

---

**ZINF OU PAS ZINF LA NUIT EN EHPAD ? LES USAGERS TENTENT D'Y VOIR CLAIR****Résumé -**

Depuis de nombreuses années notre fédération qui représente les personnes âgées, leurs proches et leurs amis attire l'attention des pouvoirs publics sur la faiblesse du dispositif de nuit dans les Ehpads. Depuis quelques années, les instances concernées ont mis en place avec certains établissements des expérimentations qui mettent en place des infirmières de nuit. A la lecture de la presse professionnelle plusieurs enseignements positifs peuvent être relevés à la suite ou dans le cours de ces expérimentations. Fort des résultats positifs, le PLFSS pour 2018, projet de loi de financement de la sécurité sociale, prévoit un budget de 10 millions d'euros pour développer un dispositif d'infirmières de nuit mutualisées sur plusieurs établissements. Et c'est à ce moment que les usagers sont surpris d'apprendre que certaines corporations de professionnels, médecins coordonnateurs, infirmiers, syndicat national des généralistes intervenant en Ehpads procèdent à un empilement d'objections tendant à démontrer que les infirmières de nuit en Ehpads ne sont pas une bonne solution ! Alors que penser de tout cela, ZINF OU PAS ZINF LA NUIT DANS LES EHPAD ?



**Depuis de nombreuses années notre fédération qui représente les personnes âgées, leurs proches et leurs amis attire l'attention des pouvoirs publics sur la faiblesse du dispositif de nuit dans les Ehpad.** Dans la plus grande partie des établissements le service de nuit, de 21 heures à 7 heures, est assuré par deux personnes pour 70 résidents ou plus, une aide-soignante et un agent des services logistiques dit ASL. Il peut arriver qu'en cas d'absence imprévue le service de nuit ne repose plus que sur une personne, AS ou ASL. Selon les chiffres de l'ONFV, observatoire national de la fin de vie, 16% des établissements disposent d'une infirmière de nuit et 13.5% ont instauré un système d'astreinte téléphonique qui permet aux aides-soignants présents la nuit de joindre un infirmier en cas de besoin.

Dans ces conditions, il est évident que la qualité de la prise en charge de nuit des résidents, atteints le plus souvent de multi-pathologies, souffre de manques importants. Les situations d'urgence avec une dégradation rapide de l'état du résident mettent les AS et les ASL en difficulté et la personne âgée en danger. Les hospitalisations de nuit, souvent préjudiciables, sont fréquentes. La continuité des soins infirmiers, sur la base de prescriptions médicales anticipées, n'est pas assurée. Les personnes qui arrivent en fin de vie, et ils sont des dizaines de milliers chaque année en Ehpad, se retrouvent souvent seules ou peu accompagnées pour quitter la vie terrestre. L'ONFV, observatoire national de la fin de vie, dit dans ses études que la présence d'infirmières de nuit permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de personnes âgées en fin de vie par an.

**Depuis plusieurs années, les instances concernées ont mis en place avec certains établissements des expérimentations qui mettent en place des infirmières de nuit.** Il peut s'agir d'une plate-forme de services dans laquelle six infirmières volontaires au sein de quatre Ehpad concernés assurent à tour de rôle une permanence à leur domicile. Il s'agit ici d'infirmières expérimentées qui savent prendre des décisions en urgence et dont le domicile est situé à moins de quinze minutes des établissements.

En région parisienne, vingt-et-un Ehpad participent à une expérimentation de mutualisation des infirmières de nuit initiée par l'ARS, Agence Régionale de Santé. Cette démarche est organisée par groupes de trois établissements. Une infirmière de nuit est présente dans un Ehpad et en astreinte pour les deux autres. Ce dispositif permet une meilleure régulation auprès du SAMU.

