

La réorganisation de l'espace-temps dans des établissements d'accueil pour personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Vers une meilleure adaptation des pratiques professionnelles à la vie nocturne des résidents.

Jacqueline TrinCaz, Bernadette Puijalon et Cedric Humbert

Volume 22, numéro 1, décembre 2016

Les défis de la participation sociale des aînés ayant des incapacités
Facing the Challenges of Social Participation for Seniors with Disabilities

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1086383ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1086383ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)

2562-6574 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

TrinCaz, J., Puijalon, B. & Humbert, C. (2016). La réorganisation de l'espace-temps dans des établissements d'accueil pour personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Vers une meilleure adaptation des pratiques professionnelles à la vie nocturne des résidents. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 22(1), 89–101. <https://doi.org/10.7202/1086383ar>

Résumé de l'article

L'évolution de la population accueillie dans les établissements pour personnes âgées, à savoir un nombre grandissant de personnes atteintes de troubles cognitifs vient remettre en cause la séparation traditionnelle du jour et de la nuit. La nuit est désormais présente dans les plans d'action gériatrique en France (Plan Solidarité Grand Age, Plan Alzheimer...). En réponse à ces incitations, des professionnels s'engagent dans des pratiques innovantes pour répondre aux besoins des personnes qui confondent jour et nuit : Ne peut-on dormir que dans sa chambre? Ne manger qu'aux heures des repas? N'avoir d'activités que dans la journée? De telles questions obligent à réorganiser l'espace-temps, à repenser les rythmes nocturnes et diurnes avec le risque que les pratiques gestionnaires du jour n'imposent leur technicité à la nuit. Les pratiques de nuit porteuses de changements visent à améliorer le respect des choix et habitudes de vie des personnes accueillies. En produisant des modèles d'innovation pour des lieux de vie inclusifs et stimulants, elles ont des incidences sur les repères identitaires, le sentiment de contrôle sur l'environnement, la préservation de l'autonomie.

La réorganisation de l'espace-temps dans des établissements d'accueil pour personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Vers une meilleure adaptation des pratiques professionnelles à la vie nocturne des résidents.

JACQUELINE TRINCAZ, BERNADETTE PUJALON ET CEDRIC HUMBERT

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche sur les Transformations des pratiques Éducatives et des pratiques Sociales, LIRTES EA 7313, Université Paris-Est-Créteil Val de Marne, France

Article original • Original Article



Résumé

L'évolution de la population accueillie dans les établissements pour personnes âgées, à savoir un nombre grandissant de personnes atteintes de troubles cognitifs vient remettre en cause la séparation traditionnelle du jour et de la nuit. La nuit est désormais présente dans les plans d'action gériatologique en France (Plan Solidarité Grand Age, Plan Alzheimer...). En réponse à ces incitations, des professionnels s'engagent dans des pratiques innovantes pour répondre aux besoins des personnes qui confondent jour et nuit : Ne peut-on dormir que dans sa chambre? Ne manger qu'aux heures des repas? N'avoir d'activités que dans la journée? De telles questions obligent à réorganiser l'espace-temps, à repenser les rythmes nocturnes et diurnes avec le risque que les pratiques gestionnaires du jour n'imposent leur technicité à la nuit. Les pratiques de nuit porteuses de changements visent à améliorer le respect des choix et habitudes de vie des personnes accueillies. En produisant des modèles d'innovation pour des lieux de vie inclusifs et stimulants, elles ont des incidences sur les repères identitaires, le sentiment de contrôle sur l'environnement, la préservation de l'autonomie.

Mots-clés : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), nuit, troubles cognitifs, directeurs d'établissement, professionnels de nuit, résidents, sommeil

Abstract

The evolution of the population living in establishments for the elderly, that is to say the increasing number of people suffering from cognitive disorders, challenges the traditional division of day and night. Night-time is henceforth part of gerontology action plans (Plan Solidarité Grand Age, Plan Alzheimer...). In answer to those inducements, innovative processes are set by professionals in order to meet the needs of people confusing day with night: Is the bedroom the only place one can sleep in? Does one have to eat at meal times only? And practice activities only during the day? Such questions force the rearrangement of the concept of space-time, and force to rethink day and night rhythms. The aim of innovative night-time practices is to improve the respect of self choices and habits by producing stimulating and inclusive new models for social institutions that affect identity markers and the feeling of control on one's environment.

Keywords : Residential Accommodation for dependent Elderly People, night, cognitive impairment, residential accommodation directors, night shift professionals, residents, sleep

Introduction

La nuit fait partie du jour. Et pourtant, constate Karine Henchoz (2006, p. 25-44), « lorsqu'on demande aux gens de faire le récit de leur journée, ils n'évoquent que rarement la nuit de façon spontanée. (...) Ce n'est pas le jour en tant que période de 24 heures – ou le nyctémère – qui est retenu, mais le jour en tant qu'il complète et s'oppose à la nuit ». Car la nuit constitue un monde à part. Elle appartient au monde de l'inconscient, de l'imaginaire, temps du sommeil et des songes, nourri de rêves et de cauchemars, de pulsions érotiques et du plaisir du corps, de la souffrance et de la mort... Nuit consolante ou nuit d'épouvante. La nuit dure un instant ou une éternité.

Baudelaire dans *Les Fleurs du Mal* écrit :

« C'est le soir qui soulage les esprits que dévore une douleur sauvage. »

Et plus loin :

« Cependant des démons malsains de l'atmosphère s'éveillent lourdement comme des gens d'affaires. »

La nuit, le temps est autre, la parole est autre, l'écoute est autre. Le flux et le reflux de la parole coïncident avec la montée du jour et la tombée de la nuit. Discours, disputes, bavardages seraient affaires de jour. Mutisme et silence appartiendraient à la nuit. Les paroles de la nuit ont ainsi un poids autre que celles du jour.

Parce qu'elle rend aveugle, parce qu'elle ne montre plus les objets et les gestes, la nuit invite à l'écoute. On a pu dire que le jour a des yeux et la nuit, des oreilles.

