



**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018**

**TITRE : INFIRMIER MOBILE DE NUIT : ETUDE ANALYTIQUE ET  
RETOUR D'EXPERIENCE**

**AKLI Hakim, OUM Luc, TATOKE Aubin**

**Directrice de mémoire : Mme Blandine DELFOSSE**

## SOMMAIRE

<b>I – Introduction</b> .....	2
<b>II – Cadre Réfèrent et Législatif</b> .....	3
1) La personne âgée et l’EHPAD .....	3
2) La Douleur .....	4
3) la fin de vie .....	5
4) Les urgences.....	5
<b>III – Le Contexte de L’expérimentation</b> .....	6
A) Les Objectifs.....	7
B) Le matériels et méthodes.....	9
<b>IV – Retour D’expérience</b> .....	10
A) Infirmier Mobile de Nuit.....	10
1) Organisation.....	10
2) Etat d’esprit.....	11
B) Etude Analytique.....	11
1) Retour d’expérience.....	14
2) Résultats.....	15
3) Problèmes rencontrés.....	17
<b>V – Intérêt d’un Infirmier coordinateur et un Médecin Coordinateur</b>	
A – Rôle de L’infirmier Coordinateur .....	19
B – Rôle du Médecin Coordinateur .....	20
<b>VI – Enquêtes</b> .....	22
<b>VII – Conclusion</b> .....	34
<b>VIII – Résumé en anglais</b> .....	35
<b>IX – Bibliographie</b> .....	36

## **I. INTRODUCTION**

Il nous est arrivé de réfléchir, d'explorer et de mettre en commun sur le thème d'infirmier mobile de nuit, dans le cadre des études du Diplôme Universitaire d'Infirmier coordinateur en EHPAD et SSIAD.

Il nous semble important actuellement de porter un regard, dans ce secteur d'activités, où la demande des résidents en termes de soins, ne se limite plus au simple rôle de veilleurs de nuit, mais à de véritables interventions complexes, qui nécessitent les sollicitations régulières de l'IDE à travers différents EHPAD.

La population augmente et les nouveaux besoins se présentent. L'on vit de plus en plus vieux, plus ou moins en bonne santé. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 2040 les personnes âgées de plus de 80 ans représenteront près de 10% de la population totale, contre 5,7% actuellement, soit près de trois millions de personnes âgées de 80 à 85 ans, et près de quatre millions de personnes de plus de 85 ans.

Ces demandes à distance ne se font pas sans difficultés, d'où le questionnement de savoir comment y faire face, pour apporter des réponses adéquates, qui vont diminuer les hospitalisations de nuit, d'où la mutualisation de l'IDE mobile de nuit auprès d'un groupe d'EHPAD.

Le personnel travaillant de nuit dans les EHPAD, devra être de plus en plus compétent et qualifié, pour répondre efficacement aux besoins des résidents, qui deviennent de plus en plus lourds, en plus atteints de troubles cognitifs.

La simple surveillance de nuit ne va plus suffire, il va falloir faire face aux réels problèmes ponctuels de santé, tant sur le plan de l'urgence que dans un contexte de fin de vie.

Cette réponse efficace et adéquate de l'IDE de nuit, va considérablement diminuer les hospitalisations aux urgences, les dépenses de santé, le stress des résidents dans la longue attente aux couloirs des urgences et aussi soulager les Aides-soignants et les ASH qui y font face régulièrement sans véritable formation de fond.

## **II. CADRE REFERENT ET LEGISLATIF**

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2018, les EHPAD vont pouvoir expérimenter la présence la nuit, d'astreintes infirmières, afin d'étendre les expérimentations.

Le PLFSS 2018 prévoit des moyens supplémentaires (100 millions d'euros) pour améliorer les taux d'encadrement et la qualité des accompagnements.

### **1- La personne âgée et l' EHPAD**

Une personne âgée est, pour le sens commun, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. Les personnes âgées sont également appelées seniors ou encore aînés<sup>1</sup>.

L'EHPAD est une institution spécialisée pour l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie, qui ne peuvent plus vivre seules à leurs domiciles. Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation, le soin<sup>2</sup> médicaux, l'hygiène, et la blanchisserie.

Ces établissements sont du domaine médico- social, et sont régis du code de l'action sociale et familiale. Le fonctionnement des maisons de retraite médicalisées est strictement encadré par la loi (article L. 6111-4 du Code de santé publique), (loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002), article L. 312-1-I 6° du Code de l'action sociale et des familles (CASF), puisque les EHPAD doivent signer avec le département et l'État une convention par laquelle ils prennent des engagements de qualité.

Si la maison de retraite souhaite pouvoir accueillir des personnes dépendantes, elle doit signer une convention tripartite avec le conseil général et l'ARS. Cette convention signée pour cinq ans, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement, tant sur le plan financier que sur celui de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées et des soins qui sont

---

<sup>1</sup> [https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne\\_](https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_)

<sup>2</sup> <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

prodigués à ces dernières. Les EHPAD peuvent être publics, associatifs, ou privés à buts lucratifs

Les personnes âgées entrent en établissement médicalisé quand le maintien à domicile a atteint ses limites : Une dépendance, notamment psycho-cognitive, devenue trop lourde à gérer par les proches et qui nécessite des soins et des accompagnements croissants, spécialisés et coûteux.

## **2 - La Douleur**

La douleur en EHPAD est souvent mal évaluée par les professionnels de santé chez le sujet âgé. Très souvent le résident ne peut plus l'exprimer verbalement, car il est dément ou en grande perte d'autonomie. Les troubles de la mémoire compliquent cette prise en charge, car le patient peut avoir oublié les douleurs présentes quelques minutes avant. Les sujets âgés dont les déments ressentent la douleur, qui peut être source de troubles du comportement.

L'âge avançant, les dysfonctionnements et les sources de douleurs se multiplient, qu'elles soient aiguës ou chroniques. Le sujet âgé finit par banaliser ses douleurs. Les moyens d'exprimer la douleur peuvent se trouver limités par des difficultés de communication associées à des troubles de l'audition, des troubles de la parole ou des troubles cognitifs plus graves.

Le contexte affectif peut également perturber l'expression de la douleur. L'isolement, l'ennui, un état dépressif, le sentiment de n'avoir plus d'importance peuvent conduire une personne âgée à endurer ses souffrances en les exprimant très peu.

La sensibilité à la douleur aiguë diminue avec l'âge, avec la maladie (Diabète), mais la douleur chronique s'accroît (arthrose, douleurs cancéreuses, liée aux AVC neuropathiques...)

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation de la douleur. L'important pour l'équipe soignante d'un EHPAD, est de choisir l'une d'entre elles et de la maîtriser. Des moyens d'évaluation indirecte tels que l'observation de comportements (expression faciale, mouvements des membres) constituent les bases des échelles d'hétéroévaluation.

Soulager les douleurs des personnes âgées est essentiel. Chez elles, le contrôle de la douleur augmente l'autonomie. La personne âgée peut de nouveau se déplacer, s'occuper d'elle-même et communiquer avec l'entourage familial ou amical, ce qui améliore son moral et entretient ses

facultés intellectuelles.

## **2 - La fin de vie et les soins palliatifs en EHPAD**

<<Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale>><sup>3</sup>.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs reposent sur un véritable accompagnement du résident, et de son entourage pour les aider au mieux, selon les besoins qu'ils expriment, Ils ne sont pas forcément en fin de vie, et dont la maladie ne va pas être la première cible des mesures mises en place.

## **3 - Les urgences**

Dans le domaine médical, les urgences correspondent au terme générique utilisé pour désigner le service hospitalier qui accueille, à toutes heures de la journée, les patients amenés par les services de secours ou tout autre patient vivant une situation d'urgence médicale. Le caractère urgent d'une situation est graduable. L'urgence vitale engage le pronostic vital d'un individu, tandis que l'urgence fonctionnelle met en jeu le pronostic fonctionnel du patient. Il existe également des urgences ressenties, qui elles, ne présentent pas de dangers immédiats mais se réfèrent davantage à un contexte angoissant. L'urgence sociale s'apparente plutôt à un contexte social difficile. Nous comprenons par « urgences » les situations cliniques qui comportent des éléments de gravité objectifs, et qui nécessitent un avis médical qui ne peut être différé. Cet avis médical doit aboutir à des décisions concrètes, comme :

1. Réanimer sur place le cas échéant.
2. Soigner sur place sans hospitaliser.
3. Hospitaliser pour diagnostic et traitement.
4. Hospitaliser pour suivi rapproché.

---

<sup>3</sup> <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>

### **III. CONEXTE DE L'EXPERIMENTATION**

Les personnes âgées vivent de plus en plus longtemps à leurs domiciles, elles sont polypathologiques et fragiles, ce qui ne va pas s'améliorer avec l'âge qui avance. La perte d'autonomie et de la dépendance s'installent progressivement. Commencent alors, les vrais problèmes de santé, qui nécessitent la présence des soignants qualifiés. A tour de rôle, les soignants se relayent dans les domiciles des personnes âgées, puis commence à se poser la question de leur institutionnalisation.

Leur accompagnement en EHPAD de jour comme de nuit, est lourd et difficile pour les soignants, qui sont en majorité des Aides-Soignantes et des ASH de nuit. Les nuits sont longues et faites d'angoisse et de solitude. Les pathologies les plus rencontrées sont entre autres, les dyspnées, décompensation cardiaque, douleurs, hypoglycémies et des chutes.

Elles peuvent se déclencher subitement, ou progressivement par une complication organique. Il est difficile de faire une bonne lecture, d'autant plus que les résidents ont reçu les visites de leurs familles, on peut être amené à penser que c'est sous le coup de la séparation, qu'ils expriment un mal être.

La nuit, il n'est pas rare qu'un résident chute ou se sente mal. Ce qui n'est pas facile à gérer pour l'aide-soignante présente dans la structure. Bien qu'elle soit proche du résident, c'est impossible pour elle de poser un diagnostic, ou de faire un geste technique de soins. Elle ne peut réguler que le SAMU, ce qui retarde la prise en charge avec tout ce que cela va comporter comme conséquences.