**A la lecture de la presse professionnelle plusieurs enseignements positifs peuvent être relevés à la suite ou dans le cours de ces expérimentations.**

L'infirmière de nuit apporte une présence rassurante pour les résidents et pour les professionnels. Cette infirmière qui répond à une question de journaliste dit que la nuit comme le jour elle s'occupe des pansements, des chutes, des malaises... Elle dit aussi que « la nuit est propice aux angoisses des résidents et que certaines personnes font de véritables crises d'angoisse ».

Un directeur qui a recours aux infirmières de nuit depuis plusieurs années dit que « les infirmières de nuit sécurisent l'équipe soignante de nuit ainsi que les résidents et les familles » et que « en cas de souci, chacun sait qu'il peut compter sur la présence d'une infirmière compétente. S'il est nécessaire de faire appel à SOS Médecins, l'infirmière peut



relayer toutes les informations utiles sur l'état du patient. » On observe encore que « en passant le relais à l'infirmière de nuit, les aides-soignantes peuvent mieux se consacrer à l'ensemble des résidents. »

La responsable du projet développé en région parisienne indique, après plusieurs années d'expérimentation, que « le médecin du SAMU est en lien avec un interlocuteur plus aguerri dans le diagnostic et en mesure de mieux identifier les problématiques de la situation et de déclencher la bonne prise en charge auprès du résident en difficulté. Ce qui aurait pu déclencher un départ vers l'hôpital peut désormais se transformer en demande d'avis médical, en recourant notamment à SOS médecins, sans forcément nécessiter une hospitalisation derrière. » Il reste à démontrer que les économies réalisées sur les hospitalisations évitées pourraient être redistribuées aux Ehpad et que l'assurance maladie pourrait être gagnante tout en apportant un gain qualitatif aux habitants des Ehpad.

L'observatoire national de la fin de vie explique que l'infirmière de nuit est « l'élément ayant l'impact le plus significatif sur les lieux de décès des résidents. La proportion de décès à l'hôpital passe ainsi de 35% lorsque l'établissement dispose d'une infirmière de nuit, à 44% lorsqu'il existe simplement une astreinte téléphonique et à 55% lorsqu'il n'existe ni l'un ni l'autre. »

**Fort des résultats positifs de ces expérimentations, le PLFSS pour 2018, projet de loi de financement de la sécurité sociale, prévoit un budget de 10 millions d'euros pour développer un dispositif d'infirmières de nuit mutualisées sur plusieurs établissements.**

**Et c'est à ce moment que les usagers sont surpris d'apprendre que certaines corporations de professionnels comme les médecins coordonnateurs, les infirmiers et même le syndicat national des généralistes intervenant en Ehpad procèdent à un empilement d'objections tendant à démontrer que les infirmières de nuit en Ehpad ne sont pas une bonne solution !** Voyons avec prudence quelques-uns de leurs arguments dont certains pourraient être motivés par d'autres raisons que le pur intérêt des habitants des établissements.

Les médecins coordonnateurs en Ehpad, éminemment connaisseurs des conditions de vie et de travail dans ces lieux, du fait de leur fonction, craignent que le financement alloué au développement des infirmières de nuit se fasse au détriment des aides-soignantes. Ils peuvent écrire « les résidents ont bien plus besoin d'aides-soignantes le jour que d'infirmières la nuit. » Nous disons, en qualité de représentant des usagers, que les résidents ont besoin de plus d'aides-soignantes le jour et un grand besoin d'infirmières la nuit.

Il leur paraît difficile, voire impossible, pour une infirmière mutualisée de connaître au jour le jour l'état de santé des résidents de trois établissements, ce qui représente environ plus ou moins trois cents personnes.



Les médecins coordonnateurs s'inquiètent au sujet du retour d'hôpital des résidents en pleine nuit. Le retour des résidents en pleine nuit n'est actuellement pas possible, disent-ils, en partie parce que les aides-soignantes ne sont pas habilitées à donner des médicaments.

