

Université René Descartes – Paris V

Faculté de Médecin Cochin – Port Royal

Rôle de l'IDEC
dans la gestion des plaintes

Ou un autre « ménage » à 3 :

L'IDEC, les familles et les plaintes

Grégory LEDOUBLEE

DU Infirmier Référent EHPAD/ SSIAD

Année Universitaire 2013-2014

Sous la direction de Maud GHISOLFI

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Mme Maud GHISOLFI, en tant que Directrice de mémoire, elle m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer.

Je remercie également Mme Marie José KEIRLE, Directrice de l'établissement où je travaille pour son soutien durant cette année de formation.

Je remercie aussi tous mes collègues IDEC qui m'ont nourri de leurs expériences et ont enrichis ma réflexion sur ce sujet

Sommaire

Introduction	Page 3
1^{ère} partie : Etat des lieux	
I – Définition	Page 4
II - L'admission en Maison de Retraite	Page 4
III – Les pré-requis à la relation IDEC-Famille	Page 7
IV – De la prise en charge à la plainte de la Famille	Page 8
2^{ème} partie : L'IDEC et les Familles	
I – Cadre réglementaire	Page 10
II- La relation IDEC/Famille	Page 11
3^{ème} partie : Gestion d'une plainte écrite	
I – Contenu	Page 13
II- Cheminement	Page 13
III – Réponse à une plainte écrite	Page 14
IV – Analyse	Page 15
4^{ème} partie : La Famille dite « Pathologique »	Page 16
Conclusion	Page 18
Bibliographie	Page 19
Annexe : Lettre de plainte	Page 20
Annexe : Courrier réponse	Page 21

Introduction

Il est une des nombreuses missions d'un Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur (IDEC) qui consiste à entretenir une bonne relation avec la famille d'un résident, à lui garantir une prise en soin de qualité et à établir une relation de confiance avec elle.

L'IDEC, avec le Médecin Coordonnateur (MEDEC) sont les interlocuteurs privilégiés des résidents et des familles pour fournir des éléments sur la prise en soin, l'état de santé, et sont donc de fait, les récipiendaires des doléances de ceux-ci.

Souvent l'IDEC se retrouve à faire le grand écart entre les exigences des Familles et des Résidents, la compatibilité des souhaits avec les contraintes institutionnelles, la vie en collectivité et la lourde gestion des problématiques de Ressources Humaines (RH).

Mon travail a donc consisté à analyser l'origine des plaintes, le contexte, sa matérialisation et comment y répondre de manière non exhaustive.

L'empathie, la relation soignant/soigné, la relation IDEC/Famille est au cœur du métier d'Infirmier Coordinateur mais ne représente qu'une partie de sa mission parmi tant d'autres.

1^{ère} partie : Etat des lieux

I) Définitions

Selon le dictionnaire Larousse :

Une réclamation c'est : « l'action de s'adresser à l'autorité pour se plaindre de quelque chose, pour protester, signaler une malfaçon, de revendiquer, action de réclamer quelque chose auquel on estime avoir droit ».

Une plainte c'est : « l'expression de mécontentement » ou encore « parole, cri, gémissement qui exprime la douleur, la peine ».

D'un point de vue pratique, pour l'IDEC (*Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur*) et l'équipe de direction il est difficile de faire le distinguo dans l'usage de ses deux mots.

Pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), le terme de plainte n'est pas utilisé au sens judiciaire mais au sens courant : « il englobe les requêtes, les doléances ou les réclamations émises par un particulier (usager, famille), un professionnel ou une institution, et mettant en cause un établissement, une structure accueillant du public, ou un prestataire de service dans les secteurs sanitaires, médico social ou de la santé environnementale ».

Pour ce mémoire nous considérerons que les mots plainte et réclamation ont le même sens : que c'est une manifestation d'un mécontentement portant sur le fonctionnement et/ou la qualité des prestations délivrées par un établissement de la part d'un résident ou de son entourage (famille, proche).