Dans la majorité des cas, la décision est prise d'adresser le résident aux urgences, alors que ce transfert ne nécessite pas forcément l'intervention d'un médecin.

La perte d'autonomie des personnes âgées à leur entrée en EHPAD, le nombre grandissant des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées, et la dégradation de leur état de santé, nécessitent des services d'aide et des soins de qualité suffisante et adaptée, du personnel en nombre élevé et bien formé.

La garde d'un IDE dans les EHPAD, peut être un moyen d'empêcher les hospitalisations évitables, et concourir ainsi à une prise en charge de qualité de la personne. Dans la mesure où, l'Aide-soignante, a la possibilité de communiquer avec l'IDE, qui à son tour va analyser la situation, et adapter la réponse.

Les Aides-soignantes de nuit, ne sont pas qualifiées pour faire face aux fins de vie des résidents, ou prendre en charge certaines situations comme les pompes de morphine à changer, l'évaluation et la gestion de la douleur, les perfusions à réinstaller, les injections en IV ou IM, ou mettre en place une relation d'aide, face aux crises d'angoisse.

Pendant longtemps, les soignants de nuit sont considérés comme « les veilleurs » sans véritable enjeu des connaissances techniques, et surtout à cause de l'intensité du travail de jour. Leurs missions étant de répondre aux appels malades, de faire les soins de nursing, ou d'administrer les somnifères et à apporter une écoute auprès des résidents en panne de sommeil.

## **A. OBJECTIF**

Depuis 2013, l'Agence Régionale de Santé Île-de-France soutient et finance sept postes d'infirmiers de nuit mobiles (soit l'équivalent de 21 ETP), qui interviennent auprès de plusieurs EHPAD en Île-de-France<sup>4</sup>. L'objectif ? Améliorer la continuité des soins en EHPAD et réduire le nombre d'hospitalisations évitables. Jusqu'à récemment, les EHPAD franciliens ne disposaient pas d'un poste d'infirmier, pour prodiguer des soins à leurs résidents pendant la nuit. Pour pallier cette difficulté et favoriser la continuité des soins, l'Agence régionale de santé Île-de-France expérimente, sur trois ans, un système d'astreinte nocturne.

Concrètement, un infirmier (ère) intervient chaque nuit dans trois EHPAD d'un même territoire, dans le cadre de soins programmés ou sur appel des aides-soignants. L'enjeu est d'Améliorer le bien-être des résidents, optimiser la continuité des soins en EHPAD, réaliser des économies en diminuant les hospitalisations évitables, les objectifs de ce projet sont multiples. Déployée en 2013, l'expérimentation est en place dans tous les départements franciliens<sup>5</sup>.

La mutualisation, c'est l'action consistant à mettre en commun des moyens, qu'ils soient humains, financiers, logistiques... afin de réduire des coûts et de réaliser des économies. C'est ce qui permet aux différents professionnels de la santé, la répartition des frais ou des risques, la mise en commun, la réciprocité, l'échange d'actions, les moyens et les compétences, dans le but d'atteindre un objectif commun, au lieu de travailler chacun de son côté, ce qui serait une perte de temps et de moyens humains et matériels.

---

<sup>4</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/experimentations-4>

<sup>5</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/experimentations-4>



Le dispositif consiste à mutualiser la présence d'infirmier de nuit en EHPAD. La mutualisation permet donc de mieux utiliser ce temps de soin infirmier. Ces établissements sont situés dans un périmètre géographique proche (maximum 30 kilomètres) afin de permettre un déplacement dans la nuit.

La mise en place de la démarche qualité dans l'accompagnement des résidents, permet aux différents acteurs des EHPAD, de mettre en commun leurs pratiques, ce qui va permettre de bien gérer le personnel et de diminuer les dépenses en termes de salaire et d'achat de matériel.

La mutualisation des IDE de nuit, permet aux EHPAD de travailler en commun, ce qui va diminuer la dépense et certainement contribuer un jour à baisser le coût du séjour en maison de retraite, au sein desquelles, dans les années à venir, de nombreuses personnes ne pourront pas payer.

Le passage de l'IDE de nuit va d'une part soulager l'équipe de soignants en place, de faire autre chose sans stresser, ou d'observer la pratique infirmière et le raisonnement infirmier et ainsi apprendre sur le terrain et d'autre part, répondre efficacement au problème de santé du résident.

Cette intervention de l'IDE va aussi éviter des appels du SAMU et ainsi empêcher une hospitalisation inutile, en se servant de la clinique et du savoir-faire infirmier, pratique que ne disposent pas les Aides-soignantes de nuit.

Le passage de l'IDE de nuit, va permettre de prendre en charge les chutes, dont certaines sont vues sans gravité par les aides-soignantes, se transforment en fractures des jours après, pouvant conduire à l'hospitalisation, à la grabatisation, ou au décès.

Améliorer la prise en charge des retours d'hospitalisation et les surveillances post fausses routes sont importantes, lors du passage de l'IDE à évaluer.

## B. MATERIELS ET METHODES

Pour permettre les déplacements dans la nuit, une dotation financière a été accordée par l'ARS. Celle-ci est versée à l'hôpital qui coordonne et supervise ce secteur d'activités. Il assure la rémunération des infirmiers mis à disposition, et assure le financement des matériels et les moyens nécessaires, pour que ces derniers travaillent dans de bonnes conditions, entre autres un véhicule et un téléphone portable.

Une préparation préalable avant le lancement est indispensable : visite des EHPAD afin d'identifier les accès et les lieux, connaissance des systèmes d'information hospitaliers (SIH), du dossier patient de chaque structure, de la pharmacie, des locaux... Une réunion de lancement a été organisée, au cours de laquelle un classeur d'astreinte a été remis aux infirmiers, détenant toutes les informations nécessaires à toute intervention (numéros de téléphone des infirmiers et des structures, différents codes d'accès aux établissements, les plans des établissements - plan d'accès, accès au DLU, accès au coffre des toxiques, numéros utiles...). De plus des « fiches de conduite à tenir en cas d'urgences » sur les urgences vitales ont également été remises à chaque IDE<sup>6</sup>.

Les thèmes des fiches ont été choisis pour couvrir les urgences les plus fréquentes et les plus graves. Il est rapidement apparu qu'il fallait élaborer en plus deux fiches génériques :

- la fiche 0 « situation inhabituelle-démarche systématique» définit les signes de gravité à détecter dans toute situation et nécessitant l'appel direct du médecin. Elle indique aussi les éléments clés à transmettre au régulateur ;
- la fiche 0bis « fiche éthique » détermine 4 niveaux d'intervention pour aider les intervenants d'urgence à la prise de décision et décider du degré de soins souhaitable. Au moins vingt-et-une fiches seront nécessaires pour couvrir le champ des urgences. Chaque fiche comporte deux parties : un volet AS, qui permet de débrouiller la situation dans le champ de compétences des AS. En fonction des situations, l'AS peut être amenée à résoudre seule le problème, à appeler l'IDE mobile, voire directement le 15, en se référant au protocole du volet IDE : appeler par

---

<sup>6</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/ide-et-aide-soignante-en-ehpad-conduite-tenir-en-cas-durgence>.

l'AS, elle apprécie la situation et agit avec les compétences qui lui sont propres. Elle est également amenée à résoudre le problème ou appeler le 15

## **IV RETOUR D'EXPERIENCE**

### **A. Infirmier mobile de nuit**

#### **1. Organisation :**

L'équipe mobile de nuit du département des Yvelines est pilotée par l'hôpital de Rambouillet, elle se compose de trois infirmiers à temps plein, dont deux titulaires et une infirmière en contrat à durée déterminée.

L'équipe est sous la responsabilité directe de l'infirmière coordinatrice du SSIAD, et indirecte de la cadre supérieure du pôle gériatrique. Elle dispose d'un bureau avec un ordinateur connecté à internet, un téléphone portable, un fax, une voiture avec une carte à carburant et des clés qui nous permettent d'accéder aux EAPAD.

Elle intervient dans quatre établissements :

1. LE FORT MANOIR au Mesnil saint Denis avec une capacité de 70 résidents,
2. QUIETA à Montigny Le Bretonneux avec 80 places,
3. LES EAUX VIVES à Saint Rémy avec 80 résidents
4. L'ERMITAGE à Chevreuse dont la capacité est limitée à 40 résidents.

La prise de service se fait à 21 heures, on commence par lire les transmissions des nuits précédentes, les mails et les transmissions de la journée, qu'on reçoit par fax des infirmiers de jour des établissements, puis on appelle les aides-soignantes de nuit des EHPAD, afin d'avoir des informations complémentaires, voire s'il n'y avait pas de problèmes particuliers, et s'assurer que tout va bien ainsi on pourra hiérarchiser notre tournée.

La tournée commence par l'EHPAD où il y a une urgence, ou dont l'un ou plusieurs résidents ont posé des problèmes de santé durant la journée, car ils nécessitent une surveillance particulière, comme une prise de constantes ou une administration de traitement dans le cadre de la continuité des soins.

En arrivant dans chaque établissement, on prend contact avec les aides-soignantes, pour voir si elles ont rencontré des problèmes pendant leur premier tour, on lit les transmissions sur

le logiciel utilisé, on commence notre tour de surveillance et de soins, et on finit par noter nos transmissions dans l'ordinateur et dans notre cahier, cela est répété pour chaque EHPAD.

Le tour se termine dans la structure, où les résidents posent le plus de problèmes de santé, ou nécessitent une surveillance particulière, ou bien l'administration d'un traitement spécifique, tel que la morphine, pour les résidents en fin de vie dont la douleur est au premier plan. Ce qui nous permet d'être sur place en cas de soucis, sans oublier d'être auprès du téléphone en cas d'appel des autres établissements.

La nuit de travail finit à 07 heures du matin, on quitte l'EHPAD vers 6 heures, pour arriver à l'hôpital de Rambouillet vers 06H30, le temps de remplir le déroulant de la nuit sur le site de l'ARS.