Pourtant, sur la non-habilitation des aides-soignantes à donner des médicaments, on peut entendre un vice-président du Syndicat des généralistes et gériatres intervenant en Ehpad avancer ceci comme argument contre le dispositif d'infirmières de nuit. « Chacun qui a pris une garde de SAMU, qu'il soit permanencier ou médecin, quand il a une aide-soignante d'Ehpad au téléphone et qu'en tant que médecin urgentiste il lui dit – vous faites cela et vous appelez le médecin demain – l'aide-soignante dit – oui docteur -. Quand c'est une infirmière qu'il a au téléphone, elle lui dit – je ne prends pas la responsabilité, je l'envoie aux urgences. Ce monsieur a été très applaudi par une salle remplie de médecins coordonnateurs. Nous, les usagers, comprenons que les retours d'hospitalisation sont impossibles notamment parce que les aides-soignantes ne sont pas habilitées à donner des médicaments mais que les aides-soignantes à qui a un médecin du SAMU dit au téléphone « donnez tel médicament » dit oui et donne le médicament ! Y-a-t-il des habilitations à géométrie variable ? Nous comprenons aussi que ces médecins semblent avoir de l'autorité sur des personnes non-habilitées alors qu'ils n'en n'ont pas sur des infirmières habilitées. N'est-ce pas étonnant ?

Et quand la vice-présidente d'un syndicat de médecins coordonnateurs en Ehpad déclare « ce sont les infirmières qui hospitalisent le plus », nous ajouterons cette question ; n'est-ce pas de la responsabilité du médecin coordonnateur de décider et de gérer le fonctionnement avec l'infirmière responsable et son équipe ?

Autre argument des médecins coordonnateurs. « Derrière l'infirmière de nuit, il y a aussi le fait qu'il n'y aura plus aucun avis de médecin coordonnateur pour un retour d'hospitalisation. Il pourrait même y avoir des admissions de nuit sans aucune validation du médecin coordonnateur. On n'est pas là pour faire du soin à la place de l'hôpital ou des économies pour l'hôpital. » Ceci nous fait dire que nombre d'établissements n'ont pas ou n'ont plus de médecins coordonnateurs. Où sont les candidats médecins attirés par la gériatrie ? Ne parlons pas des admissions de nuit. L'admission est un autre sujet. En revanche, si un habitant d'Ehpad revient la nuit d'une hospitalisation qu'il aurait pu peut-être éviter s'il y avait eu une infirmière de nuit, il ne s'agit pas d'une admission mais d'un simple retour à son domicile.

Autre propos d'une responsable de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en établissement qui assure que, dans les trois Ehpad où elle est médecin coordonnateur, elle œuvre à la gestion de l'urgence dans la journée avec les confrères médecins-traitants et essaye de faire en sorte qu'il n'y ait pas d'urgence la nuit. Nous aimerions dire que les médecins traitants qui se déplacent en Ehpad ne sont pas partout légion. Chacun, y compris les responsables publics, aura à présent noté qu'il y a de véritables déserts médicaux et des mesures fort heureusement sont prises. Mais voyons, si un médecin coordonnateur, avec ses collègues libéraux, œuvre, comme il est dit, à la gestion de l'urgence dans la journée, il ne fait que son travail normal de la journée. L'urgence c'est autre chose. C'est un événement qui n'était pas prévisible dans la journée et qui peut survenir la nuit. Nous rejetons cet argument.



Un représentant du syndicat des généralistes et gériatres intervenant en Ehpad s'écrie « qu'on arrête de dépenser pour financer des personnes qui rouleront toutes les nuits pour aller d'un Ehpad à l'autre. »

Le Président du Syndicat national des généralistes intervenant en Ehpad dit que l'expérimentation prévue au PLFSS ne va pas dans le bon sens. Pour éviter les hospitalisations, selon lui, il vaudrait mieux mettre les moyens disponibles sur la permanence des soins, PDS, 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 » dit ce généraliste. Mais où sont les médecins dans de nombreux départements ? Dans l'intérêt de qui cette déclaration est-elle faite ?