« Quand, par exemple, le monde des objets clairs et articulés se trouve aboli, notre être perceptif amputé de son monde dessine une spatialité sans choses. C'est ce qui arrive dans la nuit. Elle n'est pas un objet devant moi, elle m'enveloppe, elle pénètre par tous mes sens, elle suffoque mes souvenirs, elle efface presque mon identité personnelle. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 328)

Bien sûr, la nuit s'inscrit a priori dans le registre physiologique : c'est le temps du repos, du sommeil, mais dormir la nuit n'est pas une obligation. Notre sommeil est un acte culturel qui, en dehors de la technique qu'il demande, fait partie d'un fait social. Suivant les cultures, suivant les époques, suivant les classes sociales, les usages du coucher varient fortement : lit, futon, hamac, couche isolée, couche partagée...

Et selon les âges, les représentations diffèrent. Dans nos cultures, pour les jeunes la nuit est perçue comme un temps festif, vécu en groupe, à l'extérieur de chez soi. Dans la vieillesse, la nuit apparaît comme un temps vécu dans la solitude, la plainte et l'angoisse de mort. Un temps non pas de transgression, de défouloir mais d'interrogations douloureuses. Ne faisons cependant pas un amalgame : à tout âge, il existe des pratiques différenciées : les personnes âgées qui ont passé leur enfance en ville ont connu des nuits plus éclairées que celles dont l'enfance s'est déroulée dans des villages et qui ont vu arriver l'électricité, d'abord dans les maisons, puis dans les rues : éclairage chiche, économisé, qui laissait à la nuit une dimension d'obscurité.

Depuis Hippocrate, parmi les conseils donnés aux vieillards, outre le régime alimentaire, se trouve l'injonction à une bonne alternance veille/sommeil; car bon nombre de personnes âgées ont des troubles du sommeil.

Dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la présence de personnes atteintes de troubles cognitifs est croissante. Face aux angoisses, plaintes, gémissements, cris, déambulations, afin de préserver le rythme diurne/nocturne, nombre de professionnels ne souhaitent pas privilégier la réponse médicamenteuse.

Ainsi, il existe des établissements où les personnes les plus fragilisées sont à l'origine de nouvelles dynamiques, notamment la remise en cause de la chronologisation de la vie en institution. Car si le bouleversement des régularités temporelles produit anxiété et panique, si la présence de personnes âgées atteintes de



troubles cognitifs ébranle la perception du maîtrisable et fait naître chez les professionnels un sentiment d'insécurité, menant le plus souvent à contenir les débordements en renforçant les pratiques normées, dans certains établissements, les activités routinières cèdent la place à la prise en compte de l'aléa. Les pratiques d'accompagnement deviennent innovantes provoquant un questionnement sur les modalités d'action.

Méthodologie

Au niveau méthodologique, nous nous appuyons sur une étude que nous avons menée pour la Fondation Médéric Alzheimer (FMA) (2010, 185 p.), à partir d'un groupe de travail portant sur douze institutions ayant bénéficié d'un soutien pour la mise en place de leur projet. Réparties dans six régions de la France (Île de France, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, Languedoc, Pays de la Loire), ces institutions présentent une diversité de statut (privé/ public) et de taille (entre 67 à 130 résidents). Ces institutions accueillant des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs présentent un point commun : plutôt que de chercher à maintenir par tous les moyens le schéma jour/nuit, activité/sommeil, en particulier par les somnifères, elles ont avancé sur une voie nouvelle modifiant les pratiques institutionnelles.

Un autre accompagnement de la nuit ouvre certes un espace d'incertitudes, mais aussi d'émancipation dans un contexte institutionnel où les normes et les contraintes se multiplient pour encadrer le travail de terrain dans les moindres détails.

Chaque institution retenue a fait l'objet d'analyse de documents, de visites et d'entretiens avec les initiateurs et des membres des personnels concernés (34 entretiens ont été menés). À cela s'ajoutent des observations participantes de nuit dans deux d'entre-elles et deux journées de regroupement des douze directeurs de toutes les institutions concernées.

Ces échanges avaient pour but :

- d'écouter, partager et comprendre la composition des différents projets et pratiques, d'en connaître le contexte et l'origine, les acteurs impliqués, les résultats et les répercussions...;
- de réfléchir sur le vécu et l'accompagnement de la nuit pour les sujets atteints de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés;
- de dégager des repères communs (acteurs, modes d'approche, méthodes, techniques, supports, espaces, éléments facilitateurs, résistances, répercussions et impacts...).

Le discours décrivant les conduites sociales nocturnes est issu de l'interaction entre conceptions symboliques et faits réels.

S'ajoutent à cette étude les travaux réalisés par cinq directeurs d'établissement d'hébergement en formation dans le cadre d'un MASTER¹ que nous dirigeons. Ils ont effectué des observations au sein de leur établissement ainsi que des entretiens avec des personnels de nuit (infirmiers, aides-soignants); quinze personnes ont ainsi été interrogées.

La nuit en EHPAD

« Les nuits en EHPAD sont peuplées de ceux qui ne dorment pas, de ceux qui dorment de façon séquentielle, de ceux qui ont peur, de ceux qui angoissent, de ceux qui viennent voir ce qui se passe en dehors de leur chambre, de ceux qui pensent que c'est le temps de la journée, de ceux qui souffrent dans leur lit, de ceux qui ont besoin d'aide parce qu'ils sont souillés, de ceux qui tombent, de ceux qui crient, de ceux qui ont faim, de ceux qui veillent, travaillent, soignent... » (Trouilloud, 2006, p. 119)

Pour les personnels, le temps de nuit est un temps de veille. Il faut répondre aux appels, changer les protections, refaire les lits souillés, recoucher ceux qui errent, et faire face à l'angoisse, rassurer et apaiser. Il faut aussi gérer

¹ Master de Sciences Humaines et Sociales, Université Paris Est Créteil, en Formation Continue pour des directeurs d'établissements ou de services pour personnes âgées.

l'imprévu, les demandes d'aide et les désirs nocturnes, tout en protégeant le repos de tous ceux qui dorment.