## **2. Etat d'esprits**

L'équipe depuis le début de l'expérimentation, est très motivée et très investi malgré des problèmes, qu'on va aborder dans les prochains chapitres. On travaille dans un environnement sain, où chaque soignant est bien conscient des enjeux de l'expérimentation, et essaye de faire de son mieux pour améliorer et contribuer à la réussite de ce dispositif.

### **B. Etude analytique :**

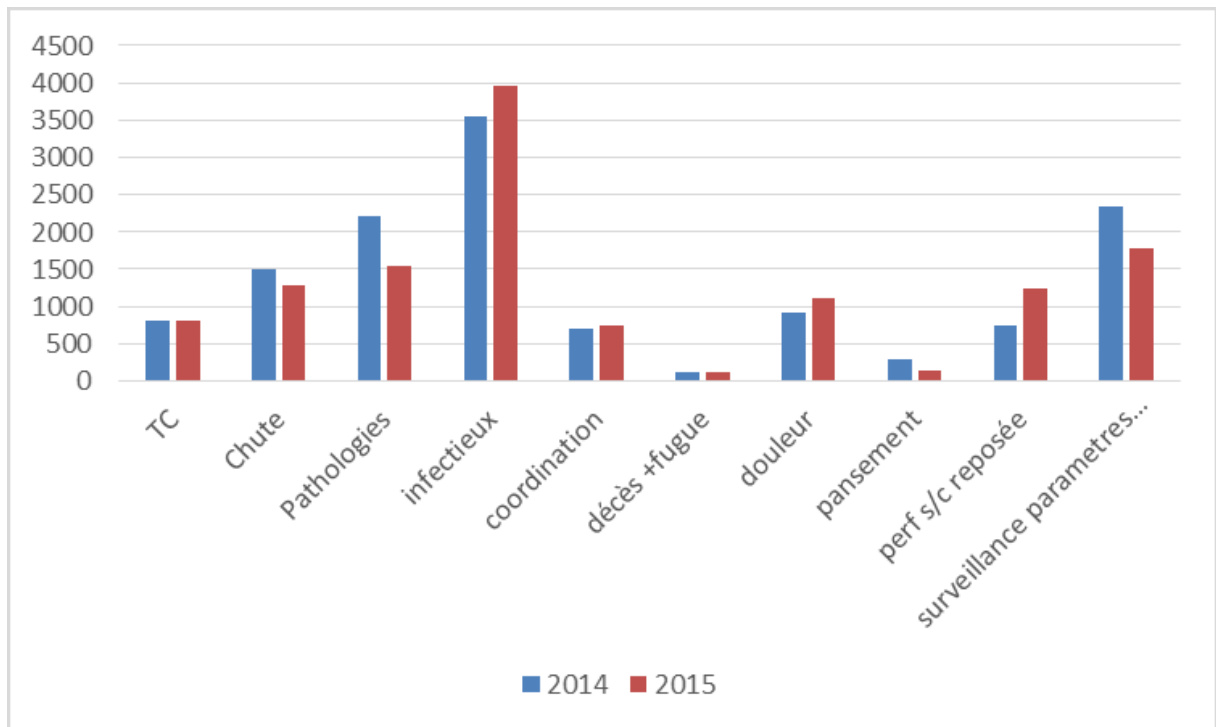
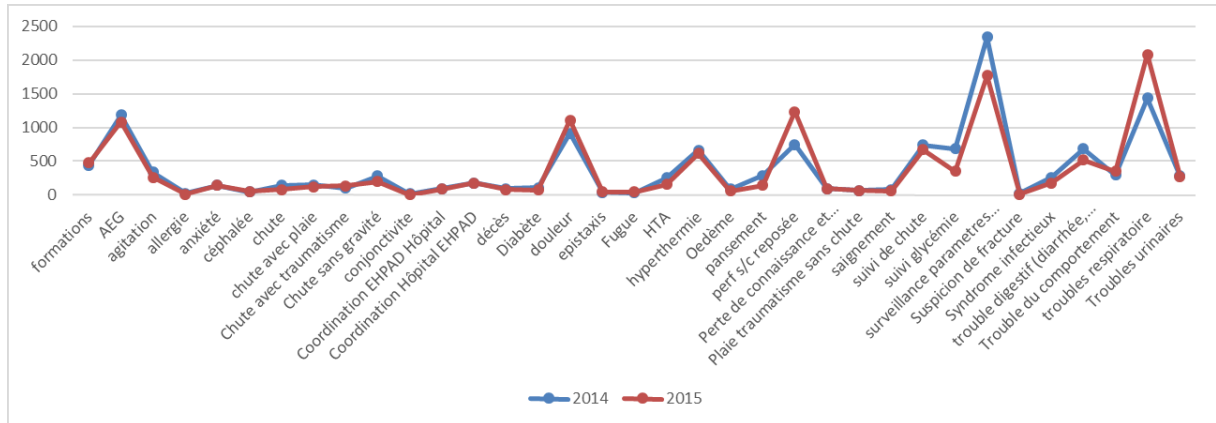
La population accueillie dans ces EHPAD présente des pathologies multiples, de plus en plus lourdes qui nécessitent un accompagnement soutenu, aussi bien le jour que la nuit. Alors que depuis de longues années, la présence des soignantes la nuit n'était assurée que par les aides-soignantes.

Cette organisation des soins la nuit n'était ni suffisante, ni rassurante selon les dires du personnel de nuit. Ils sont tous unanimes, que les différentes pathologies que présentent les résidents, justifient l'intervention d'une infirmière la nuit. Il est apparu que les résidents présentent 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 cardio-vasculaires respiratoires glycémiques...
- Des crises d'anxiété, des troubles de comportement.

- Des chutes avec ou sans traumatismes, plaies ou non...

### Répartition des pathologies<sup>7</sup>



Ces manifestations se déclenchent soit brutalement en cours de nuit, 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 pas assurer une prise en soins adéquate, et ne peut qu'appeler le SAMU, ou comme dans la plupart des cas se dégager de la responsabilité, sans d'ailleurs pouvoir expliquer précisément la problématique, puisque non formée à cela.

<sup>7</sup> Bilan activité IDE 2014 2015 en ile de France données ARS.

Ce manque de formation face à une situation de soin aigue, retardent la prise en soins efficace du résidant, avec les conséquences de gravité qui vont en découdre, pouvant engager le pronostic vital, faire déplacer le SAMU ou les pompiers inutilement, ou transférer le résident aux urgences, alors que la cause peut être gérée à froid par le médecin traitant.

Depuis qu'on est en poste, les Aides-Soignantes sont rassurées, et notre diagnostic infirmier aide à une prise en charge adaptée du résidant, et si on le juge nécessaire on fait appel aux pompiers ou le SAMU selon les cas.

Les résidents peuvent également relever de soins palliatifs, et ainsi justifier 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 intraveineuses ou en sous-cutanée.
- Un diagnostic infirmier afin d'éviter en cours de nuit une prise en charge inutile en milieu hospitalier.

#### **a. Retour d'expérience :**

Personnellement, j'ai intégré l'équipe en février 2015, après une expérience d'infirmier de jour essentiellement en EHPAD. Je me souviens du nombre de fois, où j'ai pris mon service le matin, et être informé que tel résident était transféré aux urgences durant la nuit. Les motifs d'admissions des personnes âgées au Service d'Accueil des Urgences (SAU), étaient dans la plupart des cas injustifiés. Ce qui engendrait des délais d'hospitalisation trop longs, des hospitalisations souvent inadéquates (en fonction des lits disponibles plutôt qu'en fonction des besoins réels des patients) ou pire un aller-retour EHPAD-SAU.

Ce mode de prise en charge, est source d'une grande déstabilisation physique et psychologique pour les résidents, de plus, cette situation est insatisfaisante pour les personnes âgées elles-mêmes, pour leur entourage, pour les médecins urgentistes, les médecins généralistes, la direction de l'établissement et surtout pour nous les infirmiers et infirmières.

La prise de service commence par des journées d'intégration dans les EHPAD concernés par le dispositif, le service de gériatrie et le service des urgences, ces journées permettent de faire connaissance avec l'équipe soignante, les cadres dirigeants et surtout connaître le

fonctionnement des établissements, et avoir une approche réaliste des services des urgences et de gériatrie.

Les premières nuits sont faites en doublon, avec les collègues infirmiers qui sont déjà en poste depuis un certain temps, elles sont indispensables pour les débutants, elles aident à connaître les équipes de nuit et le déroulement de la nuit et prendre ses repères.