II) L'admission en maison de retraite médicalisée :

L'admission d'une personne âgée, d'un proche, de son père et/ou de sa mère, dépendant, est une étape de la vie souvent difficile, parfois soudaine et rarement préparée. Dans les EHPAD (*Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes*), les entrées peuvent parfois se faire dans une « urgence » ressentie par la famille qui arrive à bout d'un épuisement après avoir utilisé toutes les aides du maintien à domicile, ou bien, après un passage par un service d'hospitalisation aigu (souvent déclenché par une chute ou une décompensation d'une maladie

chronique) suite auquel le retour à domicile n'est plus envisageable. L'évolution psychologique de la personne âgée est très hétérogène. Mais l'avance en âge (moyenne d'Age des EHPAD 85 ans, dans l'EHPAD où je travaille 88 ans pour une amplitude de 64 ans à 105 ans) et plus encore dans le grand âge, est accompagnée de nombreuses pertes : diminution ou perte de certaines capacités, perte de personnes proches, famille ou amis, perte du sentiment d'utilité sociale, diminution ou perte de l'estime de soi, perte de ses repères lors d'une hospitalisation ou d'une entrée en établissement.

Les familles doivent donc faire face à une situation humaine douloureuse et en même temps peuvent être confrontées face à des difficultés d'orientation pour trouver un établissement pour leur proche.

Selon le dictionnaire Larousse, la famille est : « un ensemble formé par le père, la mère et les enfants ».

Le fonctionnement familial définit le permis et l'interdit, le normal et le pathologique, le congru et l'incongru. La composition de la famille a évolué au fil des années, elle se compose, elle se décompose, elle se recompose. Le nombre de membres qui compose une famille est très variable, il peut aller d'une personne isolée, à un couple avec plusieurs enfants, petits enfants, arrière petits enfants... Cette famille a bien naturellement un vécu qui lui est propre, traversé par les aléas de la vie.

Cette famille va être confrontée, très vite, à l'organisation logistique mais également financière de l'entrée en EHPAD de son proche. Les familles découvrent souvent l'obligation alimentaire qui lie les parents-enfants-grands-parents et beaux parents. Cette obligation est parfois totalement refusée par des enfants, qui rejettent ce parent qu'ils jugent lui-même « abandonnant ».

La plupart des personnes âgées admises en EHPAD souffrent de troubles cognitifs. Ses troubles touchent tout le système familial, créent de l'angoisse et de la confusion pour le résident et son entourage.

Les raisons de l'entrée en EHPAD, selon la Fédération Nationale des Associations de Personnes Agées Et de leur Famille (FNAPAEF) :

- 10% seraient sur une décision personnelle,
- 14% pour des raisons « socio familiales » (un entourage « qui décide »)
- 68% pour des raisons de santé ou d'incapacités physiques.

L'entrée en EHPAD est souvent un virage vers quelque chose de nouveau, ou chacun place ses objectifs : se reposer, sécuriser son proche, accompagnement vers la fin de vie, projet de vie. Mais l'entrée en EHPAD n'est pas une fin en soit, et ne doit pas en être une. Pour les enfants, il est souvent difficile d'admettre que les parents sont désormais plus vulnérables qu'autrefois, qu'ils ne seront plus les protecteurs de naguère, ceux que l'on appelait quand on avait des soucis. Car ce sont eux, qui seront sans doute à l'origine des futurs soucis de leurs enfants, qui sont parfois eux-mêmes aussi

parents d'enfants... C'est ce que l'on appelle la « génération pivot », encore en activité ou retraités, ils épaulent leurs parents et leurs enfants.

Chaque famille est unique, et réagit différemment à cette entrée en institution. Les attentes en sont aussi toutes différentes. Il nous est donc difficile d'appréhender d'éventuelles difficultés relationnelles.

Le moment le plus opportun pour créer un lien entre les soignants et la famille est sans doute à l'entrée en EHPAD. C'est un instant privilégié pour les entendre dans leurs difficultés et éviter certainement de futurs conflits. Les questionner et les entendre est alors utile, à propos de leurs parcours de soin en amont, de l'annonce du diagnostic, de leurs attentes pour leur parent vis-à-vis de la structure d'accueil.

C'est aussi à ce moment clé de l'entrée, où l'IDEC fait un premier état des lieux et s'interroge : leurs demandes sont elles utopiques ? Doit-on tout accepter d'une famille ? Comment vais-je communiquer avec eux ? Vont-ils être très demandeurs ?

Avec l'entrée en maison de retraite, parfois la famille va devoir payer pour ses parents. Or, on sait que l'argent, c'est l'affectivité. On peut être ravi de leur rendre tout ce qu'ils nous ont donné, mais on peut aussi être très en colère, eux qui nous ont si peu donné.