À la question : pourquoi les résidents de l'institution se lèvent-ils la nuit, les directeurs participant à cette étude, lors de leur premier regroupement, ont répertorié trois registres principaux : les besoins corporels (la soif, la faim, le besoin d'aller aux toilettes ou le fait d'être souillé...), les troubles de la sphère cognitive (les repérages spatio-temporels, l'inversion du rythme nyctéméral, les phénomènes hallucinatoires...), ainsi que les besoins psychologiques (états d'excitation, d'angoisse, sentiment de solitude ou de peur...).

Les professionnels de notre étude sont partis du constat d'une discordance entre le temps institutionnel scandé et chronométré et le comportement des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. « Tout le monde ne dort pas huit heures, explique une responsable d'EHPAD à Paris. Quand les personnes ont déjà dormi cinq heures d'affilée, pourquoi forcément vouloir imposer davantage? »

Cette discordance est un point de départ vers le changement de pratique : « Quand les personnes ont fini leur nuit à trois heures du matin, et bien il ne nous reste plus qu'à accompagner ce temps de fin de nuit. »

La nuit n'est pas un temps homogène. Comme le jour, elle se découpe en différentes phases, phases dans lesquelles les innovations des professionnels s'inscrivent.

A) L'entrée dans la nuit

Tous nos interlocuteurs ont réfléchi à l'aménagement des lieux. La séparation des temps d'activité et de repos n'est pas évidente. Une manière différente d'habiter entraîne un autre habitat.

L'un des soucis majeurs porte sur la recherche de l'apaisement. L'organisation architecturale en est un élément clé : aménagement spécifique des lieux, éclairage, couleurs et repères se conjuguent, se complètent et participent non

seulement à l'apaisement et à la sécurisation, mais aussi à une guidance.

- Entre lumière et ombre

L'un des premiers rôles que se donnent les professionnels est celui de passeurs de seuil, entre lumière et pénombre. Ils s'accordent sur le fait que les angoisses du coucher sont profondément liées au changement de la luminosité : « C'est moins une question d'heure qu'une question de lumière », dit un directeur.

Pour pallier l'angoisse que fait naître « ce moment entre chien et loup où les éclairages créent des ombres qui apparaissent et déforment (...), où toute une scénographie se met en place où se mêlent réalité, fantasmes, frustrations » (Nemet-Pier, 2008, p. 101), les lumières peuvent rester allumées jour et nuit, mais les néons ont été remplacés par des vasques, plus évocatrices de la lumière du jour. Pour être plus proches du domicile que de l'institution, les professionnels ont installé des sources lumineuses le long des fenêtres plutôt qu'en tête de lit comme cela se fait d'ordinaire à l'hôpital. « Ce travail sur la lumière initié dans l'unité s'avère particulièrement passionnant », insiste une directrice. L'équipe a imaginé des éclairages électroniques permettant de faire varier la luminosité intérieure en fonction de l'éclairage extérieur. Et les éclairages sont plus forts dans les parties communes, ce qui attire les personnes désorientées. Dans les couloirs, les appliques de nuit sont différentes de celles du jour afin de créer une ambiance plus douce qui va guider vers des espaces plus lumineux. Quant aux toilettes, elles sont équipées d'une lumière qui s'allume automatiquement à l'entrée de la personne.

Le repère est une notion centrale. Aux éclairages se conjuguent les bandes au sol de couleurs vives pour les personnes ayant des troubles de la vision, et l'arrêt de la bande signifie un danger potentiel : un croisement, une porte, une voie sans issue... Des mains courantes sont par ailleurs disposées tout le long du couloir, et les zones près des portes de secours sont plus sombres.



Les équipes rencontrées s'impliquent en essayant, nuit après nuit, différentes configurations dans une démarche de tâtonnements et de réajustements constants. Selon la configuration des lieux, on laisse fonctionner la nuit une cheminée fermée au cœur de la salle commune comme un repère chaleureux, on teste des ambiances « Feng Shui », on retire les portes pour donner une dimension accueillante, on installe des flèches éclairées, des foulards aux teintes vives aux portes des chambres... Comme le résume l'un des directeurs participant à l'étude de la Fondation Médéric Alzheimer, « On a l'habitude d'avancer à coups d'essais et d'erreurs. »

- *Les Ritualisations*

La nuit annonce un moment de rupture entre soi et les autres, mais aussi entre soi et soi-même. La mise en œuvre d'une ritualisation facilite ce passage, mais encore faut-il arriver à les connaître. « Cela demande beaucoup de temps et de confiance », explique un soignant de Mortain (Manche). : « Il y a, la nuit, une intimité particulière, un besoin de réassurance très net, des personnes qui attendent par exemple le passage du professionnel pour pouvoir s'endormir, un besoin de parler. » Et certains envisagent d'ajouter à ce simple « bonsoir » la relaxation et le toucher relationnel thérapeutique, ou encore, la balnéothérapie, la luminothérapie, les espaces Snoezelen... dans certains cas bien spécifiques.

Car il existe des rythmes et des rites propres à chaque personne, que les proches ou les enfants ne connaissent pas toujours. Quand ils arrivent à retrouver et à respecter cette ritualisation, les professionnels en vérifient la pertinence : « Cette dame qui a pour habitude de se déshabiller en finissant par les chaussettes et en rangeant ces cinq peluches dans un ordre précis, habitude confirmée par son mari comme très ancienne » a pu enfin être comprise selon le directeur de l'établissement concerné. Une démarche rationnelle n'est pas toujours la meilleure. Le respect des habitudes semble plus fondamental.

Et quand un résident a l'habitude de s'endormir sur un canapé, on le laisse, on le couvre, on le protège. Les personnes s'endorment là où elles se sentent bien, avec éventuellement l'ajout d'un matelas par terre, comme protection « au cas où ».

Et en ce qui concerne l'heure du coucher, la liberté des résidents est prise en compte : pourquoi forcer les personnes à s'allonger si elles ont envie de marcher ou de suivre une activité?

Toutefois, la déambulation des résidents les uns chez les autres peut faire naître un sentiment d'insécurité. Le personnel explique aux personnes âgées qu'elles peuvent fermer leur porte car « pouvoir fermer sa porte la nuit, c'est se sentir chez soi ».

