'esclavage, et aux dures périodes de colonisation qu'a connue la Guadeloupe.

Cependant, l'entraide n'a pas totalement disparu, même si beaucoup de personnes âgées de Guadeloupe vivent encore dans la précarité.

Certaines conduites restent encore fortement ancrées dans le comportement de notre population âgée, notamment lorsqu'il s'agit d'héritage et de successions. Rares sont les personnes âgées qui ne pensent « laisser » à leur descendance la maison ou une parcelle de terre, quelque fois utilisée ou exploitée par plusieurs membres d'une même famille.

Le passé de beaucoup de nos personnes âgées avec les difficultés de scolarisation qu'elles ont connues et par voie de conséquence les difficultés dans la maîtrise de l'écrit, font que leurs relations se font principalement oralement et non par écrit.

Cette oralité qui prédomine dans nos relations peut peut-être expliquer le manque de traçabilité de nos jours et les nombreuses situations conflictuelles au sein des familles, notamment celles en rapport avec les indivisions de propriétés et leurs conséquences.

Malgré tout, beaucoup de nos compatriotes guadeloupéens ont gardé le désir de vivre au domicile et de posséder leur propre propriété, avec la maison et toutes ses dépendances (cuisine, cour, animaux domestiques et de proximité, ...).

Ainsi, l'habitat collectif extra familial, essentiellement représenté par des habitations à loyers modérés (HLM), était peu partagé par nos personnes âgées et semble maintenant davantage prisé par les jeunes générations, victimes non seulement de la crise financière actuelle mais aussi de la crise du foncier que connaît notre région.



Les îles de Guadeloupe

LES EHPAD EN GUADELOUPE

Les établissements pour personnes âgées dépendantes(EHPAD) correspondent à des structures collectives, qui accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie, qui ne veulent ou ne peuvent plus rester à leur domicile.

Les EHPAD appartiennent au domaine médico-social, et répondent à la réglementation du code de l'action sociale et des familles.

Ils assurent un ensemble de prestations comprenant le logement, les repas, divers services spécifiques tels que la blanchisserie, les soins d'hygiène et médicaux selon l'état de la personne accueillie, des animations et des activités de loisir.

Ils peuvent sur le plan de leur gestion être soit du domaine privé, soit du domaine public et fonctionnent dans le cadre d'une convention tripartite, qui les associe au conseil général et à l'agence régionale de santé (ARS) de la Guadeloupe.

Cette convention tripartite garantit les modalités de fonctionnement et les offres fournies aux résidents.

Le premier établissement accueillant les personnes âgées fût le foyer départemental du Raizet, autrement appelé « Asile des Vieillards », construit dans les années 1951. Actuellement et après plusieurs restructurations, cet établissement s'est transformé en Centre Hospitalier gériatrique. Il regroupe différents services dont un EHPAD de 77 lits.

En 2015, la Guadeloupe compte 17 EHPAD, répartis dans les cinq bassins de vie qui ont été délimités.

Ces EHPAD appartiennent aussi bien au domaine privé qu'au domaine public, et bénéficient d'une habilitation à l'aide sociale pour une partie ou la totalité de leur capacité d'accueil.

Toutefois, la majorité de ces EHPAD sont des établissements privés.

Un seul des EHPAD publics, est géré par le centre communal d'actions sociales d'une municipalité.

LISTE DES EHPAD DE GUADELOUPE

ETABLISSEMENTS	VILLE D'IMPLANTATION	NOMBRE DE LITS	STATUT
EHPAD J.JALTON	ABYMES	40	Public communal
EHPAD CH Gérontologique du Raizet	ABYMES	77	Public
EHPAD Résidence le SACRE COEUR	BASSE-TERRE	60	Privé
EHPAD KALANA	BOUILLANTE	60	Privé
EHPAD CH DE Capesterre-Belle Eau	CAPESTERRE Belle Eau	12	Public
EHPAD Les Flamboyants	GOURBEYRE	50	Privé
EHPAD Domaine de Choisy	GOSIER	52	Privé
EHPAD Le Bel Age	LAMENTIN	25	Privé
EHPAD Emeraude	Le MOULE	25	Privé
EHPAD SOLEYAN NOU	Le MOULE	66	Privé