Les familles peuvent se culpabiliser d'avoir « placé » leur parent en institution. Certaines sont sur le registre de l'agressivité, reflet probable, dans bon nombre de cas, de leur culpabilité et de leur souffrance : « Je vous ai déjà dit de la forcer à aller à l'animation », « Il y a encore une paire de chaussettes qui a disparu », « Comment se fait-il qu'elle n'ait pas encore eu sa douche ? ». Les familles peuvent aussi demander à l'institution une qualité de service sans faille, une surveillance constante quitte à ne plus laisser aucune liberté à la personne âgée, espérant ainsi faire un sort à leur culpabilité en offrant à leur parent ce qu'il y a de mieux pour eux. Il m'est arrivé d'entendre de la part d'une famille, une demande de surveillance qui n'existerait même pas dans un service de réanimation. Ses familles là, sont souvent celles qui seront à l'origine des réclamations à tort ou à raison.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) reconnaît que « bien souvent la plainte recouvre une dimension de forte émotion en raison de la vulnérabilité des plaignants et de leurs familles (malades, personnes handicapées ou âgées dépendantes) ».

Pour se dégager de cette culpabilité renvoyée par les familles, il faut à l'IDEC de ne pas prendre toutes les « piques » qui lui sont envoyées, que ce soit par les personnes âgées ou par des membres de leur famille, pour des attaques personnelles, en ayant conscience que ce n'est pas forcément parce que nous faisons mal, mais parce que la personne se sent mal, ce qui est une nuance importante à prendre en considération.

La relation de certains membres de la famille avec le proche en EHPAD peut aussi être très variable. Ce qui va avoir pour conséquence une famille très présente, ou au contraire très absente, et quelque soit la distance géographique. Une mésentente dans la famille, dans la fratrie seront des facteurs qui ne faciliteront pas l'entrée en EHPAD et la réussite du séjour.

Contrairement aux idées reçues, avec l'expérience, je peux dire que ce ne sont pas nécessairement les familles les plus présentes qui sont les plus revendicatives. J'ai en exemple, une famille qui visitait très peu un proche, et qui à la moindre visite, faisait une lettre de plainte avant de replonger des mois dans le silence.

Lors de l'admission de la personne âgée, il est aussi primordial que la famille s'organise et définisse un interlocuteur privilégié pour les relations avec l'établissement. Indiquer si la personne âgée est sous tutelle, curatelle, ou si elle a désigné une personne de confiance.

III) Les prérequis à la relation IDEC / Famille

L'IDEC, comme nous le verrons plus tard, est un acteur majeur et essentiel dans la prise en charge du résident, mais aussi dans la relation établissement/famille.

Les relations familiales très complexes auxquelles, parfois, nous sommes confrontés ne peuvent pas laisser indifférent et les jugements de valeur peuvent faire leur apparition. Le travail avec les familles est un travail difficile parce que l'histoire familiale des résidents que nous accueillons peut susciter de nombreux retentissements personnels. Il est parfois bien compliqué de ne pas se laisser prendre dans le jeu familial, apporter aide et soutien à la fois au résident et à sa famille relève parfois d'un difficile talent d'équilibriste.

Une relation de confiance s'établit entre le résident et l'IDEC, au même titre qu'elle doit s'établir entre l'IDEC et la famille. L'IDEC est l'interlocuteur privilégié dans ce qui préoccupe le plus les familles : les soins, le bien-être, et peut parfois recevoir d'autres motifs de plaintes dépassant son champs d'actions.

La confiance ne se donne pas mais elle s'établit avec le temps. Les actions, les moyens, le suivi constituent les composantes quotidiennes de cette relation. Il est donc nécessaire de donner confiance pour déculpabiliser, pour rassurer et conduire les familles à s'éloigner du statut d'observateurs pour devenir des partenaires.

Les moyens de communiquer avec l'IDEC doivent être connus des familles dès l'entrée du résident en institution, et une présentation de l'IDEC au résident et à la famille présente est indispensable le jour même de l'arrivée ou le lendemain. Une présentation succincte des fonctions de l'IDEC permet au résident et à la famille de se positionner dans la place qu'il occupe dans la résidence.

C'est une petite partie du travail d'un IDEC, et pour la famille c'est ce qui paraît le plus important. Sans doute à un point où on peut parfois se poser la question si les familles ne pensent pas que l'on est là que pour répondre à leurs demandes, et uniquement pour cela, ou du moins en priorité à cela.