Le dispositif d'une façon générale, à apporter beaucoup de points positifs, qui ont contribué à la bonne prise en charge des résidents, ce que j'ai constaté personnellement :

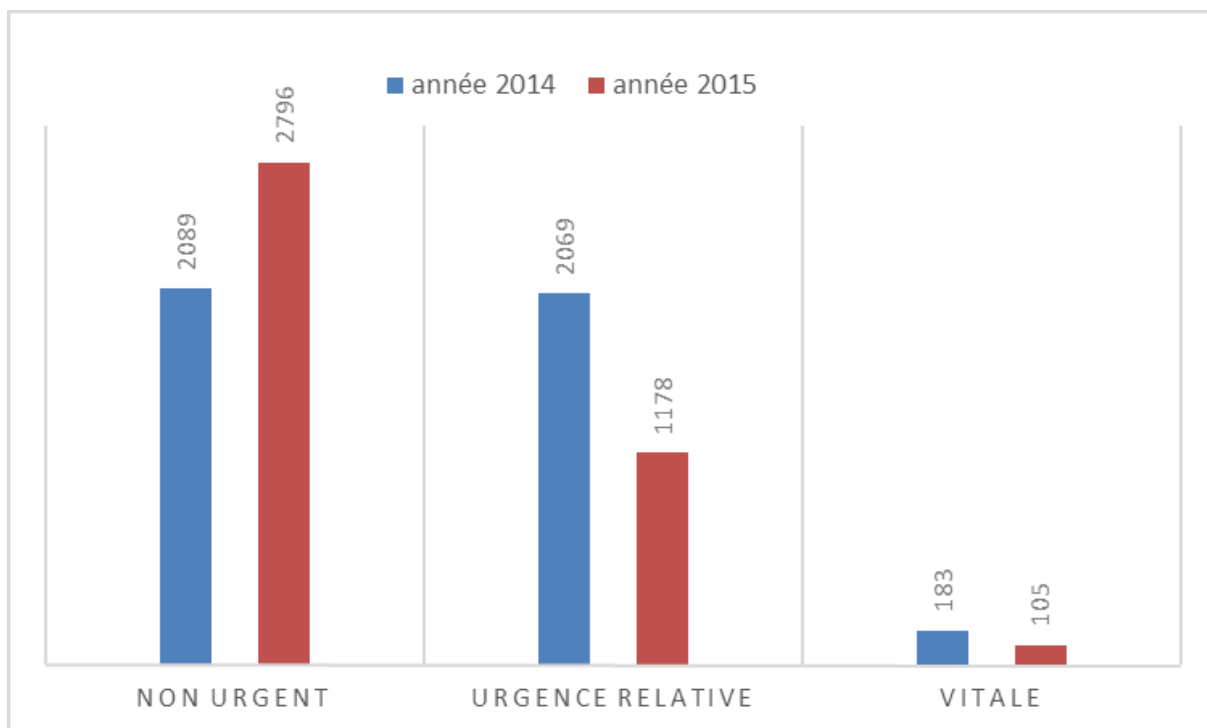
- Une amélioration des relations entre l'équipe de jour infirmière et les aides-soignantes de nuits : En effet là ou avant les transmissions des équipes de nuit n'étaient pas toujours prises en compte par les équipes de jour, les transmissions laissées par l'IDE de nuit sont mieux considérées par les équipes de jour, donc un trait d'union entre les 02 équipes.
- Une communication améliorée avec les médecins du SAMU et les familles, car on apporte de la crédibilité, la pertinence des informations, les premiers éléments de diagnostic et une meilleure appréciation de l'urgence. On peut être amené à communiquer avec les familles comme pour annoncer un décès.
- Approfondissement des connaissances des AS de nuit : le travail collaboratif avec les AS, et en fonction des situations, contribue à enrichir leurs connaissances, et améliore leurs transmissions écrites, orales et téléphoniques.
- Un relai essentiel à la réalisation du travail des AS. Lorsque les AS sont confrontés à une situation d'urgence, elles allient leurs compétences, pour accompagner au mieux le ou les résidentes concernées, et accueillir les équipes de secours. Ces situations d'urgence engendrent souvent, une prise de retard dans les tâches programmées qu'elles ont à accomplir. L'intervention de l'IDE constitue donc un renfort pour les équipes de nuit, qui leur permet de ne pas délaissé la prise en charge générale des autres résidents.
- Une gestion des troubles du comportement en EHPAD, une majorité de personnes est atteinte de troubles psycho-comportementaux. Les AS de nuit rencontrent régulièrement

des difficultés liées à ces altérations du comportement des résidents : agressivité, déambulations, chutes, intrusions etc. Les IDE mobiles, lorsqu'elles sont formées à prendre en charge ce type de personne, peuvent apporter une aide appréciée par les équipes de nuit. Dans ce cas, l'intervention de l'IDE mobile se situe au niveau préventif.

## b. Résultats

### Ce qu'on constate :

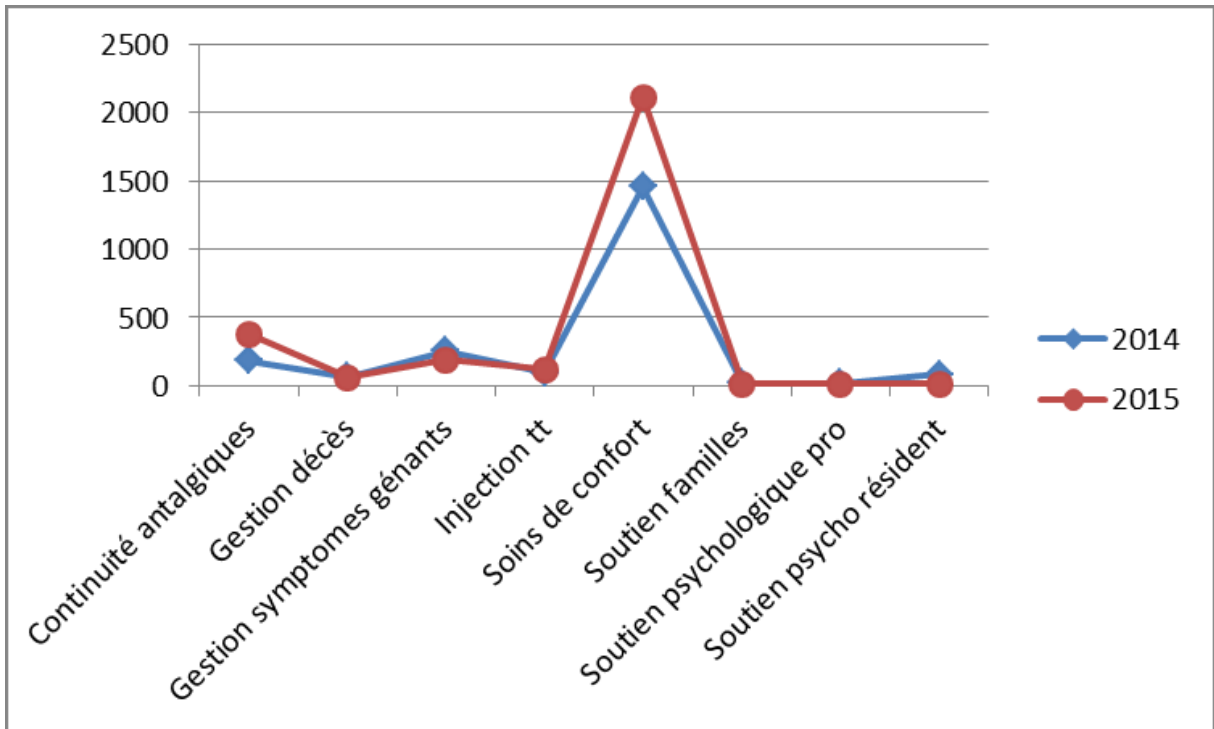
- Augmentation des décès en Ehpad, une tendance qui augmente au fil de l'expérimentation. En parallèle on a une diminution des décès en dehors des Ehpad.
- Des hospitalisations de jour, de nuit et surtout le week-end sont justifiées et donc travail qualitatif. **Actes d'Urgences : 4343 (en 2014) / 4078 (en 2015)**



- Augmentation des soins palliatifs en Ehpad, ainsi qu'une meilleure prise en charge de la douleur (la douleur est mieux prise en compte).

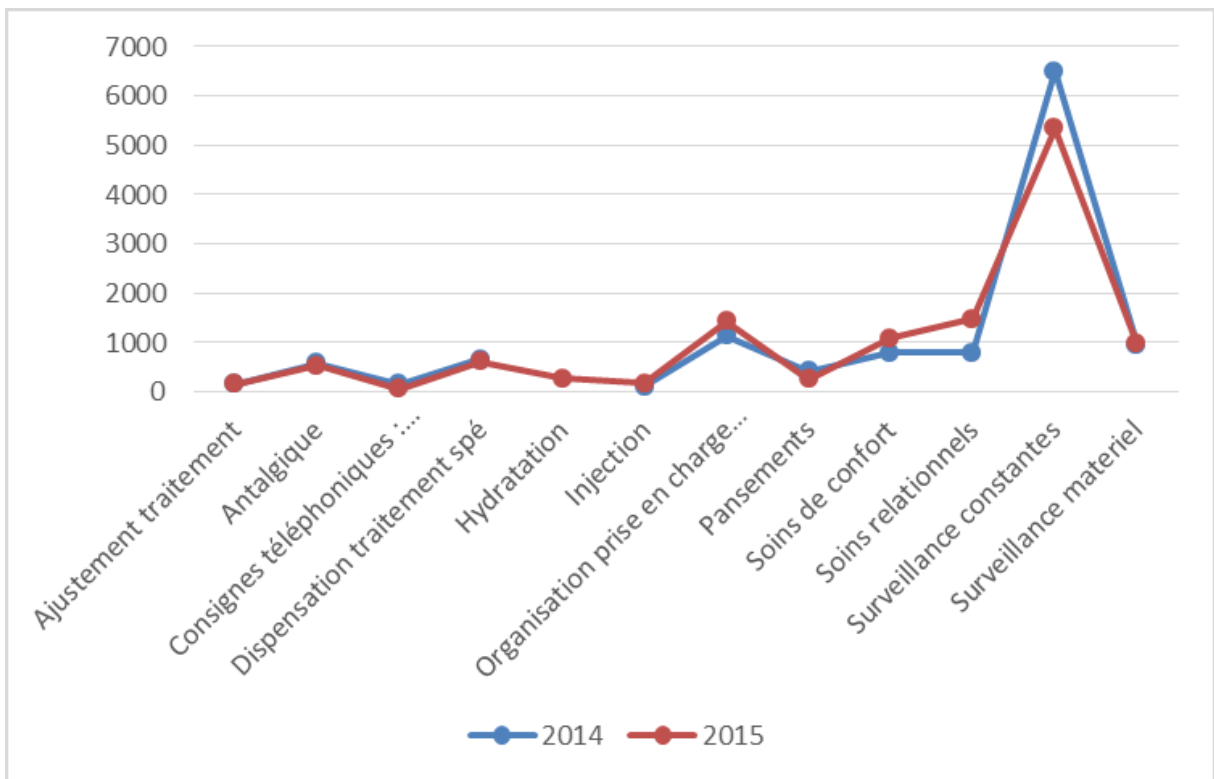
**Actes de soins palliatifs : 2177 (en 2014) / 2894 (en 2015)**