EHPAD Les Perles Grises	Le MOULE	38	Privé
EHPAD Les Eaux Marines	Le MOULE	32	Privé
EHPAD AKAMAMAN	MORNE-à-L'EAU	49	Privé
EHPAD SOLEYAN NOU	Port-Louis	89	Privé
EHPAD Le Clos de Bois -Jolan	SAINTE-ANNE	52	Privé
EHPAD Les Jardins de Belost	SAINT-CLAUDE	63	Privé
EHPAD de Beauperthuy	POINTE-NOIRE	88	Public

LE PERSONNEL SOIGNANT DES EHPAD

Les dispositions législatives qui s'appliquent aux EHPAD prévoient dans le cadre de la convention tripartite (Etablissement-ARS-Conseil Général) un personnel pluridisciplinaire dont l'effectif est fonction de la capacité d'accueil de l'établissement.

Aux cotés de la direction et du personnel administratif au sein des EHPAD, le personnel soignant regroupe différentes catégories parmi lesquelles nous retrouvons essentiellement des médecins dont un médecin coordonnateur, des infirmières, des auxiliaires de soin, des kinésithérapeutes, des podologues, des psychologues, des aide-médico-psychologiques, des diététiciens et pharmaciens.

Les modalités d'intervention de ce personnel soignant varient d'un établissement à l'autre, suivant l'effectif de l'établissement ainsi que de la typologie des résidents.

Ce personnel intervient suivant des équivalents temps plein (ETP) variables.

L'organisation fonctionnelle actuelle des équipes au sein des EHPAD fait que la couverture infirmière en cours de journée s'étale de 6 heures à 21 heures.

La couverture de nuit est assurée par une auxiliaire de soin de 21 heures à 7 heures le lendemain.

Nos investigations menées au sein des EHPAD de Guadeloupe montrent qu'aucun de ces établissements ne dispose d'infirmière de nuit.

LES MISSIONS DE L'INFIRMIERE EN EHPAD

L'exercice de la profession d'infirmier diplômé d'état est régie par des dispositions réglementaires.

Ainsi, conformément au décret des missions d'une infirmière Diplômée d'Etat, les fonctions de l'infirmière en EHPAD consistent à :

- Prendre en charge un grand nombre de résidents.
- Détecter l'urgence et d'y faire face en prenant les initiatives qui s'imposent.
- Assurer l'encadrement une importante équipe d'aide-soignante.
- Encadrer les stagiaires.
- recueillir les données cliniques, les besoins et des attentes de la personne et de son entourage.
- établir le projet de soins et la planification des activités infirmières pour le résident.

- réaliser, contrôler les soins infirmiers et accompagnement de la personne et de son entourage.
- surveillance de l'évolution de l'état de santé des résidents.
- assistance technique lors des soins réalisés par le médecin.
- information et éducation de la personne et de son entourage.
- rédaction et mise à jour du dossier du résident.
- Accueil et encadrement pédagogique des stagiaires et des personnels placés sous sa responsabilité.
- coordination et organisation des activités et des soins concernant un résident ou un groupe de résidents pendant l'hospitalisation et lors de sa sortie.
- gestion et contrôle des produits, des matériels et des dispositifs médicaux.
- mise en œuvre de la procédure d'élimination des déchets.

Ses missions lui permettent de contribuer au maintien, à l'amélioration de l'état de santé et de l'autonomie des résidents en leur prodiguant des soins sur prescription médicale. Elle doit adapter la prise en charge en fonction des particularités de chacun.

La spécificité des services de gériatrie fait qu'ils sont des lieux de vie de personnes âgées dépendantes, ce qui implique un rôle relationnel majeur entre les résidents et leurs familles ou proches dans le cadre du projet de vie institutionnel.

L'infirmière doit élaborer et mettre en œuvre les projets de vie individuels des résidents avec pour objectif premier une bonne prise en considération du résident pour préserver la continuité de la vie et l'autonomie de la personne.

Par ailleurs, l'Infirmière en EHPAD a un rôle d'encadrement des autres soignants, notamment des aides soignants, avec lesquels une étroite collaboration est indispensable dans le cadre du projet de vie du résident.