Malgré tout, l'IDEC, bien que conscient de ses prérequis, est confronté à de multiples problématiques à résoudre tout au long de la journée, qu'il doit fréquemment réorganiser, prioriser ses actions.

iv) De la prise en charge à la plainte de la famille

En reprenant les différents éléments cités, il n'est pas rare qu'une plainte soit formulée par une famille de résident. Les motivations de cette plainte peuvent être très diverses, reprendre les éléments vus précédemment, se baser sur des faits réels (dysfonctionnements, défaut de prise en charge), des défauts de communication ou encore de l'incompréhension...

Un groupe privé spécialisé dans la prise en charge de personnes âgées dépendantes a réalisé en 2013 un recensement sur les réclamations clients arrivant au siège de ce groupe. Cette analyse a révélé que plus de la moitié des réclamations arrivent par écrit (65%). Ainsi, sur une base de 380 réclamations recensées sur l'année 2013 :

- 31 % sont reçues par lettre simple,
- 20 % sont reçues par courrier recommandé avec accusé réception,
- 14 % sont reçues par mail,
- 30 % par téléphone,
- 3% par enquête de satisfaction annuelle,
- Autres (orales, lors de rendez-vous...)

Sur cette même analyse, il est intéressant de classer les motifs sur lesquels portent ses réclamations, notamment avec celles qui arrivent en tête :

- 31 % regroupent les prestations soins (toilettes, nursing, soins techniques...), sur lequel l'IDEC peut influencer : heure de la toilette, fréquence et qualité du change,
- 13 % sur le cadre de vie de la chambre et de la résidence
- 12.7% sur la restauration

- 12.5% hygiène et propreté de l'établissement
- 9% sur la prise en charge médical
- 6 % sur la blanchisserie
- 4.5 % sur l'animation...

En se basant sur cette étude, on se rend compte, que, dans sa pratique, l'IDEC peut intervenir sur au moins 31% des plaintes, comme : revoir le plan de soin du résident, s'assurer de la qualité des soins et de leurs bonnes fréquences... Mais parfois, en investiguant, l'IDEC pourra relever ou constater des troubles du comportement chez un résident, qui expliqueront un soin non ou mal réalisé, et qui aura généré une réclamation de la part de la famille.

2^{ème} Partie : L'IDEC et les Familles

1) Cadre réglementaire

La réglementation en vigueur régissant la profession d'infirmier : Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 fait ressortir un devoir : article R. 4312-2 : « L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille ».

Plus général, l'article R. 4312-31 : « L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité ».

L'interprétation de la Loi est difficile à traduire sur le terrain. Elle place l'infirmier coordinateur au cœur de ses responsabilités sans définir pour autant les devoirs, les attentes par rapport à une relation infirmier coordinateur/famille.

L'Agence Nationale Evaluation des Etablissements Médico Sociaux (ANESM) recommande à travers son volet 3 sur la Qualité de Vie en EHPAD de : « reconnaître la place des proches dans l'accompagnement du résident ».

La relation entre les proches et les professionnels évolue au fur et à mesure du séjour de façon progressive.

Un certain nombre d'éléments peuvent cependant ralentir la construction de cette relation :

- la crainte de la part de certains proches de voir la personne âgée développer une vie sociale sans eux alors qu'ils étaient depuis plusieurs années leur principale source de lien social ;
- la comparaison entre la prise en charge au domicile de la personne âgée par la famille et celle au sein de l'institution ;
- le facteur financier dû au « reste à charge » payé par le résident et/ou sa famille ;
- la mauvaise image des EHPAD dans la société, ceux-ci gardant l'image d'établissements peu accueillants.

La fiche de poste de l'IDEC : l'IDEC est chargé « d'assurer un rôle de médiateur... auprès des familles, entre la direction, les équipes de l'EHPAD, les résidents et leur famille » mais aussi de « conduire le projet personnalisé (des résidents et leur famille, stagiaires...) »

Le cadre réglementaire qui régit les relations IDEC/Famille est très vaste car il ne peut pas être légiféré.

ii) La relation IDEC/Famille

Dans notre établissement, nous avons dernièrement apporté des modifications sur la plaquette qui présente l'ensemble des responsables, leurs missions, en ajoutant leurs photos, leurs coordonnées téléphoniques internes et leurs adresses mail, pour permettre aux résidents mais aussi aux familles d'identifier les interlocuteurs, savoir ce qu'ils font et comment les joindre, dans l'optique bien sûr d'échanger des informations ou le cas échéant de recueillir des dysfonctionnements.