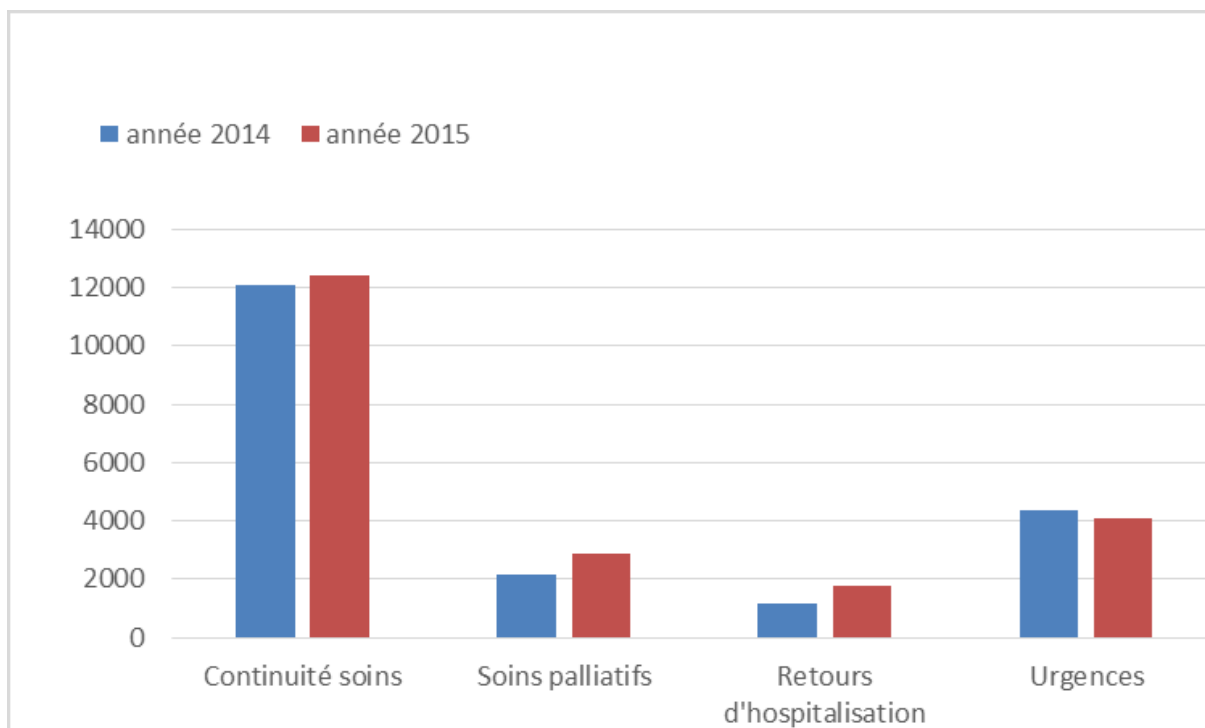


- Une continuité de soins.

**Actes de continuité des soins : 12309 (en 2014) / 12396 (en 2015)**



- Une diminution des 'hospitalisations aux urgences.
- Une augmentation des retours d'hospitalisation. : **Répartition des actes**



### c. Problèmes rencontrés :

En plus de ce que l'urgence peut nous engendrer comme difficultés, on rencontre d'autres problèmes qui pèsent constamment sur la qualité de notre travail, parmi elles :

- Le fait de travailler seul la nuit
- L'absence de médecin sur place
- La méconnaissance des habitudes de vie du résident, et encore moins de ses antécédents médicaux
- Les pressions familiales
- Le stress que la notion d'urgence engendre
- Les craintes médico-légales
- L'ambivalence individuelle et institutionnelle quant à la fin de vie en EHPAD.
- L'absence des niveaux de soins : car il est attendu par les services d'accueil des urgences, qu'il y ait un positionnement de l'équipe de l'EHPAD, quant au niveau de soins envisageables, surtout si le passage en réanimation est médicalement évoqué. Ce niveau de soins n'est

malheureusement pas présent dans tous les établissements, et s'il est présent, ce n'est pas pour tous les résidents et dans la majorité des cas il n'est pas à jour.

- L'absence de prescriptions anticipées personnalisées : L'intérêt de telles prescriptions n'est plus à démontrer, malgré les limites surtout dans le domaine de la douleur, aussi bien qu'elles ne peuvent pas s'appliquer à tous les symptômes pénibles en soins palliatifs, malheureusement ce genre de prescriptions est très rare.

Les prescriptions anticipées et les niveaux de soins, sont des éléments qui nous permettent d'agir le plus efficacement en situation d'urgence. Or, dans certaines structures, on ne dispose d'aucune ressource pour être en capacité d'intervenir.

- La délégation de tâches régulières aux IDE mobiles de nuit, par certaines structures se traduit par la monopolisation de l'IDE, au détriment des autres EHPAD. La qualité des prises en charge des résidents en journée, et les conditions de travail des équipes de jour (stress, charge de travail...) impactent sur la charge de travail déléguée à l'IDE mobile.
- Un manque de communication persistant : Les transmissions faites par les équipes de jour ne sont pas toujours complètes, ce qui ne nous permet pas d'inscrire ses actes dans une continuité logique. L'inexistence de rencontres entre les équipes de nuit et les équipes de jour, pose des difficultés de positionnement aux IDE mobiles.
- Un manque de confiance vis-à-vis du personnel de nuit, c'est ce qui m'a été rapporté par d'autres équipes mobiles, d'un autre département. En effet quelques EHPAD limitent l'accès au matériel, ce qui paralyse les équipes de nuit en cas d'urgence, et entrave l'acquisition d'une autonomie suffisante, pour bien coopérer avec l'IDE mobile. Cette restriction est vécue par les équipes de nuit, comme un manque de confiance de la part de leurs supérieures hiérarchiques. L'efficacité des interventions de l'IDE mobile de nuit, varie en fonction des éléments qui lui sont fournis par les équipes de jour et de l'appui ou non de la direction pour faciliter ces interventions.

Ajouter à cela :

- La difficulté du travail de nuit.
- Méconnaissance du personnel de quelques Ehpads du dispositif.
- Les IDE mobiles sont considérés comme des espions de l'ARS par quelque EHPAD, ce qui engendre un manque de confiance vis-à-vis du personnel de nuit.
- Le manque d'investissement et d'anticipation.
- Des missions de l'IDE de nuit qui varient entre les structures.

- Une accessibilité à quelques structures limitées.
- Et plus grave encore, la méconnaissance du personnel des urgences, et des services de gériatrie ou d'autres services, qui accueillent des personnes âgées, du dispositif par conséquent très mal exploité.

## **V - Intérêt d'avoir un(e) IDEC et un médecin coordinateur**

### **A. Rôle de l'infirmier coordinateur**

Vu l'élargissement du dispositif et toutes les difficultés sus cités, l'infirmier(ère) coordinateur (ice) du dispositif et plus qu'important, car il est le relais essentiel entre son équipe infirmière et les autres établissements, il doit coordonner les interventions et gérer les problèmes que ses infirmiers rencontrent, il est leur porte-parole auprès des différentes directions, et infirmiers coordinateurs des autres structures. Entre autres il assure les missions classiques qui sont :

- Gérer le planning du personnel (élaboration, suivis, remplacements, évaluations),
- 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 soins, et organiser la mise en œuvre des mesures nécessaires, au bon fonctionnement du service des soins.
- Animer et coordonner le travail de l'équipe soignante autour des projets.
- Garantir la qualité, la continuité et la sécurité des soins de nuit.
- S'assurer de la mise en œuvre de la démarche en soins infirmiers et du suivi du dossier de soins.
- Mettre en place les moyens nécessaires à la bonne réalisation des soins.
- Contrôler l'exécution et la conformité des pratiques de soins.
- 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 des résidents,

- Participer à l'élaboration du projet institutionnel, à sa mise en œuvre et à son suivi dans le cadre de la prestation de soins, en collaboration avec le médecin coordonnateur.
- Veiller à l'application et à l'évaluation des bonnes pratiques gériatriques, et participer 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 c'est nécessaire.

Au travers de ces différentes missions, l'infirmier coordinateur en EHPAD tient un rôle important, voire de pivot essentiel dans le trinôme directeur-médecin coordonnateur-infirmier coordinateur.

## **B. ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR**

Un médecin coordonnateur d'une telle expérimentation contribue à la qualité de la prise en charge gériatrique des résidents, en favorisant la coordination générale des soins entre les différents EHPAD et les hôpitaux, c'est un maillon important car lui seul peut promouvoir le dispositif auprès de ses collègues médecins urgentistes et médecins des services accueillant des personnes âgées, et donc réduire les temps d'hospitalisation.

Il (Elle) a pour missions de :

- Participer à l'élaboration du projet de soins de l'établissement qui détermine les modalités de prise en charge des résidents.
- Conseiller le(la) directeur(trice) de l'établissement sur le plan médical.
- Veiller à la mise en œuvre de solutions d'identification et de prévention des risques pour la santé publique.
- Veiller à la qualité de la prise en charge gériatrique.
- Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques.
- Contribuer à l'évaluation de la qualité des soins.
- Participer à la démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Contribuer à la professionnalisation des équipes.
- Mettre en œuvre une politique de formation et d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.
- Rédiger avec le concours de l'équipe soignante, le rapport annuel d'activité médicale.

- Présider la commission de coordination gériatrique, chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.
- Emettre, avec la commission de coordination, des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins.
- Réaliser les visites de préadmission avec les demandeurs et leurs familles.
- Conseiller le(la) directeur(ice) de l'établissement pour la décision d'admission d'un résident.
- Evaluer et valider l'état de dépendance des résidents.
- Assurer l'encadrement médical des équipes soignantes.
- Définir avec les équipes soignantes, les besoins de chaque résident et formaliser des protocoles de soins adaptés.
- Organiser la coordination des professionnels de santé (internes et externes) intervenant dans l'établissement.
- Veiller, avec les professionnels de santé, à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments et de soins.
- Être le garant du respect des droits et libertés des personnes et de la qualité des soins prodigués.
- Organiser le renseignement et le suivi des dossiers de soins.
- Réaliser des prescriptions médicales en cas d'urgence ou de risques exceptionnels.
- Animer la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements, dans le cadre de la continuité des soins.
- Contribuer à l'intégration de l'établissement dans les filières de prise en charge des personnes âgées (sanitaires ou médico-sociales).
- Développer des partenariats avec les acteurs institutionnels locaux : ARS, Conseil départemental, etc.
- Un autre rôle très important, est celui de mettre en place les prescriptions anticipées et les directives anticipées, qui sont très importantes pour le dispositif.