Mais être « chez soi », c'est aussi pouvoir profiter de l'extérieur. Dans un EHPAD de Privas (Ardèche), un jardin est accessible à partir des chambres des résidents. Les chambres ont des portes-fenêtres qui, en principe, s'ouvrent facilement, sauf lorsque le personnel estime qu'il peut y avoir un risque particulier pour la personne. La nuit, les volets sont baissés. L'accès au jardin est alors impossible. Le cas de Monsieur X a mené le personnel à modifier cette pratique. Monsieur X, qui avait l'habitude de vivre beaucoup dans la nature, déambulait pendant la nuit, et il était important pour lui d'avoir accès au jardin pour uriner. Il ne pouvait utiliser les toilettes de sa salle de bains. Le personnel a donc décidé de laisser ses volets ouverts. Il sortait la nuit et, avec cette possibilité, sa chambre et les couloirs étaient propres. Il ne souillait plus les lieux de vie. L'alternative aurait consisté à lui mettre une protection, or ce monsieur n'était pas incontinent. Un jour, une résidente de la partie foyer-logement, qui l'avait vu faire ses besoins, s'est plainte, notamment de l'odeur. Les professionnels lui ont expliqué le pourquoi de ce comportement et elle s'est montrée compréhensive. Mais cela impliquait aussi que l'équipe ramasse les excréments sous les fenêtres lorsqu'il y en avait. En se fixant pour objectif le libre choix des résidents, les professionnels déploient des attitudes de tolérance.

B) Rapport entre conduites et temporalités

- Prises médicamenteuses

Les douze directeurs ayant participé à l'étude de la Fondation Médéric Alzheimer notent qu'il y a moins d'angoisse dans la partie où sont accueillies les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs que dans le reste de l'institution. Les personnes qui n'ont pas de troubles cognitifs considèrent que la nuit doit être le temps du sommeil. Elles sont plus conscientes des rythmes classiques et souhaitent s'y inscrire. Aussi, n'arrivant pas à s'en détacher, elles vivent mal leurs insomnies et y répondent par la prise de somnifères. De même, elles mettent davantage en avant leurs pathologies somatiques et sont donc plus angoissées.

Une aide-soignante, citée par Jérôme Pélissier (2006, p. 20) évoque son passé professionnel « Ah, les somnifères... On ne savait pas qu'ils agissaient sur l'endormissement, et non sur le sommeil. Du coup, il nous arrivait de réveiller des résidents pour leur donner leur somnifère (...) Tous les lits avaient des barrières et quand ça ne suffisait pas – parce que plusieurs en sortaient quand même –, on les attachait à leur lit, les poignets liés. (...) Quand je pense à ça, maintenant, j'ai l'impression d'un cauchemar... »

Et pourtant fort peu de psychotropes et de somnifères sont nécessaires pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, expliquent les professionnels de l'étude, car le respect des rythmes (sommeil en plusieurs phases et là où la personne se sent le mieux), l'écoute, la sécurisation, et le fait d'autoriser les déambulations les rendent inutiles.

- Errance et aménagement

Quant aux errants, les professionnels s'épuisaient à les recoucher et retrouvaient certains souvent épuisés au matin, parfois à deux dans le même lit.

Selon Mireille Trouilloud (2006, p. 124), l'activité nocturne concernerait environ un tiers des résidents de l'institution. « Il y a ceux qui se

couchent tard entre 23 heures et minuit, ceux qui se lèvent tôt vers trois heures, ceux qui se lèvent et se recouchent plusieurs fois dans la nuit, ceux qui s'agrippent lors des visites des soignants dans la chambre, ceux qui ne dorment pas et ne vont pas dans leur chambre, ils déambulent et se reposent un peu sur une chaise. »

Certains mettent des matelas de confort sur le chemin des errants. Mais des questions demeurent : la sécurité, l'hygiène, les risques... Privilégier le bien-être plutôt que la contention, physique ou chimique, comporte toujours une certaine part de risque, notamment les chutes, que les personnels assument mais tentent de prévenir. Un des directeurs de l'étude explique : « On incite surtout à sécuriser la marche, que ce soit avec les kinés, la psychomotricienne, les séances de Tai Chi, ce qui est très bon pour l'équilibre, soit avec une canne tripode ou un déambulateur... » Il poursuit : « La vigilance est peut-être encore plus nécessaire, mais nous préférons une chute à la prostration d'une personne ne bougeant plus et qui ne pourrait vivre comme elle le souhaite. La contention reste pour nous quelque chose de tout à fait exceptionnel, du registre de l'humiliation, de la privation de la liberté de l'autre. »

Dans l'Isère, on en est arrivé à l'aménagement d'un coin repos dans la salle principale : « L'équipe a bricolé un prototype en découpant des mousses plus ou moins adaptées pour améliorer le confort au niveau des lombaires. Aujourd'hui on attend le modèle définitif aux normes anti-feu, sans cadre en bois et plus faciles d'entretien (...). Les personnes viennent s'y reposer au quotidien, s'y asseoir, s'y allonger, seules ou avec les professionnels. Parfois, les personnes s'invitent entre elles à venir s'y installer, en appellent d'autres, s'en relèvent, y reviennent... et certaines y dorment même toute la nuit. Le tout permettant, par ailleurs, aux autres résidents de retrouver des nuits plus sereines, puisque non perturbées par des déambulations nocturnes souvent envahissantes. » Depuis l'installation de ce dispositif, les déambulations la nuit sont devenues rares.



C) Au cœur de la nuit, plusieurs domaines d'action

- L'alimentation

Classiquement, les repas sont considérés comme devant prendre place dans la journée. Le déphasage, que l'on peut trouver à tous les âges de la vie, prend une acuité particulière pour les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

La Fondation Méderic Alzheimer a soutenu des projets dans ce domaine et a financé une étude spécifique sur le sujet. Aux questions « Quand mange-t-on? Que mange-t-on? Où mange-t-on? », les réponses sont variées et les actions innovantes nombreuses.

Elles concernent tout d'abord le décalage des horaires de repas, par exemple de 30 à 45 minutes le soir, pour permettre aux personnes de se réveiller plus tard dans la nuit.