Mais la relation IDEC/Famille se construit dès l'admission d'un résident, si ce n'est en amont. L'IDEC est déjà, lors de la lecture du dossier médical d'admission chargé de donner un avis favorable ou défavorable à l'admission. Parfois, il participe avec le MEDEC, ou effectue la visite de pré-admission (dans la structure, à l'Hôpital ou au domicile). Pour moi, c'est l'étape importante dans la construction de cette relation. Une relation humaine, empathique peut se créer entre l'IDEC, le résident, et la famille. A cet instant, l'IDEC peut se sentir investi par une mission de bien prendre en charge, d'organiser l'arrivée du futur résident, de lever parfois des craintes soulevées par la famille sur la prise en soin, et souvent d'apporter des réponses simples à des questions simples. C'est aussi l'occasion pour l'IDEC d'appréhender la qualité de sa future relation avec la famille : famille très présente ou détachée et absente, famille en phase avec l'état de santé de son parent ou dans le déni de la maladie et de la dépendance...

Dès l'arrivée du résident, il est primordial d'établir les modalités de communication avec la famille : définir le référent, dans l'idéal la personne de confiance. Et répondre à un certain nombre de questions et de formaliser la décision, comme par exemple, prévient-on la nuit si problème ? Si oui, qui ?

L'IDEC doit aussi se montrer disponible et accessible auprès de la famille. Bien se présenter ou se représenter, ainsi que son rôle général au sein de la structure, puis au sein de l'équipe soignante.

Dans les jours qui suivent l'entrée, il ne faut pas non plus hésiter à réorienter les familles, notamment vers les infirmiers pour les réponses à des questions plus quotidiennes (a-t-il bien dormi ? bien mangé ? ...). Le risque est que la famille pense que l'IDEC sait et doit tout savoir. Le message à faire passer aux familles, est que l'IDEC ne sait pas forcément tout et que ce n'est pas la son travail. En revanche, il peut sur rendez vous, réunir les éléments dont la famille souhaiterait avoir connaissance, pour faire un point et ajuster ou faire ajuster la prise en charge.

Plus tard, dans les 3 mois, l'IDEC se réunira avec tous les acteurs de la prise en charge pour établir le projet personnalisé du résident, et le présenter au résident et/ou à la famille. L'ANSEM recommande que le projet personnalisé dans ses différents volets fasse l'objet d'un dialogue entre la

personne, ses aidants (dont la personne de confiance qu'elle a pu désigner) et les professionnels concernés afin de susciter l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes.

Enfin, l'IDEC sera parfois aussi un des soutiens des familles, lors de l'accompagnement de la fin de la vie pour leur parent.

Ce sont les points clés, pour moi, de la relation IDEC/Famille que je décrirai comme « normale » dans mon travail. Ces points clés peuvent prévenir, réduire (en fréquence ou en gravité), éliminer les réclamations des familles. Car rien n'est pire pour une famille de ne pas avoir d'échange, de réponses et d'interlocuteur. Néanmoins, cela ne suffit pas à écarter une plainte écrite. La nature de l'arrivée de cette plainte écrite peut prêter à interpréter le niveau de gravité (à la libre appréciation de l'IDEC) : un mail ou une lettre manuscrite, une lettre recommandée, adressés à l'IDEC, la direction et/ou le siège de l'établissement. Le support utilisé peut mettre en avant l'importance à porter à la réclamation et en apprécier le délai de réponse et bien sur la ou les actions qui en découlent.

L'IDEC ne doit pas pour autant négliger les plaintes orales, qui peuvent être reçues au détour d'un couloir, « entre deux portes », ou bien par téléphone. Elles sont parfois les origines d'une plainte ou d'une réclamation écrite si elles ne sont pas traitées, ou si la réponse qui en a été faite ne donne pas satisfaction à la famille.