Certains EHPAD proposent que le médecin complète son activité de coordination, par le suivi médical des résidents de l'établissement. En effet, l'arrêté du 26 avril 1999 définissant le rôle du médecin coordonnateur, stipule qu'il est souhaitable que le médecin coordonnateur exerce une activité thérapeutique au sein de l'établissement.

L'arrêté du 26 avril 1999, prévoit que la fonction de coordination puisse être appliquée dans plusieurs institutions. On peut également observer la situation suivante dans le cas d'organismes gestionnaires de plusieurs établissements médico-sociaux : le médecin coordonnateur de

l'EHPAD complète son activité, avec une mission de conseil et de veille sanitaire auprès d'autres établissements de l'association.

A l'avenir on pourra donc envisager la possibilité d'un médecin coordonnateur mobile en EHPAD de nuit.

## **VI -Enquête**

1- EHPAD :

- public
- privé lucratif
- privé à but non lucratif

2- Capacité d'accueil :

3- Composition du personnel de nuit : qualification et nombre

- une IDE de nuit
- une astreinte téléphonique de nuit
- ni l'un ni l'autre.

4- IDE de nuit :

- mutualisée O nombre d'EHPAD :
- pas mutualisée

5- Nombre de décès enregistrés au total sur 1 an :

6- Lieux des décès :

- EHPAD :
- hors EHPAD :

7- Nombre d'hospitalisation en urgence de nuit sur 1 an :

- avec IDE de nuit :
- sans IDE de nuit :

8- Pathologies fréquentes des hospitalisations en urgence de nuit :

- cardiaques
- rénales
- pulmonaires
- neurologiques

- psychiatriques
  - autres
- 9- IDE de nuit :
- nécessaire
  - pas nécessaire
  - les attentes : pour le personnel, pour les résidents, pour les familles
- 10- IDE de nuit :
- pas de changement
  - changement : pour le personnel, pour les résidents, pour les familles

## **A. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE**

### **1) Choix de la cible et du terrain d'enquête :**

La récente expérimentation « infirmier(ère) de nuit en EHPAD » a permis de mettre en place, à titre expérimental une astreinte infirmière mutualisée ou pas, sur différents établissements. Il nous a semblé intéressant d'en tirer, après un certain temps de fonctionnement, un retour d'expérience.

Dans le but de limiter les hospitalisations de nuit, un(e) infirmier(ère) de l'EHPAD relais ou de l'hôpital local peut être amené(e) à intervenir la nuit sur différents EHPAD partenaires de sa zone géographique, en particulier pour assurer des gestes techniques prescrits par le médecin ou appliquer des prescriptions anticipées.

Nous avons ciblé pour notre enquête des aides-soignantes de jour et de nuit, une infirmière de jour, deux infirmières de nuit, un infirmier coordinateur, un médecin coordonnateur et une directrice d'établissement. 6 d'entre eux ont été confrontés au changement entre l'absence d'un(e) infirmier(ère) de nuit et la présence d'une astreinte infirmier(ère) de nuit. Nous avons ainsi réalisé 9 entretiens dans 6 EHPAD en région parisienne.

### **2) Choix du type d'enquête :**

Un questionnaire a tendance par définition à « enfermer les réponses », alors que nous cherchons à comprendre quelles sont les attentes par rapport à un(e) infirmier(ère) de nuit, ce qui a changé, et ce qui perdure comme difficulté. Pour cela, le discours libre est probablement



beaucoup plus révélateur. Nous avons donc décidé de mener une enquête qualitative ou compréhensive.

Par conséquent, nous avons fait le choix d'un entretien semi-dirigé, plus adapté pour permettre l'expression libre.

L'enquête a été menée de façon totalement anonyme, afin de ne mettre en situation délicate, ni les établissements ni le personnel de ces établissements.

Nous nous sommes limitées finalement à 9 entretiens pour faire une enquête préliminaire, sans chercher à atteindre la saturation des concepts, car le cadre d'un simple mémoire de diplôme universitaire ne nous le permettait pas. Nous ne cherchions pas donc pas de conclusion statistique, mais des pistes ouvrant la porte à un travail de recherche plus complet.

### **3) Guide d'entretien et questionnaire**

Afin de mener tous nos entretiens de la même manière, nous avons construit un guide d'entretien présentant le contexte et posant la question qui nous intéressait. Ce guide est composé de :

- Une introduction expliquant le contexte du mémoire et nos motivations, l'assurance du respect de l'anonymat, et permettant le recueil du consentement au fait que l'échange soit enregistré,
- Une question principale ouverte pour engager le dialogue,
- Enfin, si nécessaire, la question finale porte sur la description d'une situation vécue.

En cours d'enquête, nous avons constaté que se limiter à ces questions ne serait pas suffisamment informatif. Nous avons donc fait le choix d'engager un dialogue plus informel et de compléter notre entretien par un questionnaire.

### **4) Déroulement de l'enquête :**

Nous avons établi un planning de rendez-vous avec le personnel susceptible d'être interrogé. Nous avons dû composer avec les nécessités du service, les disponibilités de chacun, les impératifs horaires du service de nuit. Ce temps dédié à notre enquête devait s'effectuer dans le cadre du travail, sans nuire à l'organisation du service. Nous nous sommes engagés à ne pas dépasser 20 minutes d'échanges. Nous avons pu rencontrer 9 membres du personnel, volontaires et intéressés par la question de départ de notre recherche. Au fur et à mesure de l'entretien, nous avons pu constater une libération progressive du discours.

Les entretiens ont été enregistrés dans leur intégralité, à l'aide d'une tablette ou d'un téléphone portable.

## **B. LES LIMITES DE L'ENQUETE**

Le cadre d'un mémoire et le temps dont nous disposions nous a obligés à limiter le nombre d'entretiens. Nous avons de ce fait réalisé une étude qualitative visant à orienter une étude future. Pour obtenir la saturation des concepts, il nous aurait probablement fallu mener plus d'une vingtaine d'entretiens, ce qui était impossible, vu le temps dont nous disposions.

Par ailleurs, le recueil des données quantitatives n'est pas homogène pour tous les EHPAD : le nombre de passages aux urgences, d'hospitalisations non programmées, la prescription de soins anticipés dont les soins palliatifs ne sont pas toujours mesurés. Pour une meilleure objectivité, il fallait réaliser une étude quantitative comparative, avec groupe témoin.

De plus, des indicateurs spécifiques sur l'impact des hospitalisations évitables n'ont pu être isolés.

Les données qualitatives présentées ne relèvent pas d'une enquête qualitative ad hoc, mais correspondent aux retours complémentaires des EHPAD.

## **C. RESULTATS DE L'ENQUETE**

### **1) Résultats des entretiens et du questionnaire**

Pour plus de facilité, les références des entretiens seront notées ainsi :

- Aide-soignante du jour : AS
- Première aide-soignante de nuit : AS 1
- Deuxième aide-soignante de nuit : AS 2
- Infirmière de jour : IDE
- Première infirmière de nuit : IDE 1
- Deuxième infirmière de nuit : IDE 2

Pour l'AS, qui exerce dans un EHPAD ne disposant pas d'un(e) infirmier(ère) de nuit, elle place beaucoup d'espoir dans cette expérimentation. Elle affirme : « La présence d'une infirmière de nuit permettra – d'apporter la sérénité en pratiquant les premiers gestes de secours,

- Aux aides-soignantes d'évoluer dans leur cadre d'emploi, en évitant le glissement des tâches,

- De travailler en collaboration avec les aides-soignantes et aides médico-psychologiques travaillant la nuit,
- De développer un esprit de solidarité, d'entraide et de communication avec l'équipe de nuit,
- D'aider le personnel de nuit à faire face au stress qu'il peut ressentir ».

Pour mener nos entretiens et faire remplir nos questionnaires par les aides-soignantes de nuit (AS 1 et AS 2), qui bénéficient de la présence d'une infirmière de nuit, nous avons profité de l'existence des expérimentations PAERPA et « IDE de nuit en EHPAD ». Ce contexte particulier a probablement été bénéfique pour libérer la parole : les aides-soignantes de nuit ne se trouvant plus en situation tendue liée à l'absence d'infirmière, elles ont pu s'exprimer au passé sur ce qui se faisait avant, et donc évoquer plus facilement les dépassements de compétences. Certaines même qui ne voyaient pas l'intérêt d'une présence infirmière, ont pu réaliser combien les gestes qu'elles pouvaient faire les soulageaient par rapport à des situations vécues auparavant comme angoissantes.

Les échanges nous ont permis de constater le soulagement des aides-soignantes de nuit et le sentiment général d'enthousiasme pour ces expérimentations. Les raisons sont diverses mais l'avis unanime : toutes ont apprécié l'arrivée des infirmières de nuit.

AS 1 : « Ah moi, le projet je l'ai adopté à 300%. C'est un très beau projet pour nous ».

AS 2 : « Mais pour le moment comme nous avons des infirmières... ah ! moi je trouve que c'est du bonheur ! c'est un plus, c'est un grand plus, ce n'est pas un petit plus. Mais c'est un grand plus ».

Toutefois, lors des différents entretiens menés, nous avons pu constater la réalité du transfert de tâche la nuit. Une réalité qui existait avant la présence de l'infirmière de nuit, et qui persiste partiellement depuis leur présence.