Ainsi l'aide-soignante a de nombreuses fonctions en EHPAD, telles que :

- dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne
- dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au confort de la personne
- dispenser des soins liés à l'alimentation
- dispenser des soins liés à l'élimination
- dispenser des soins liés au sommeil
- observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé
- aider l'infirmier à la réalisation des soins
- assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et de la réfection des lits
- entretenir les matériels de soin
- recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins
- accueillir, informer et accompagner les résidents et leur entourage
- accueillir et accompagner des stagiaires en formation

MISSIONS DE L'INFIRMIERE COORDINATRICE EN EHPAD

Outre ses fonctions dans le cadre des soins, l'infirmière coordinatrice en EHPAD assure un rôle administratif, si bien que ses missions s'étendent à :

- manager le personnel affecté aux soins en insufflant et en dynamisant le travail en équipe.
- participer et veiller au recrutement du personnel soignant conformément à l'effectif et aux budgets alloués par les tutelles
- organiser la formation interne et l'intégration du nouveau personnel.
- participer à l'évaluation annuelle de l'équipe soignante et recueillir les souhaits de formation.
- s'assurer du respect des pratiques professionnelles des équipes de soin et organiser la mise en œuvre des mesures nécessaires au bon fonctionnement du service soin.
- animer et coordonner le travail de l'équipe soignante autour des projets.
- garantir la qualité, la continuité et la sécurité des soins 24/24.
- s'assurer de la mise en œuvre de la démarche en soins infirmiers et du suivi du dossier de soin.
- Mettre en place les moyens nécessaires à la bonne réalisation des soins.
- contrôler l'exécution et la conformité des pratiques de soin.
- assurer la coordination des intervenants extérieurs en relation avec la prescription médicale.
- gérer les commandes et la maintenance du matériel nécessaire à la prise en charge soignante.

- participe à l'élaboration du projet institutionnel, à sa mise en œuvre et à son suivi dans le cadre de la prestation de soin en collaboration avec le médecin coordonnateur
- veille à l'application et à l'évaluation des bonnes pratiques gériatriques et participe à la démarche qualité de l'établissement.
- travailler en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur et la direction de l'établissement
- assurer le relais avec les autres professionnels de santé et l'entourage des résidents chaque fois que nécessaire

Au travers de ces différentes missions, l'infirmière coordinatrice en EHPAD tient un rôle important voire de pivot essentiel dans le trinôme Directeur, Médecin coordonnateur, Infirmière coordinatrice .

NECESSITE D'UNE INFIRMIERE LA NUIT EN EHPAD

Il apparaît que la population accueillie dans la plupart de nos EHPAD présente des pathologies multiples, souvent lourdes et qui justifient un accompagnement soutenu aussi bien le jour que la nuit, alors que la couverture soignante en cours de nuit n'est assurée que par une aide-soignante.

Cette organisation de la couverture des soins la nuit m'a amené à m'interroger sur les différentes pathologies qui risquent de justifier l'intervention d'une infirmière en cours de nuit.

Il est apparu que les résidants peuvent présenter en cours de nuit des manifestations pathologiques nouvelles ou des décompensations de pathologies déjà connues pouvant s'exprimer par :

- des douleurs
- des gênes respiratoires

- des décompensations
 - o cardio-vasculaire :
 - o respiratoire
 - o glycémique
- des crises d'anxiété ou de craintes nocturnes
- des chutes

Ces manifestations peuvent se déclencher soit brutalement en cours de nuit ou soit être la traduction d'une décompensation en cours de nuit de pathologies déjà existantes.

Malgré la présence de l'aide soignante, celle –ci ne peut assurer une prise en soin et ne peut que tenter de joindre un service de garde médical lorsque celui-ci est disponible, sans d'ailleurs pouvoir expliquer précisément la problématique puisque non formée à cela. Ceci retarde donc une prise en soin du résidant avec les conséquences

En contactant une infirmière, l'aide soignante serait rassurée dans ses missions la nuit et le diagnostic infirmier pourra aider à une prise en soin adaptée du résidant. L'infirmière, si elle le juge nécessaire, fait appel au service médical ou hospitalier de garde.

Les résidants peuvent également relever de soins palliatifs justifiant d'un accompagnement continu de soignants tant de jour que de nuit, avec par exemple :

- l'utilisation de matériels spécifiques tels que des pompes à morphine pour le traitement des douleurs
- un traitement parentéral la nuit : injections intramusculaires ou intraveineux
- un diagnostic infirmier afin d'éviter en cours de nuit une prise en charge inutile en milieu hospitalier.