3^{ème} Partie : Gestion d'une réclamation/plainte écrite

I – Contenu

Selon l'ARS Franche Comté, les plaintes des établissements médico-sociaux dénoncent à parts égales des situations jugées maltraitantes, les mauvaises conditions d'organisation et de fonctionnement des établissements. Les raisons évoquées par les plaignants sont multiples :

- Maltraitements : violences, maltraitance physique, contention, décisions tardives d'hospitalisation...
- Conditions d'organisation : de la part des soignants (harcèlements, situations conflictuelles) ou de la part des usagers (hygiène insuffisante)
- Conditions de fonctionnement : défauts d'informations des familles, attentions insuffisantes...

II – Cheminement

Les EHPAD se structurent, se regroupent, et plusieurs groupes, notamment privés commerciaux réfléchissent, élaborent et mettent en œuvre des formations et des procédures pour améliorer la qualité des réponses écrites dans la cadre des réclamations et son traitement.

J'ai fait le choix de mettre en annexe un exemple d'une plainte d'une famille de résident, que j'ai rendu volontairement anonyme, parvenu au directeur d'un établissement par lettre recommandée.

J'ai ensuite ajouté en annexe, le courrier réponse du directeur de l'établissement, après avoir reçu la famille lors d'un entretien.

J'ai volontairement fait le choix de recopier en intégralité la lettre de plainte, essentiellement axée sur des réclamations portant sur du soin et de l'animation.

En étant le destinataire de la lettre, le directeur réunit son équipe de direction, en priorité les responsables des services concernés par les réclamations écrites.

L'IDEC concernant sa partie, fait le lien entre la réalité du terrain, l'organisation du service mais aussi l'état de santé et le niveau de dépendance du résident. La plupart du temps de simples explications données au directeur peuvent permettre d'expliquer et de répondre à certaines réclamations. Parfois une investigation peut être nécessaire pour comprendre, analyser un dysfonctionnement et comment y remédier.

Le directeur propose et reçoit la famille plaignante lors d'un entretien, accompagné au besoin par les responsables cités plus haut.

Le directeur, dans les jours qui suivent l'entretien, établit un compte rendu écrit ou un courrier réponse à la famille plaignante, qui sera consigné dans le dossier du résident.

III - Réponse à une plainte écrite

Un grand groupe spécialisé dans la prise en charge de la dépendance a édités 10 règles d'or pour rédiger un courrier de réponse :

- Préparer sa réponse : identifier l'objectif
- Rentrer directement dans le vif du courrier : rappeler brièvement les faits « vous nous avez fait part de... »
- Personnaliser le texte : utiliser « je »
- S'adresser directement au lecteur : 3 « vous » pour 1 « nous »
- Utiliser des mots simples : la lettre doit être comprise par un enfant de 12 ans et ne pas utiliser de sigles
- Faire des phrases courtes : une idée par phrase, éviter les phrases longues qui obligent à une pénible gymnastique intellectuelle
- Faire la chasse aux clichés et aux pléonasmes : ne pas employer « contrôle sérieux » ou « exclusivement réservé »
- Utiliser des mots de liaison entre les paragraphes : le style doit « couler » naturellement : « c'est pourquoi », « aussi », « enfin », mais surtout »
- Être enthousiaste et positif : être respectueux de la réclamation et positif vis-à-vis de la prestation, choisir des formules positives (il n'est pas difficile = il est facile), mais l'enthousiasme ne doit pas être un emploi abusif de superlatifs.
- Soigner le dernier paragraphe : le réclamant doit connaître l'action engagée par l'établissement : proposer des dates, faire des propositions claires, suggérer des solutions.

4^{ème} Partie : la famille dite « Pathologique »

Dans la majorité des situations, les familles, bien que toutes différentes, possèdent un point commun : un équilibre dynamique qui va lui permettre de s'adapter aux événements qu'elle va traverser durant le séjour en EHPAD de son proche.

Néanmoins, la famille de la personne âgée est parfois perçue comme plus problématique que la personne âgée elle-même. Pourquoi ?

Dans le langage usuel des EHPAD, on les appelle les familles « pathologique ». Aucune définition n'existe pour expliquer ce terme, mais si on se réfère au mot seul « pathologique » : il s'agirait selon le dictionnaire Larousse : « d'un comportement anormal, étrange qu'on assimile à une maladie ».

Il ne s'agit évidemment pas de traiter ses familles de « malades », mais de garder de cette définition une famille au comportement étrange, et anormal par rapport aux comportements des autres familles.