La fédération française des infirmières diplômées d'Etat coordinatrices estime que les infirmières de nuit ne pourront effectuer que « des actes très isolés qui peuvent être gérés de jour, comme dispenser de la morphine ». Elles ne voient pas comment les choses pourraient s'organiser sur le terrain. Mais si elles ne le voient pas, c'est peut-être parce qu'elles n'ont pas encore étudié la question et qu'il s'agit de se remettre en question.

### **Alors que penser de tout cela, ZINF OU PAS ZINF LA NUIT DANS LES EHPAD ?**

Que penser de tout cela ? Et comment faire pour trouver une ligne directrice partagée par les différents acteurs au bénéfice des usagers, ne l'oublions pas ?

Nous continuons à penser que la présence d'infirmières de nuit, soit physiquement présentes, soit immédiatement joignables et mobiles est une solution nécessaire et attendue par les habitants actuels et futurs des établissements.

Un médecin coordonnateur retraité, proche de notre groupe d'usagers, est lui aussi un peu surpris de cette levée de boucliers de la part de ses collègues et professionnels du soin. Il nous écrit « compte-tenu des évolutions démographiques, du manque de plus en plus aigu de médecins coordonnateurs et traitants capables de répondre la nuit, je crois que la solution d'une permanence téléphonique assurée à tour de rôle par les infirmières d'un Ehpad qui connaissent les patients, car c'est là le point primordial, pourrait être la moins mauvaise solution. » Ce médecin continue « En effet, les infirmières tournantes ou de permanence pour les résidents d'un ou deux autres Ehpad que le sien, ne voudront peut-être pas prendre de risque pour un patient qu'elles ne connaissent pas. Nous disons toujours, avec mes confrères, que c'est le fait que l'on connaisse bien les gens qui évite les hospitalisations. Le médecin de garde, quant à lui hospitalise souvent parce qu'il ne connaît pas les personnes. »

Un autre médecin coordonnateur ajoute « une astreinte téléphonique assurée à tour de rôle par les infirmières d'un Ehpad représente une solution efficace. Ce qui suppose de renforcer l'équipe des infirmières par un poste supplémentaire. » Ce médecin confirme les propos précédents « les infirmières d'un établissement connaissent bien l'état de santé de tous les résidents dont elles s'occupent et les modifications récentes de leur état. » Il suggère « qu'il serait possible de protocoliser les interventions des soignants avec l'accord des médecins traitants lors de leurs passages. Ceci permettrait aux infirmières de nuit de prendre les



décisions adéquates. Ce système, dit-il, a déjà été expérimenté et a permis une nette diminution des hospitalisations injustifiées. »

Et si rêvait un peu, on pourrait avoir une équipe de gériatrie mobile qui se déplace dans les Ehpad, tout comme peuvent le faire, insuffisamment, les équipes mobiles de soins palliatifs.

Par ailleurs, nous disent ces médecins coordonnateurs, il est indispensable que dans le cursus d'études des infirmières, la formation aux spécificités gériatriques occupe une bien plus grande place étant donné les évolutions démographiques en cours et la pénurie prévisible de médecins aussi bien à domicile qu'en Ehpad. **Les infirmières de jour et de nuit ont un rôle important à jouer.**

Souhaitons avec cette professionnelle qui a rédigé un mémoire sur la mutualisation des moyens entre Ehpad que le dispositif prévu par le gouvernement de généraliser les astreintes de nuit des infirmières n'ait pas pour principales motivations d'éviter de financer des postes supplémentaires, de faire des économies sur les hospitalisations et de faire l'économie d'une réflexion approfondie sur l'organisation des soins en Ehpad. Une réflexion de fond qui passera par la définition des besoins en Ehpad 24 heures sur 24. **La présence d'infirmières de nuit en fera partie pour assurer la sécurité des résidents.**

Pour ce billet.

Joseph Krummenacker, Président FNAPAEF [www.fnapaef.com](http://www.fnapaef.com)