À une personne qui ne dort pas et peut être angoissée, les collations nocturnes faites de boissons chaudes, tisane, lait miel... peuvent permettre de se rendormir plus apaisée. Les équipes aiment pouvoir mettre des fruits à disposition et à volonté, mais aussi de grosses collations au milieu de la nuit, voire des repas complets. Ceux qui n'ont pas faim le soir au moment du repas peuvent ainsi manger la nuit. « Un résident, des mois durant, n'a rien mangé d'autre que son petit déjeuner et une grosse collation à une heure du matin avec la veilleuse. »

Cela demande une organisation, comme des installations de frigos accessibles à tous : « Avec l'organisation minimale que ça implique, explique une directrice de l'étude de la Fondation Méderic Alzheimer, bénéficiaire d'un frigo rempli et régulièrement vidé pour que les produits ne se périment pas. » Et, précise-t-elle, ce que les résidents apprécient particulièrement, c'est la collation partagée avec les soignants : « Durant la pause des soignants entre 22h30 et 23h00, il n'est pas rare qu'une personne inquiète ou angoissée vienne s'apaiser en se joignant à leur table dans leur salle de

repos. La dimension du partage, de « l'être avec », rend la collation aux côtés de la veilleuse beaucoup plus rassurante. »

Et sur le parcours immuable d'un résident qui refusait de s'alimenter, sont placés de mini sandwiches qu'il mange en passant tout en poursuivant son cheminement nocturne.

- Les changes

Comme le dit une soignante : « La nuit, il faut s'occuper des deux bouts du tuyau digestif. »

Les équipes ont vécu, dans les années 1970, l'instauration d'un change systématique la nuit, comme un signe de progrès et de confort, évitant à la personne de rester souillée pendant des heures. Mais elles sont arrivées à en constater les limites : Une dame âgée a protesté « Que je sois mouillée ou pas, quand je dors, je dors », explique une aide-soignante. Cette claque je l'ai reçue en pleine figure, la première idée qui m'est venue à l'esprit est de me dire « Si je suis comme elle et que quelqu'un vient me réveiller pour me changer, je me sentirai comme une personne ayant un statut de prisonnier. » J'ai soulevé le cas, on m'a répondu « Non, non, il faut le faire, si elle est trempée, le matin, on se tape le boulot. »

Aujourd'hui, la tendance s'inverse. Même les commerciaux qui vendent leurs produits viennent expliquer aux professionnels l'inutilité de réveiller une personne en phase de sommeil profond, vu la performance actuelle des protections. La concurrence entre fournisseurs les oblige d'ailleurs à innover. L'EHPAD de Voiron (Isère) dit avoir changé de fournisseur non en raison du coût, mais pour améliorer le confort des personnes, notamment sur le plan cutané.

Nos interlocuteurs sont d'accord pour dire que la question des changes est un bon point de départ pour la réflexion des équipes qui veulent innover sur les pratiques de nuit, quand prime le respect et la qualité du sommeil.

- Les activités

Dans les institutions, trop souvent, la nuit est interdite aux vieillards en tant que temps à vivre. Mais quand les professionnels prennent en compte l'histoire de vie des personnes, ils comprennent mieux les raisons de certains troubles et comportements récurrents. En discutant avec les familles, les amis, les anciens voisins, les soignants ont ainsi pu se rendre compte que les résidents ayant les nuits les plus perturbées avaient généralement eu un lien professionnel particulier et prolongé avec la nuit : une infirmière de nuit, un boulanger, une ouvrière travaillant aux trois nuits dans une usine textile... Autant de pistes qui incitent à essayer de leur proposer autre chose, d'appréhender leurs problèmes autrement : l'ancienne infirmière, par ailleurs très cinéphile, a bénéficié d'une séance particulière après le repas. Et, alors qu'elle passait des heures entières à déambuler jusqu'au matin, les soignants l'ont vu aller se coucher d'elle-même après un ou deux films. De plus, elle, qui était devenue quasiment mutique, s'est mise à commenter certains passages des films avec la veilleuse, le tout avec une diminution radicale des somnifères. Les équipes de jour ont noté que cette dame avait retrouvé un rythme plus social durant la journée, qu'elle recommençait à s'intéresser à certaines animations. L'ancien boulanger a pu faire comprendre qu'il appréciait particulièrement de manger son « casse-croûte » avec la veilleuse, avant de repartir se recoucher. L'ouvrière textile, après avoir fait douter les équipes qui ne parvenaient pas à lui proposer d'activité satisfaisante, s'est, une nuit, « occupée toute seule » en pliant l'intégralité d'un chariot à linge oublié ce soir-là par la lingère. Elle passe depuis de longues heures à plier très méticuleusement les tas de linge laissés spécialement pour elle. Là encore, une fois le « travail » terminé, elle va en général se coucher seule.

Comme le jour, les professionnels innovent en proposant une animation. Ils s'adaptent aux pratiques locales, rurales ou urbaines, ainsi qu'aux changements de saisons : un vin chaud l'hiver, sortir des chaises dans le jardin l'été... Dans quelques établissements « une personne est toujours dédiée à ces temps de la nuit »

confirme une infirmière interrogée par un directeur d'établissement (Davout, 2013) : « On essaie et on verra dans quelque temps le retour que les équipes et les personnes en font. »

Ainsi, comme l'écrit Mireille Trouilloud (2006, p. 122) : « Les personnes insomniaques, désorientées, petites dormeuses peuvent aller et venir dans l'espace institutionnel, être guidées, être rassurées et aidées en fonction de leurs préoccupations, par un autre présent et ne les renvoyant pas systématiquement dans leur chambre comme on le ferait pour un enfant à éduquer. »

- La sexualité

Il est un domaine où les tâtonnements sont grands : celui de la sexualité. « C'est un domaine où on n'est pas bon du tout; ça laisse beaucoup de questions en suspens », explique la directrice d'un EHPAD parisien. « Quand Monsieur X se rend chez Madame Y et qu'ils veulent tous les deux être dans le même lit, qu'est-ce qu'on doit faire? L'équipe estime, par exemple, qu'ils sont tous les deux consentants, mais les familles s'y opposent de manière très ferme... En général, ce sont elles qui ont le dernier mot. »