Cette famille est toujours la victime « cachée », et sa place dans l'accompagnement de son proche, aux côtés des professionnels, n'est pas facile à trouver. Mais la souffrance de la famille ne justifie pas certaines attitudes d'hostilité envers le personnel soignant.

Les soignants expriment en effet très fréquemment leurs difficultés et le sentiment d'être « épiés », « jugés » voire « dénigrés » par des familles. Inversement, les familles peuvent se sentir « exclues », « de trop », « gênantes » lorsqu'elles sont présentes et/ou qu'elles interrogent.

C'est aussi la place de l'IDEC pour se questionner, et amener son équipe à se questionner sur ce :

- Que vit la famille ?
- Que représente la famille pour la personne âgée ?
- Que dire, que faire, avec la famille ?
- Que ne pas dire, que ne pas faire, avec la famille ?
- Comment accompagner la famille dans les situations de fin de vie ?
- Comment se positionner lorsque s'expriment les conflits familiaux, parfois anciens ?

- Et si la famille nous paraît maltraitante ? (ex : Forcer la cuillère à rentrer dans la bouche de son parent)
- Est-il légitime qu'une famille participe à certains soins ? (ex : Toilettes, changes...)

Il est indispensable que ces familles soient prises en charge par l'ensemble de l'équipe de direction (Directeur, MEDEC, IDEC), et inclure aussi parfois un regard extérieur en faisant intervenir un tiers dans la prise en soins (équipe mobile de gériatrie, association d'usager). Ces familles sont particulièrement revendicatives, demandeuses, et ont le besoin parfois le devoir de s'exprimer sur le moindre fait.

Aucune règle sur l'accompagnement de ces familles n'existe, mais beaucoup d'IDEC ressentent un fatalisme en se disant « rien n'est bien pour cette famille » et que « on fait pour le mieux ». Tous disent, que le meilleur outil pour travailler avec ses familles restent la communication, l'écoute, le dialogue.

Conclusion

Durant cette année d'étude, un des médecins qui est intervenu dans un des cours, nous a parlé d'un « ménage » à trois que constituait le trinôme : MEDEC, Directeur et IDEC. Ces trois personnes avec des missions et des compétences bien différentes mais complémentaires sont indispensables pour le bon fonctionnement d'un EHPAD et pour garantir un maximum de qualité dans la prise en soin des résidents. Il ne faut pas oublier le travail de la psychologue qui a un rôle de soutien auprès des familles.

J'ai donc repris le terme « ménage », pour parler d'un autre trinôme, officieux celui la, en parlant de l'IDEC, des familles et des plaintes. Ou plutôt du rôle de l'IDEC dans relation avec les familles dans la manière de gérer une plainte et dans sa prévention pour l'éviter.

L'IDEC doit avoir en tête que certaines réclamations peuvent avoir un effet positif celui de nous améliorer et de rétablir la confiance avec une famille.

La communication est le maître mot de cette relation. Elle peut être orale ou écrite, mais elle doit être adaptée aux besoins de chaque famille sans être excessive ou inexistante. Il est important donc pour l'IDEC de connaître au mieux ses familles, mais aussi les résidents. C'est la toute la difficulté pour un IDEC qui arrive sur un poste dans un nouvel établissement.

Pour conclure ce travail, je dirai que l'empathie, plus qu'un mot, c'est une attitude, que l'IDEC doit avoir, en s'adressant, en s'entretenant avec une famille. L'IDEC doit rapporter la dimension humaine dans la prise en charge, des êtres humains qui soignent d'autres êtres humains, auprès des familles pour aller chercher l'alliance entre l'équipe et la famille pour la bonne prise en charge du résident.

Bibliographie

- Annales Médico Psychologiques, J. Monfort (2006)
- Plaintes des usagers et des familles, Gériologie et société, A. DE Vivie, N° 115 (2005)
- L'entrée en établissement 'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Gériologie et société, I. Donnio N° 112 (2005)
- Familles et professionnels en gériologie : quelles difficultés ? Quelle place pour chacun ?; recherche en soins infirmiers, N° 94, C. Badey-Rodriguez (2008)
- Les personnes âgées en institution – Vie ou survie, Seli Arslan, (1997)
- La vie en maison de retraite – Comprendre les résidents, leurs proches et les soignants, C. Badey-Rodriguez Albin Michel, (2003)
- Les réclamations clients, p. DETRIE, Editions d'organisation, Juin 2004
- Petits conseils aux familles, Aidant attitude, Mars 2012
- ANESM Volet N°3 : Qualité de vie en EHPAD – La vie sociale des résidents
- Missions de l'IDERCO (Infirmier DE Référent-Coordinateur) – Insitut Meslay : <http://iderco.wordpress.com/>
- ARS Franche Comté, Gestion des Plaintes, 07/02/2011