Détaillons les actes concernés :

- Distribuer les médicaments
- Réaliser les glycémies capillaires
- Gérer une perfusion
- Administrer de l'oxygène et régler le débit
- Adapter une poche de colostomie
- Refaire un pansement d'escarre

- Réaliser une aspiration endotrachéale

Les aides-soignantes de nuit (AS 1 et AS 2) que nous avons interrogées ont, au cours des entretiens, évoquées de nombreuses situations dans lesquelles la loi n'était pas respectée. De certains discours ressort également une forme d'angoisse ou de poids qui pèse sur elles, qui n'est pas simplement lié à la solitude de la nuit. En l'absence d'infirmière de nuit et devant des résidents en souffrance, elles sentent une « obligation » de réaliser certains actes, même si elles savent devoir les éviter.

AS 1 : « Avant, on n'avait pas d'infirmière de nuit, donc on était obligé de le faire ».

AS 2 : « On n'avait pas le droit de le faire, mais...euh s'il fallait le faire, on le faisait ».

Que faire devant un résident qui appelle à l'aide ?

Pour l'infirmière de jour (IDE), cette expérimentation n'est pas pertinente : « il n'y a pas d'astreinte médecins de garde et les infirmières ne peuvent pas prendre des responsabilités médicales ». Cet IDE souligne qu'une infirmière peut « assurer une surveillance nocturne, mais pas un acte médical. Cela garantit une continuité des soins de jour comme les intraveineuses et ça peut désengorger les hôpitaux, mais pas les urgences car s'il se passe quelque chose la nuit, de nuit appellera le SAMU comme le font les aides-soignantes de nuit actuellement. Une infirmière de nuit ne peut pas diagnostiquer s'il y a une fracture, il faut le regard d'un médecin ».

Cette infirmière de jour explique qu'une infirmière de nuit ne pourra pas procéder à un geste médical : « Nous faisons appel au SAMU car avant d'être un lieu de soin, une maison de retraite est un lieu de vie. Nous ne sommes pas équipés pour des soins médicaux ». Elle ajoute que « S'il y a des chutes de résidents la nuit dans les EHPAD, c'est qu'ils souffrent de troubles et de déambulation qui provoquent parfois des chutes. Avoir du personnel supplémentaire qui les relève et les accompagne vers leur lit pour les endormir paisiblement est plus important qu'un acte soignant de nuit dans une maison de retraite ».

Elle termine par cette question pertinente : « Comment fera-t-on s'il y a 2 urgences dans 2 EHPAD au même moment ? ».

Pour les infirmières de nuit (IDE 1 et IDE 2), ce dispositif va dans le bon sens.

IDE 1 explique : « Entre 21h30min et 7heures, les aides-soignantes peuvent nous appeler lorsqu'elles rencontrent une urgence relative. Nous évaluons au téléphone la nécessité de nous déplacer, puis intervenons sur place pour assurer les soins nécessaires. Les urgences vitales relèvent toujours du 15. Celles qui justifient notre intervention sont évidemment celles qui s'inscrivent dans le cadre de nos compétences : assurer des soins après une chute, remettre une perfusion en place, soulager le patient douloureux... ».

Pour cela, les médecins des EHPAD rédigent préalablement des procédures ou des prescriptions anticipées pour chacun de leurs patients, selon leur profil de vulnérabilité.

IDE 2 : « Les appels ont été plus fréquents au début, car les aides-soignantes avaient besoin de trouver leur marque. Maintenant, un déplacement par nuit est nécessaire en moyenne ».

IDE 1 : « Le dispositif apporte la réassurance aux aides-soignantes qui avaient l'habitude de travailler avec les infirmières. Les patients et les proches sont aussi rassurés de savoir de savoir qu'une infirmière peut se déplacer si nécessaire ».

IDE 2 : « On est plus autonome, dans la limite de nos compétences et cela valorise notre travail. C'est l'occasion de mettre toutes nos compétences en jeu pour répondre à une situation auprès de laquelle on arrive sans savoir totalement ce qui nous attend ».

Pour l'infirmier coordinateur, la pris en charge de l'infirmière est indispensable la nuit. « Elle assure un encadrement et le respect des bonnes pratiques.

Elle permet aussi aux résidents de rester dans leur lieu de vie jusqu'à la fin. Pour les personnes isolées et fragiles, c'est mieux que de finir ses jours à l'hôpital, avec des personnes qui ne les connaissent pas. J'ai connu beaucoup de cas où nous avons réussi à faire en sorte que la personne décède auprès de ses proches. Un soir, l'un de nos résidents, Monsieur R. qui souffrait d'insuffisance respiratoire, était très affaibli, dans un état ressemblant à une fin de vie. Nous aurions dû le transférer à l'hôpital s'il n'y avait pas eu d'infirmière de nuit. Sa fille est venue le voir le lendemain matin. Il était frais et rose. La famille a vraiment été reconnaissante ».

« Le recrutement d'une infirmière de nuit a été ma priorité lorsque je suis arrivé en EHPAD. L'établissement présentait un pathos important. L'infirmière de nuit est un bon relais. Il est

évident que sa présence évite de très nombreux aller-retour entre l'EHPAD et l'hôpital. Outre la prise en charge, les soins palliatifs et la surveillance de fin de vie, l'infirmière a aussi un rôle très rassurant d'encadrant de nuit. Pour un EHPAD présentant moins de pathologies, l'infirmière présente sur plusieurs établissements, peut représenter une bonne alternative. Elle est proche et a un regard sur les résidents et sur l'équipe soignante ».

L'infirmière de nuit est présente dans la structure porteuse et en astreinte pour les autres établissements.

« Il s'agit d'infirmières expérimentées qui ont l'habitude de prendre des décisions en urgence et dont le périmètre d'intervention est situé à moins de 30km de la structure porteuse.

Pour accomplir leurs missions, toutes les infirmières visitent chacun des EHPAD. Elles sont munies de leurs plannings, une adresse mail dédiée pour les échanges avec les autres structures est mise en place. En outre, des réunions sont régulièrement organisées pour recueillir leur ressenti et les suggestions quant aux améliorations à apporter au dispositif ».

Pour le médecin coordonnateur, cette expérimentation ne va pas dans le bon sens. Selon lui, pour éviter les hospitalisations inutiles, il vaudrait mieux mettre les moyens disponibles sur la permanence des soins, qui permet aux praticiens libéraux de se rendre dans les EHPAD en cas d'urgence.

« Quand les résidents sont vus par le médecin, ils sont moins hospitalisés », assure ce généraliste.

Pourquoi cette mesure va-t-elle dans le mauvais sens ?

C'est d'abord la crainte que le financement ne se fasse au détriment des aides-soignantes qui est mise en avant. « Si on essaie de mettre une infirmière de nuit dans un EHPAD, il faut 2,2 postes, et 2,2 postes chargés, cela fait 110 000 euros. Vous avez combien d'aides-soignantes avec ça ? Les résidents ont bien plus besoin d'aides-soignantes le jour que d'infirmières la nuit. C'est du bon sens élémentaire ».

D'après lui, la priorité est ailleurs que ce dispositif de mutualisation d'infirmières de nuit.

Pour la directrice d'EHPAD, cette expérimentation apporte « un plus » aux établissements.

« Nous avons mis au point un processus de recrutement des infirmières, élaboré un modèle de formation incluant une semaine de théorie et quatre semaines de stage pratique, et formalisé l'intervention des infirmières de nuit au sein d'un protocole ».

Trois infirmières se relayent pendant la semaine, assurant chacune des vacations de deux nuits, suivies de quatre jours de repos. Le week-end, la présence de l'infirmière est remplacée par une astreinte à domicile ».

« Le travail courant est effectué par l'équipe de jour. Les infirmières de nuit, quant à elles, sécurisent l'équipe soignante de nuit ainsi que les résidents et les familles. En cas de souci, chacun sait qu'il peut compter sur la présence d'une infirmière compétence. S'il est nécessaire de faire appel à SOS Médecins, cette dernière peut compter sur l'infirmière pour relayer toutes les informations utiles sur l'état de santé du patient, ce qui est appréciable.

La présence de l'infirmière de nuit nous permet d'être en capacité d'accueillir des résidents lourdement dépendants : nous pouvons par exemple accueillir des patients avec des sondes gastriques ou des perfusions sans nous poser de question. Cela n'évite peut-être pas les hospitalisations, mais cela les écourte très certainement ».

## **2) Les Limites du dispositif**

Une réflexion préalable permet d'objectiver le besoin d'une présence IDE de nuit et de choisir la modalité de mise en place la plus pertinente. L'éloignement d'un service d'urgences, le nombre de résidents, les profils pathologiques (résidents à pathologies évolutives, à risque de décompensation ou requérant des soins palliatifs) et le niveau de perte d'autonomie moyen, ainsi que l'éventuel besoin ressenti par les équipes de jour et de nuit déjà présentes, ont souvent fait partie des critères pris en considération dans la décision d'avoir recours à un professionnel IDE la nuit.

Deux modèles se dessinent sur le périmètre d'intervention de l'IDE. En effet, l'accent est mis, soit sur les prescriptions anticipées (dont les soins palliatifs, les retours d'hospitalisations et les soins habituels du résident), soit sur la gestion des appels de nuit imprévus.

On note des réserves quant à la prise en charge de la gestion des urgences la nuit par une IDE : le diagnostic infirmier est de nature différente du diagnostic médical, une partie des soins de nuit peut être reportée au lendemain, comme par exemple les pansements complexes. Plus

encore, l'intervention de l'IDE n'exclut pas l'intervention a posteriori des services d'urgences, ce qui pose la question du doublonnage des interventions.

Concernant les astreintes et gardes avec recrutement de personnels infirmiers extérieurs aux EHPAD, nous rencontrons des difficultés générales de recrutement : d'une part, en raison de la spécificité du profil recherché (IDE avec une compétence d'urgence et de gérontologie) ; d'autre part, la perspective du travail la nuit est un facteur de moindre attractivité du poste.