Certains choisissent de ne pas intervenir, de ne rien dire aux familles. Un directeur d'établissement concède en effet : « On voit des choses, mais on n'en parle pas. Ce n'est probablement pas la bonne attitude. » La formation des personnels, le soutien d'un psychologue... jouent un rôle important, comme l'explique cette directrice : « Grâce notamment aux 'réunions du prendre soin', on constate une grande tolérance du personnel. Ainsi, à la suite d'une pièce de théâtre, où un homme et une femme avaient joué un mariage, deux personnes souffrant de troubles cognitifs ont déclaré qu'elles étaient mariées. Tant que les deux partenaires ont été d'accord, tout s'est bien passé. L'équipe est intervenue quand la dame s'est déclarée fatiguée et importunée. Il a fallu expliquer régulièrement au monsieur concerné que son comportement devait changer. Bien sûr cela s'inscrit dans la durée. Et l'information régulière des familles a aussi permis – malgré une différence



de milieu social – leur tolérance à cette histoire. Tout le monde était dans l'acceptation. »

Le plus difficile pour les équipes est de parvenir à se positionner lorsqu'un(e) résident(e) trouve un(e) partenaire dans l'établissement, alors que le (ou la) conjoint(e) vit à l'extérieur. Faut-il avant tout respecter la liberté des personnes, ou bien intervenir, prévenir l'époux (ou l'épouse)...?

Les tâtonnements mènent à trouver des solutions. Comme pour ce monsieur très perturbé par le décès de sa femme après 50 ans de mariage qui s'accrochait à une autre résidente jusqu'à l'agresser. Par la fille, on a découvert qu'elle avait le même parfum que sa femme. On a alors imbibé de ce parfum une peluche qu'il tient contre sa joue en se balançant d'avant en arrière pour s'apaiser et s'endormir.

Replacer le résident au cœur de l'accompagnement - Tensions entre respect des normes et émancipation des personnels

La nuit apparaît comme un lieu subversif par rapport aux normes institutionnelles, notamment de sécurité et de qualité, de plus en plus envahissantes. Les professionnels y redeviennent maîtres de leurs décisions. La nuit devient un champ d'action et de conquêtes possibles. L'imprévu est vu comme une richesse ainsi que l'expriment des soignants : « Le jour, c'est tellement bien cadré qu'il ne fallait pas qu'il y ait un petit événement à côté parce qu'on ne pouvait pas. » ou « Le jour, il y a telle et telle chose qui structure, alors que la nuit, non. » Ainsi, la remise en cause des temps dits « naturels » pose la question de la pertinence de la régulation normative des activités par la machine institutionnelle. Et derrière cette remise en cause apparaît la question de l'émancipation des professionnels par-delà les normes fixées par les autorités de tutelle.

Les professionnels de nuit conserveraient leurs affects propres à la relation soignante, mais seraient moins sous l'emprise d'un système de soins sous contrôle bureaucratique et économique, comme par une sorte de « désencadrement ». Les rapports humains se transformant

en rapport solidaires, dépourvus d'enjeux hiérarchiques, ouvrent la voie à une démarche empirique.

A) Nuit et action sociale vieillesse

En France, la nuit a figuré longtemps de manière très anodine dans les textes réglementaires. Un seul exemple, dans la circulaire de 1981 concernant les soins à domicile, dans la rubrique portant sur la continuité des soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux, il est spécifié que « le service prenant en charge des personnes dont l'état requiert des soins programmés entre vingt heures et huit heures, relevant de sa compétence, doit assurer ces interventions ». Aucune précision n'est apportée sur les modalités de cette action.

Pourtant, des professionnels ont, dans ces années-là, lancé des initiatives : gardes itinérantes et mise en place de diverses formes d'accueil. Elles concernaient essentiellement le domicile et permettaient aux personnes qui le désiraient d'y demeurer plus longtemps et dans de meilleures conditions.

Les troubles du sommeil étaient régulièrement repris par les professionnels dans les formations qui regrettaient des dérives telles que l'amplitude des horaires des repas (dîner à 17 heures, petit déjeuner à huit heures).

Si l'on se penche sur les divers textes parus ces dernières années sur les troubles cognitifs, la question de la nuit est présente, que ce soit dans le plan Alzheimer ou les recommandations de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico Sociaux (ANESMS)... Elle est présente de manière spécifique et diffuse : des mots clefs reviennent : sommeil, rituel, éclairage, matelas, veille... C'est un vocabulaire qui, s'il n'est pas nouveau, traduit cependant une attention grandissante portée au temps nocturne.

La nuit apparaît comme un temps privilégié pour la personnalisation des soins. L'accent est aussi mis sur l'aménagement des transitions (continuité des soins, passage des relais, circu-

lation des informations). Un mot vient à l'esprit lorsque l'on parcourt l'ensemble de ces textes, un mot s'impose qui ne vient pourtant pas généralement à l'esprit lorsqu'on analyse de tels corpus : celui de sollicitude. L'ANESMS (2011, p. 34) recommande de « réduire le niveau sonore, d'orienter dans le temps, de rassurer, calmer par une voix douce, d'utiliser le contact, le toucher, de veiller au calme des lieux, de n'utiliser que des veilleuses lors des changes ».

On imagine mal que la voix douce, le toucher, l'orientation dans le temps... s'interrompent à l'aube.

Paulette Guinchard (2010), ancienne Secrétaire d'État aux Personnes âgées, pose explicitement la question : « Dans nos sociétés où la crédibilité de l'action politique est remise en cause, l'éthique du care, de la sollicitude débordant de la sphère privée du soin, peut-elle être un nouveau moteur pour un projet politique, pour un projet de société ? »

Nos interlocuteurs ont tous précédé les directives officielles (et les ont donc inspirées). Les textes sont schématiques, préconisent, suggèrent fortement, alors que sur le terrain, il s'agit tout autant de s'interroger que de résoudre. Les textes viennent en appui, comme le montre cette remarque d'un directeur : « Les recommandations des textes officiels (plan Alzheimer, ANESM) ne servent pas de référence. Au mieux, elles viennent appuyer une démarche en cas de résistance des professionnels. Il faut savoir l'utiliser ainsi. »

Les incertains de la nuit se rencontrent pour aboutir à une relation plus sécurisante, mieux adaptée.