DISCUSSION

Au vu des évènements relatifs au soin susceptibles de se produire la nuit en EHPAD, il semble que la présence d'une infirmière de nuit au sein de l'EHPAD serait nécessaire.

En effet, la formation et les missions de l'infirmière concourent à cela en lui permettant entre autres :

- de renforcer la quiétude des résidents en cours de nuit, surtout que nous savons que la nuit est généralement anxiogène
- de s'assurer de l'absence de risque vital pour les résidents en cas d'évènement la nuit, et de réduire les hospitalisations non nécessaires
- d'assurer la continuité des soins techniques et d'éviter toute rupture thérapeutique
- de rentrer en contact lorsque cela s'avère nécessaire avec le médecin de garde ou le médecin coordonnateur afin le cas échéant de bien juger de l'opportunité des conduites retenues par elle.

Toutefois, les évènements de décompensation des pathologies la nuit en EHPAD ne sont heureusement pas quotidiens.

Par ailleurs, les EHPAD sont contraints au respect des lignes budgétaires au travers desquels est retenu le ratio des différentes catégories de personnel.

Ces contraintes budgétaires rendent financièrement difficile la présence d'une infirmière la nuit au sein de ces EHPAD de Guadeloupe, alors même qu'ils sont confrontés à des exigences de soin la nuit.

Si bien, qu'il me semble que répondre à ces exigences de soin en cours de nuit au sein de ces EHPAD de Guadeloupe, rend inévitablement nécessaire le recours à une mise en commun pour la nuit de leurs ressources en personnel infirmier.

Cette mise en commun pourrait se concevoir dans le cadre d'une mutualisation de la fonction d'infirmière en EHPAD, afin de répondre ainsi à ces difficultés des soins .

INTERET D'UNE MUTUALISATION

Mutualiser consiste pour plusieurs acteurs ou partenaires à mettre en commun les moyens, les savoirs et savoir-faire afin de tirer profit et économiser davantage d'une action, que si l'action est menée isolément par un seul des acteurs.

Au regard des différentes missions de l'infirmière coordinatrice en EHPAD et aussi de certains textes qui régissent le fonctionnement des EHPAD, notamment l'article 321-7 du CASF, la mutualisation doit faire partie de la réalité fonctionnelle et quotidienne de ces établissements.

Leur finalité est aussi bien de favoriser la coordination et les complémentarités entre les acteurs, que de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement des résidents.

Dans un EHPAD, les possibilités de mutualisation peuvent aller au delà de l'implication et des missions des soignants.

D'autres postes, souvent à l'origine de dépenses importantes en EHPAD, tels la buanderie, la restauration, ou certains postes administratifs peuvent être concernés et rentrer dans une dynamique de mutualisation.

Qu'il s'agisse d'établissement privés ou d'établissements publics, la plupart des EHPAD de Guadeloupe sont de petits établissements, d'une capacité d'accueil de 40 résidents en moyenne.

Assurer une bonne qualité de l'accompagnement des résidents va mobiliser non seulement des moyens humains suffisants mais encore des ressources financières suffisantes et parfois importantes.

La mutualisation est un processus qui peut permettre une meilleure gestion des coûts des prestations offertes aux résidents et par conséquent un prix de journée le moins élevé possible.

Cet aspect financier dans la prise en charge en EHPAD est réelle en Guadeloupe, d'autant que beaucoup de nos personnes âgées, futurs résidents, ont été dans leur jeune âge des travailleurs, pour la plupart agriculteurs ou sans emploi et aux maigres ressources, donc ne pouvant bénéficier que d'une retraite faible.

A cette complexité financière s'ajoute la réticence trop souvent affichée de l'entourage proche, pour lequel l'obligation alimentaire, dispositif pourtant réglementaire reste problématique.

La mutualisation entre établissements et services dans le champ sanitaire et médico-social est un mécanisme utilisé depuis de nombreuses années pour redéfinir l'offre de soins et d'hébergement dans un contexte de rationalisation des ressources.

De nombreux outils de mutualisation existent.