Enfin, le caractère pérenne ou non, au titre d'une expérimentation, des crédits finançant le dispositif est un élément prépondérant dans le recrutement des IDE entre un contrat à durée déterminée (CDD) et un contrat à durée indéterminée (CDI). Certains EHPAD n'ont pas réussi à recruter, faute de candidats ou de compétences car la capacité gériatrique est mieux portée par le personnel d'EHPAD et la capacité urgentiste est en rapport avec le personnel hospitalier. De fait, soit ils ont reporté les ETP de jour pour assurer la présence de nuit, ce qui pose la question du report de soins ; soit les IDE déjà présentes dans l'EHPAD effectuent des astreintes ou garde, en plus de leur présence de jour, ayant pour conséquences des difficultés de planning.

Dans les deux configurations, la mise en place d'un personnel de nuit s'est parfois traduite uniquement en semaine, posant la question de sa réelle plus-value.

Une autre difficulté relève du financement. Au sein d'un même dispositif, des rémunérations d'astreintes différentes ont été relevées selon le statut de l'employeur. La mise en place de conventions collectives et la rémunération par un seul site pilote qui refacture aux sites adhérents ou l'emploi par un seul site peuvent répondre à cette difficulté.

Au terme de cette enquête, si le bénéfice humain d'un personnel infirmier de nuit est consensuel, il est encore difficile de conclure sur l'efficacité médico-économique de la mise en place d'un personnel IDE de nuit, et une analyse plus fine des différents modèles serait utile.

## **INTERET DE LA MUTUALISATION**

- 1- Mieux exploiter les protocoles de coopération entre soignants : ils pourraient permettre des simplifications, la nuit, dans bien des cas définis ; le médecin et l'infirmière coordonnateurs peuvent être à l'origine de nouveaux protocoles à soumettre à l'ARS.
- 2- S'appuyer plus largement sur les services d'Hospitalisation A Domicile :



Pour les situations lourdes et complexes, les HAD sont d'un grand secours et le recours à leurs services n'est probablement pas assez exploité. Certains acceptent d'intervenir même si la situation ne nécessite pas un passage aussi fréquent que défini par la loi. Cependant, il existe une disparité selon les conventions et les lieux d'intervention qui ne favorise pas les demandes.

3- Poursuite et pérennisation des expérimentations PAERPA et « IDE de nuit en EHPAD » :

Ces expérimentations ont, dans tous les cas, permis de sortir les aides-soignantes de nuit de leur isolement, de les rallier à une équipe et d'améliorer le vécu de situations d'urgence et de fin de vie. Cependant, une présence infirmière de nuit ne résoudra probablement pas à elle seule les problèmes de transfert des tâches. Il faudra au minimum la coupler à une formation du personnel.

4- Mieux former et informer les aides-soignantes et les infirmières :

. Rappeler les limites des champs de compétences des aides-soignantes et des infirmières. Cela peut être repris clairement par l'infirmier coordinateur dans leur fiche de poste. Pour cela, il peut être intéressant de se référer à la fiche de poste IDE de nuit proposée par l'ARS Ile de France dans le cadre de son expérimentation ;

Former également sur les conduites à tenir dans certaines situations d'accompagnement de fin de vie, en présentant le rôle de chacun. Ces formations peuvent être dispensées en interne par le médecin coordonnateur.

Un travail préparatoire est nécessaire sur les missions de l'IDE de nuit et les pratiques de l'EHPAD d'accueil, il doit notamment mobiliser le médecin coordonnateur.

L'établissement des procédures de gestion des urgences ou des soins palliatifs pourra permettre de cadrer les interventions.

L'exercice infirmier de nuit par des IDE déjà salariés d'EHPAD permettrait une meilleure continuité du soin de par la connaissance des patients, des équipes et de l'EHPAD (fonctionnement interne et relations externes), à condition de bien organiser les plannings en fonction des temps de repos, afin de ne pas constamment avoir recours aux mêmes professionnels. Une formalisation du rôle de l'IDE de nuit au sein d'une fiche de poste et/ou d'un cahier des charges est souhaitable, si possible en lien avec les équipes déjà présentes.

La réalisation des soins nocturnes dans le cadre des soins palliatifs (morphiniques,), des retours d'hospitalisation (antibiothérapie...) et des traitements au long cours (insulinothérapie...), apparaît comme efficiente. Elle doit néanmoins s'articuler avec la possibilité d'intervention de l'établissement d'HAD en EHPAD.

Une piste alternative au recrutement par un EHPAD ou un groupe d'EHPAD d'une IDE de nuit ad hoc pour effectuer des astreintes pourrait être de les faire assurer par l'IDE coordinatrice d'astreinte de l'HAD. En effet, ce personnel infirmier, en activité pour le compte de l'HAD, détiendrait les compétences requises avec un coût supplémentaire marginal par rapport à la création de postes dédiés. De plus, cette articulation permettrait de développer les interventions d'établissements d'HAD dans les EHPAD, et donc d'améliorer également la prise en charge des résidents le jour.

En parallèle du déploiement des projets IDE de nuit, un renforcement de la présence paramédicale (particulièrement aide-soignante) de jour et de nuit, voire médicale, sont également sans doute des facteurs d'amélioration de la continuité des soins. Par exemple, un EHPAD a renforcé sa présence de nuit par un externe en médecine ; ce dispositif dans un autre EHPAD a montré une diminution des hospitalisations évitables, consécutive à la présence d'une IDE de nuit et d'un temps de présence médical accru (le médecin coordonnateur étant le médecin traitant pour la majorité).

Une collaboration régionale avec les équipes de gériatrie et de soins palliatifs, l'établissement d'HAD, les services de l'hôpital de proximité (dont le service des urgences, la gériatrie aigüe et les soins palliatifs) permettra une mise en place plus intégrée du dispositif et participera de la mobilisation des ressources de la région.

### **Nécessité d'une Infirmier(e) de nuit en EHPAD**

L'infirmier(ère) de nuit intervient au sein d'une structure porteuse et/ou auprès des EHPAD du même secteur géographique, afin :

- D'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en soin de nuit.
- D'éviter toutes les hospitalisations évitables, en appliquant les prescriptions anticipées.
- De faciliter le retour en institution ou à domicile lorsque l'hospitalisation a été inévitable.

- D'apporter une première réponse en nuit profonde, période où la permanence des soins ambulatoires est en mode dégradé.
- De répondre à l'augmentation des besoins en soins des résidents poly pathologiques.

L'infirmier(ère) de nuit analyse, organise, évalue et dispense les soins infirmiers, soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier(ère), dans la structure de rattachement et/ou dans les structures d'hébergement pour personnes âgées désignées dans son secteur géographique.

L'infirmier(ère) travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire afin de répondre aux situations d'urgence et dispense des soins individualisés, continus (soins infirmiers 24h/24h) et adaptées à la personne âgée.

Il (elle) peut être amené(e) à faire appel au personnel médical d'astreinte (SOS médecin, SAMU, etc.)

La mise en place d'une présence infirmière de nuit en EHPAD s'inscrit aussi dans les expérimentations PAERPA (dispositif pour les Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie), pour éviter ou réduire les passages aux urgences.

## **VII CONCLUSION**

La présence d'une Infirmière de nuit est plus que jamais souhaité au sein d'un EHPAD, au terme de la réflexion que nous avons eu, tout au long de ce travail de recherche. Cependant, ce souhait sera bien difficile à se réaliser, à cause des soucis budgétaires

Sous un autre aspect, cela sera bien possible, à la seule condition que plusieurs EHPAD se mettent en commun, pour faciliter le passage et l'intervention d'une infirmière de nuit. Ce sans quoi le problème des hospitalisations de nuit, restera en l'état des choses.

## VIII – RESUME EN ANGLAIS

At night, the services are emptied of their staff, the last families also come to visit their relatives, leave the health facilities, arrives the time of the meeting between the team of day and that of the night. The silence begins to be felt in the corridors that become dark.

Many health problems appear in an acute phase, the staff who face them are not sufficiently qualified and reduced in number. This formula has been successful for a long time. But nowadays, we live older and people are poly pathological, the caregiver is no longer able to cope with the health problems of residents who become more complex, for lack of theoretical knowledge and practice. For a long time, their duties were limited to nursing and sleeping pills. When they face a complicated health problem, their only solution is to call the Emergency number to direct the resident to emergencies.

The emergency department has to face this new demand, which unfortunately increases waiting times, requires more and more caregivers, geriatric knowledge and material resources.

The resident who has taken his bearings in Retirement home, lives very badly this stay in emergencies, and complications in terms of organic, including pressure ulcers, infections, confusion and fatigue, complete the clinical picture.

Residents are numerous to be transferred to emergencies, while the presence of a night nurse, could have avoided this hospitalization which has a cost for the taxpayer. To respond effectively to this situation, an experiment was launched, it connects four retirement homes, where a mobile nurse is led to do the rounds, either at the request of caregivers or according to a program established.

Experimentation that was quick to bear fruit, insofar as the caregiver responds effectively to the demands of residents and relieves the difficulties of caregivers. This has had the immediate effect of reducing night-time hospitalization, decreasing the number of emergencies, reducing health care costs, and eliminating emergency room beds.

The mobile night nurse in nursing homes occupies more and more place of choice, in a system where it has long been considered less technical than that of the day.

## **BIBLIOGRAPHIE**

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

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

<http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/infirmier-nuit-poste-generaliserehpad>.

Html

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

<http://www.espaceinfirmier.fr/actualites/171127-infirmiere-de-nuit-les-astreintes-en-ehpad>

[Http ://www.ile-de-france.ars.sante.fr/dispositif-dastreinte-infirmiere-de-nuit-mutualisee](Http://www.ile-de-france.ars.sante.fr/dispositif-dastreinte-infirmiere-de-nuit-mutualisee)

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne\\_%C3%A2g%C3%A9e](https://fr.wikipedia.org/wiki/Personne_%C3%A2g%C3%A9e).

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>

<http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/ide-et-aide-soignante-en-ehpad-conduite-tenir-en-cas-durgence>.

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/experimentations-4>

Bilan activité IDE 2014 2015 en ile de France données ARS.