C'est la liberté qui est au cœur de la réflexion : liberté des résidents et respect de leur droit au choix et de leur droit aux risques, mais aussi liberté des professionnels. On ne choisit pas la nuit pour moins travailler, mais pour travailler différemment avec moins de contraintes.

B) Les personnels de la nuit

- Les oiseaux de nuit

« Oiseaux de nuit ». C'est ainsi que se définissent certains professionnels, ajoutant que certaines personnes âgées sont elles aussi des oiseaux de nuit. Malgré la pénibilité du travail de nuit et notamment ses conséquences sur la santé, puisque qu'une étude montre que les infirmières de nuit présentent un risque accru de cancer du sein de l'ordre de 30 % par rapport à la population générale (Étude CECILE, 2010), certains professionnels font le choix de travailler la nuit. Les raisons sont diverses, allant de la priorisation donnée à la vie extra professionnelle jusqu'à l'échappatoire à l'institution de jour où la hiérarchie se fait plus pesante.

« On constate, écrit Richard Vercauteren (2006, p. 136), que travailler la nuit est apprécié par des employés ayant une longue ancienneté de travail de jour, puisque plus de 80 % travaillent depuis plus de 30 ans. Deux employés de nuit sur trois ont plus de 40 ans d'ancienneté. Le fait d'arriver « tardivement » à travailler la nuit traduit que l'emploi correspondrait à une certaine maturité professionnelle ou familiale. »

« Le travail la nuit se fait beaucoup plus sereinement, je suis beaucoup plus paisible », dit une infirmière qui appelle les personnes âgées « ses loupiots » et qui essaie de les faire rire en se déguisant, en sifflant ou en se munissant d'accessoires divers ». Selon elle, « le jour, ça ne peut pas exister. La nuit tout est possible. »

Et explique une aide-soignante : « J'ai changé pour des raisons personnelles. Quand je travaillais de jour, il n'y avait pas de différence entre un ouvrier travaillant dans une usine et moi aide-soignante. Le travail était minuté, par exemple pour la toilette, dix à quinze minutes (...) j'ai fait ce choix, car c'est comme si j'étais artisan. Je n'ai pas l'équipe sur le dos, bien que les collègues me manquent parfois la nuit (...). Par contre, ce que j'ai la nuit, c'est la relation. On parle tout simplement, on devient égaux à ce niveau-là, c'est ce que j'appelle l'artisanat.



En travaillant comme cela, la nuit, mon métier devient plus humain. »

Avec les personnes atteintes de troubles cognitifs, tous les professionnels sont d'accord pour affirmer que « la nuit, la relation est beaucoup plus tactile. Ils cherchent beaucoup à prendre votre main, à ce que vous les rassuriez par votre présence, mais aussi beaucoup par le toucher ».

Le manque de personnel en EHPAD et les restrictions budgétaires sont constamment invoqués pour expliquer l'insatisfaction au travail et l'épuisement professionnel.

Toujours moins nombreux que le jour, les professionnels des institutions rencontrés pour notre étude assurent dans leur établissement une présence de deux à quatre personnes la nuit. Ce peut être l'infirmier(e), l'agent de service, l'auxiliaire de vie, l'aide-soignante, la lingère.

D'autres professionnels peuvent être présents. Un poste d'animatrice de nuit a été créé à Bully (Rhône) pour les jeux de société, les collations, les échanges. Comme le souligne le directeur de cet établissement : « Cette présence permanente a permis à la plupart des personnes de retrouver le sommeil. »

Le directeur peut lui aussi venir la nuit, comme à Privas dans l'Ardèche, où, par ailleurs, un cadre infirmier est en poste de 17 heures à mi-nuit. « Cela participe de l'accompagnement. »

La présence d'un psychologue est toujours fort utile quand on sait que ces professionnels sont confrontés davantage aux décès, plus fréquents la nuit ou sur le petit matin.

Certains personnels disent « rentrer dans le jeu de la nuit ». « Dans notre structure, le personnel de nuit vient systématiquement sans maquillage et « comme ils sont », avec les cheveux ébouriffés par exemple... pour rentrer dans le jeu de la nuit. L'une des aides-soignantes est même déjà venue de chez elle en pyjama. »

Des institutions font appel à un « auxiliaire canin ». « Un nouveau 'salaire' est arrivé récemment dans la structure : un chien labrador de 35 kg qui occupe déjà une place très importante pour les résidents, et toutes les nuits au sein de l'unité Alzheimer. Il a été formé par une société de chiens d'aveugles avant d'être réformé pour cause de claudication. Depuis un an, il est formé par sa nouvelle maîtresse qui est aide-soignante de nuit dans l'unité Alzheimer. Il passe ses 'temps de repos' chez elle. C'est plutôt un chien 'gardien' qui rassure, qui fait désormais partie du rituel du coucher, certains attendant qu'il passe les voir une fois qu'ils sont couchés, pour venir prodiguer un 'câlin' avant de dormir... », dit un directeur interrogé dans le cadre de l'étude FMA.

- La formation

Selon Richard Vercauteren (ibid, p. 99) « la quasi-totalité (97 %) du personnel de nuit sont des femmes, les infirmières ne représentant que 0,4 % d'entre elles... Plus des deux tiers des intervenants de nuit n'ont reçu aucune formation et doivent dès lors exercer leur métier sans repère et par défaut. »

Mais même sans qualification diplômante spécialisée, « les personnels de nuit développent une approche humaine et relationnelle » affirment unanimement les directeurs interrogés.

Et vu la réduction des budgets formation, s'il n'existe pas souvent de formation spécifique pour le travail de nuit, le fait d'avoir à rendre compte de ce qui se passe la nuit, en adhérant à un projet d'équipe, est déjà considéré comme formateur. Toutefois, des formations sont organisées par les institutions sur certains thèmes à la fois pour les personnels de jour et de nuit : la bientraitance, l'écoute, le toucher, le relationnel, la maladie d'Alzheimer, la fin de vie...