Dans le domaine médico-social dont relève les EHPAD, nous pouvons citer :

- La **convention** est un mode de coopération souple et simple, sans grand formalisme, qui présente un grand intérêt fonctionnel et qui permet d'échapper à un contrôle administratif très lourd. C'est un procédé contractuel entre établissements qui conservent leur personnalité morale. Le régime juridique de la convention relève du droit général des contrats.
- **L'association loi 1901** vise les associations à but non lucratif. Elle présente l'avantage de se former librement et présente une certaine souplesse en ce qui concerne sa création, sa gestion et ses règles de fonctionnement. Elle peut en outre couvrir un objet très large et ne nécessite pas de capital initial. Des associations ont ainsi vu le jour au niveau national ou local, mais en retour la flexibilité de leur organisation empêche la mise en place d'une coopération dans un cadre juridique stable.

- Le **Groupement d'Intérêt Public** est une structure destinée à associer, dans un acte largement inspiré par le droit public, des établissements publics et privés. Il constitue donc une passerelle entre le droit public et le droit privé. Cette formule ne supprime pas l'existence des établissements et, au contraire, elle permet de réaliser des équipements que chacun d'eux ne pouvait assurer économiquement.
- Le **Groupement d'Intérêt Economique** est une personne morale de droit privé. Sa structure est souple, avec ou sans capital. Le cadre légal du GIE est jurisprudentiel et donc plus précis que celui du GIP.
- **La direction commune** est une forme de mutualisation, même si elle n'est pas clairement définie par les textes et constitue «un montage atypique de coopération». Elle n'est clairement envisagée que dans les statuts des directeurs d'hôpitaux et des directeurs d'établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Elle facilite la mutualisation et la coopération entre établissements.
- **Les groupements de coopération sociale et médico-sociale** qui vont évoluer du fait de la réintégration des médicaments dans la dotation en soins dès janvier 2011. En effet, afin de donner aux établissements le choix de leur organisation et d'une stratégie de groupe pour la gestion de la prestation pharmaceutique, le législateur a étendu, par la loi de financement de la sécurité sociale de 2010 (LFSS), aux GCSMS la compétence de gestion d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) au 1^{er} janvier 2011.
- **Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)** qui existent depuis 1996 sont étendus au secteur médico-social par la loi du 2 janvier 2002. Ce dispositif contractuel facultatif permet d'unir la ou les autorités administratives compétentes en matière d'autorisation, l'organisme gestionnaire et, le cas échéant, le ou les organismes de protection sociale qui participent au financement autour d'engagement pris pour permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma

d'organisation sociale et médico-sociale, la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets de coopération. La loi HPST introduit une obligation de signature d'un CPOM pour les EHPAD et les établissements et services « *relevant de la compétence tarifaire exclusive du DGARS ou du représentant de l'Etat dans la région...et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de la tarification un seuil fixé par arrêté* »

- **Les réseaux de santé.** La loi du 4 mars 2002 a modifié la législation sur les réseaux. Une seule forme existe désormais, le réseau de santé. La définition du réseau de santé est large. Les fonctions mises en réseau peuvent être l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et les soins. L'objet du réseau est l'accès aux soins ainsi que la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires.

En somme, il apparaît que la mutualisation inter établissements peut s'organiser autour d'une palette d'outils de coopération importante et différenciée, qui permet des rapprochements public/public et public/privé qui peuvent être fonctionnels ou organiques. L'ultime étape de ces rapprochements étant la fusion qui reste une forme marginale de la coopération.

Ainsi, si les moyens de la mutualisation existent, il est important de comprendre les modalités de leur mise en œuvre et d'appréhender les processus décisionnels qui aboutissent à la mutualisation entre les établissements. Il semble certain que l'agence régionale de santé (ARS) tiendra une grande place dans ce processus de partage et de complémentarité de l'activité sanitaire et médico-sociale.

Compte tenu de ces différents dispositifs, une mutualisation du personnel infirmier de nuit peut être une modalité de fonctionnement à mettre en place ou du moins à expérimenter dans notre région.

Ainsi, nous pensons que compte tenu de la configuration géographique de notre région, de l'effectif et de la distance entre les différents EHPAD, cette mutualisation pourra se concevoir par regroupement, comme précisé dans le tableau ci-dessous.