Annexe : Courrier réponse

Monsieur,

J'ai pris connaissance avec beaucoup d'attention de votre courrier du 16 avril dernier relatif à la prise en charge des résidents au sein de notre établissement ; Sachez que je suis désolé que le séjour de Monsieur Z ne vous donne pas entière satisfaction.

Suite à votre courrier, j'ai rencontré un grand nombre de salariés de l'établissement pour établir un diagnostic précis de la situation.

Nous avons évoqué ensemble la prise en charge mise au sein de l'établissement lors d'un rendez vous le 28 avril 2014 et j'espère, avoir contribué à vous apporter les clarifications que vous attendiez.

Dans un premier temps, vous évoquez le temps consacré aux soins quotidiens dont les soins dentaires. Les toilettes sont réalisées par les soignants conformément aux bonnes pratiques professionnelles en EHPAD. Celles-ci sont adaptées chaque jour en fonction des capacités de chaque résident avec pour objectif de répondre aux soins d'hygiène corporelles attendus pour chacun. Les soins dentaires sont réalisés quotidiennement mais il est vrai que certains troubles du comportement rencontrés chez certains résidents peuvent compliquer la réalisation de ces soins. Cependant, nous allons continuer à sensibiliser les équipes aux soins dentaires et je vous invite à vous rapprocher des soignants et leur demander la traçabilité de ces soins pour votre père lors de vos prochaines visites.

En ce qui concerne le lavage des mains avant les repas, nous mettrons à votre disposition ainsi qu'à la disposition des soignants des lingettes qui permettront d'optimiser l'hygiène des mains avant le repas.

Vous évoquez dans votre courrier le nombre de personnels soignants au sein de chaque unité de vie protégée. Comme j'ai pu vous expliquer, l'établissement comporte deux unités de vie protégée de 14 résidents chacune avec un soignant attribué à chacune de ces unités en journée et un troisième qui partage son temps de travail entre ces deux unités. Ponctuellement, chaque unité de vie est renforcée par la présence d'un quatrième soignant en début d'après midi ce qui porte à deux le nombre de soignants dans chaque unité et ce du lundi au dimanche inclus.

La nuit, un soignant est affecté sur chaque un unité avec un troisième présent dans l'établissement notamment sur la partie hébergement mais qui reste en renfort possible pour chaque unité de vie protégée.

En ce qui concerne l'animation, un animateur à temps complet est présent au sein de l'établissement depuis janvier 2014 et exerce ses missions au sein de chaque unité de vie protégée ainsi que du troisième secteur d'hébergement. L'animateur s'appuie également sur les soignants

présents dans ces unités. Une réflexion est menée avec la psychologue afin de déterminer au plus juste les besoins des résidents accueillis.

Suite à notre rencontre et après investigations au sein de la résidence, je n'ai pas connaissance d'évènement particulier survenu en fin de nuit. Cependant les équipes de nuit ont été sensibilisées à nouveau à une plus grande vigilance à ce sujet.

Plusieurs tournées de nuit sont organisées chaque nuit dans chaque unité de vie protégée pour vérifier le confort et le sommeil de chacun. Certains résidents déambulent la nuit et peuvent parfois pénétrer dans d'autres chambres par manque de repères.

Afin d'optimiser les relations avec les résidents et familles, nous procéderons à l'élection du Conseil de la Vie Sociale dès ce mois de mai pour laquelle des informations explicatives vous sont parvenues le mois dernier. A ce jour, plusieurs membres des familles des résidents se portent candidats pour siéger au CVS avec un candidat dont le parent est hébergé en unité protégée.

Nous souhaitons par l'intermédiaire de ce Conseil de la Vie Sociale contribuer à enrichir les réflexions et ainsi concrétiser des actions en faveur des personnes accueillies.

J'espère avoir répondu à vos interrogations et je reste à votre écoute pour poursuivre une collaboration constructive et ainsi promouvoir l'épanouissement des résidents qui nous sont confiés.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

R r

Directeur