- Lien entre les personnels de jour et de nuit

Il reste difficile de « croiser le jour et la nuit ». Peu abordé dans la plupart des institutions, où les staffs sont inaccessibles aux personnels de nuit pour des raisons d'horaire et d'organisation familiale, ce lien représente pourtant un

enjeu de taille : il s'agit de rapprocher les visions différentes et complémentaires d'accompagnement pour l'harmonisation du travail.

Il y a bien sûr le classique dossier de transmission, complété par des transmissions orales, mais pour aller au-delà, on se heurte au manque de moyens : cela pose très concrètement la question du coût de remplacement des agents de nuit devant se déplacer pour participer à une réunion de jour, rendue parfois obligatoire pour assurer une bonne coordination et l'échange entre les équipes. « C'est pourtant un enjeu de taille que de tenter de rapprocher ces deux visions différentes et complémentaires des soins et de leur planification qui reste un des écueils majeurs à l'harmonisation du travail du jour et de la nuit et à la reconnaissance par les deux parties des contraintes de l'autre », écrit Anne Perraut Soliveres. (2006, p. 99)

Si l'on demande aux professionnels de nuit d'avoir une expérience de jour, l'inverse est moins fréquent. Dans certains établissements, les personnels peuvent travailler sur la base du volontariat alternativement de jour et de nuit. Et beaucoup préconisent la création de postes de travail « à cheval » sur le jour et la nuit, pour assurer la période de transition dans ce passage du diurne au nocturne? (Badey-Rodriguez, 2006, p. 117)

- Conclusion : Et le jour?

« On ne peut pas innover sur la nuit et laisser le jour tel quel. Il s'agit, dit un directeur, de sortir d'une pensée binaire, jour contre nuit. Et de poser la question : comment la pensée nocturne modifie la pensée diurne? Il faut remettre en cause l'hégémonie du jour. Il faut naviguer à travers des frontières... Penser autrement la nuit, c'est revivifier toute la réflexion sur l'accueil. »

Cette étude révèle tout d'abord que la nuit est un espace d'innovation pour des professionnels qui souhaitent interroger leurs pratiques d'accompagnement. La nuit n'est pas un espace homogène : entre l'entrée dans le sommeil et le lever du jour, différentes séquences

appellent des réponses spécifiques : difficultés d'endormissement, pratiques médicamenteuses, terreurs nocturnes, errance, recherche de contacts. Cela amène à questionner des activités qui a priori apparaissent étrangères à la nuit, telles que l'alimentation et l'animation. Mais le lien fondamental qui reste toujours à approfondir est celui de l'articulation entre professionnels de jour et de nuit.

« La nuit est un espace qui échappe en partie au contrôle de l'institution, faute de savoir comment l'aborder. La vision qu'en ont les acteurs du jour, encadrement compris, s'exprime généralement par une méfiance indéfectible liée à la méconnaissance des codes et valeurs en vigueur dans ce monde à part. Pourtant la nuit, les soignants développent des aspects différents de leur métier qui font de plus en plus défaut à leurs collègues de jour. C'est en se donnant les moyens, par un encadrement de qualité, que l'institution peut espérer réunifier ces temps essentiels pour la qualité des soins que nous devons aux patients. » (Perraut Soliveres, 2006, p. 95)

Ainsi, plutôt que de regarder le jour et la nuit comme antagonistes, les professionnels montrent qu'il est judicieux de mêler leurs aspects les meilleurs, afin que le jour sorte de la seule fonctionnalité des actes et que la nuit gagne en sérénité.

Les professionnels redeviennent des entrepreneurs, des innovateurs qui, cherchant à échapper aux injonctions normatives et aux contraintes de plus en plus fortes imposées par les diverses instances de tutelle, reprennent du pouvoir en se situant sur un terrain et un espace fort peu abordés par ces dernières, où ils mobilisent d'autres modèles d'accompagnement, où la dimension éthique prime. Le moment charnière du processus d'innovation est celui de l'appropriation, appropriation qui, selon Norbert Alter (2010), donne sens et efficacité. Elle est gage de pérennité et de légitimité pour une nouveauté. L'enjeu est de permettre aux personnes, quel que soit leur état physique et psychique, de rester des acteurs de leur vie.



Références

- ALTER, N. (2010). *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF.
- ANESMS, (2011). *Accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, p. 34.
- Badey-Rodriguez, C. (2006). La nuit auprès des personnes âgées : la face obscure des projets. *Gérontologie et société*, 116, 117.
- DAVOUT, V. (2013). *La nuit : son vécu aux différents âges de la vie. Parole de vieux*. Master sciences humaines et sociales. Mention éducation, travail et formation. Spécialité : expertise, ingénierie et direction d'organisation, parcours gérontologique.
- ETUDE CECILE (2010). Colloque Cancer et Travail. Association pour la recherche sur le cancer (ARC) et Institut national du cancer (Inca). Paris, 14 décembre 2010.
- FONDATION MÉDERIC ALZHEIMER (2010). *Autour de la nuit, pratiques innovantes*, 185 p.
- GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ (2006). *La nuit*, 116.
- GUINCHARD, P., & PETIT, J.-F. (2010). *Une société du soin*. Edit de l'Atelier.
- HENCHOZ, K. (2006). Le sommeil et les significations de la nuit dans la grande vieillesse. *Gérontologie et société*, 116, 25-44.
- JANKELEVITCH, V. (1978). *Quelque part dans l'inachevé*. Paris : Gallimard, Folio Essais.
- MERLEAU-PONTY, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard, p. 328.
- NEMET-PIER, L. (2008). Ces mondes de la nuit qui nous font peur. *Imaginaire & Inconscient*, 22, 99-106.
- PELLISSIER, J. (2006). Chacun sa nuit. *Gérontologie et société*, 116, 20.
- PERRAUT SOLIVERES, A. (2006). La nuit et l'institution, un mépris partagé. *Gérontologie et société*, 116, 95-99.
- TROUILLOUD, M. (2006). La nuit, la vie continue. *Gérontologie et société*, 116, 119-122.
- VERCAUTEREN, R. (2006). Nuits en établissements, une rupture des modèles culturels du travail. *Gérontologie et société*, 116, 136.