ETABLISSEMENTS	VILLE D'IMPLANTATION	SECTEUR
EHPAD J.JALTON	ABYMES	1
EHPAD Domaine de Choisy	GOSIER	
EHPAD Le Clos de Bois - Jolan	SAINTE-ANNE	
EHPAD de Beuperthuy	POINTE NOIRE	2
EHPAD Résidence le SACRE CŒUR	BASSE-TERRE	
EHPAD KALANA	BOUILLANTE	
EHPAD Les Flamboyants	GOURBEYRE	
EHPAD Les Jardins de Belost	SAINT-CLAUDE	
EHPAD CH DE Capesterre Belle-Eau	CAPESTERRE Belle Eau	
EHPAD CH Gériatologique du Raizet	ABYMES	3
EHPAD Le Bel Age	LAMENTIN	
EHPAD SOLEYAN NOU	Le MOULE	

EHPAD Les Eaux Marines	Le MOULE	
EHPAD Les Perles Grises	Le MOULE	
EHPAD Emeraude	Le MOULE	
EHPAD AKAMAMAN	MORNE- A -L'EAU	4
EHPAD SOLEYAN NOU	Port-Louis	

Cette mutualisation de la fonction d'infirmière de nuit permettra entre autres aux EHPAD de rentrer dans une dynamique de travail en commun, qu'on gagnerait bien à développer dans notre région.

L'intervention de cette infirmière pourra permettre, lorsque qu'une situation particulière ou une décompensation d'une pathologie se produit la nuit, de rassurer d'une part les agents de nuit, et d'autre part d'assurer plus spécifiquement une prise en soin adaptée du résident, dans le cadre de son rôle propre infirmier ou en faisant appel à un service médical de garde.

Il a été porté à notre connaissance lors de nos investigations, qu'une chute d'un résident survenue par glissade la nuit, n'a pu être prise en charge que le lendemain après intervention et prise en soin par l'infirmière. Les explorations médicales et complémentaires alors réalisées, ont révélé une fracture du col déplacée, qui malgré sa prise en charge chirurgicale a évolué en peu de temps vers le décès du résident.

Ce cas nous montre bien l'intérêt de l'accompagnement par un infirmier, des incidents ou accidents qui se produiraient en cours de la nuit.

A contrario, l'intervention d'une infirmière en cours de nuit pourra permettre d'éviter des hospitalisations non justifiées, comme c'est très souvent le cas, par mise en place des soins qui ne rentrent pas dans les compétences de l'aide-soignant, seul soignant présent en cours de nuit dans la totalité des EHPAD de Guadeloupe.

Ainsi, une infirmière pourra répondre en cours de nuit aux sollicitations de ces établissements, suivant le secteur considéré.

Cette intervention de l'infirmière de nuit pourrait s'organiser dans le cadre d'une d'une astreinte de nuit, dont les modalités resteront à être précisées par les responsables de ces EHPAD.

Par ailleurs, nos recherches dans le cadre de ce travail nous ont permis de nous rendre compte que l'intervention d'une infirmière la nuit dans les EHPAD est aussi une préoccupation d'autres régions de France, et que les astreintes des soignants doivent être clairement formalisées.

CONCLUSION

Notre réflexion nous a conduits à nous entretenir avec des infirmières assurant les fonctions d'infirmières coordinatrices en EHPAD.

Il s'avère que beaucoup de nos EHPAD sont confrontés aux problématiques de soin la nuit, qui justifieraient l'intervention d'une infirmière la nuit.

Toutefois, compte tenu des contraintes budgétaires de ces établissements, il semble judicieux que cette intervention d'une infirmière en EHPAD en cours de nuit, s'organise dans le cadre d'une astreinte commune, englobant plusieurs établissements selon le bassin d'implantation de ces EHPAD.

Nous espérons que les directions et administrateurs des EHPAD de Guadeloupe seront sensibles à cette suggestion, qui pourra être poursuivie dans le cadre par exemple d'un groupe de travail inter-établissement.

BIBLIOGRAPHIE

- EPISSÉ Céline, « *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient* ». L'exemple des établissements du Val d'Aunis et de Saintonge. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. DESS, 2006/2007. Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif au GCS ainsi qu'un arrêté du 23 juillet 2010.

INTERNET :

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/mutualisation-infirmieres-nuit-ehpad-pas-gagne.html>

<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/infirmier-nuit-poste-generaliser-ehpad.html>

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/astreintes-infirmiers-nuit-plus-pour-ehpad.html>

<http://www.onfv.org/vivre-en-ehpad-jusqua-la-fin-de-sa-vie-le-point-de-vue-des-proches/>

<http://www.lenobleage.fr/up/revuedepresse/d6a952a58e3cb6a.pdf>

Diplôme Universitaire du médecin coordonnateur le Docteur SEYMOUR Ménard