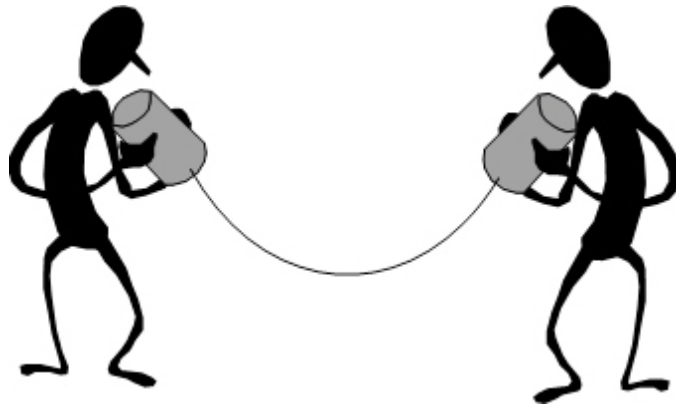


Université PARIS DESCARTES
Faculté de médecine

LES TRANSMISSIONS ORALES, Intérêt pour les soignants, les résidents ou les 2 ?



Ludivine Palisse
Elodie Boitrelle

Diplôme Universitaire
Infirmière Référente et coordinatrice en EHPAD et en SSIAD

Année Universitaire 2017-2018

Directeur de mémoire : Dr Yann Le Vigouroux

Remerciements

Merci aux professionnels qui nous ont accueilli en stage et tous ceux qui ont répondu à nos questions.

Nous souhaitons remercier notre directeur de mémoire pour l'aide apporté et les précieux conseils.

Nos familles pour leur soutien et leur patience.

Sommaire

- I. INTRODUCTION**
- II. PROBLÉMATIQUE**
 - 1) Définitions et théories
 - 2) Le contexte actuel dans les structures
 - a) Déroulement et périodicité
 - b) Les participants
 - 3) Les réglementations
 - 4) Notre expérience et notre vision en EHPAD
- III. HYPOTHESE**
- IV. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE**
 - 1) Objectifs de l'enquête
 - 2) Choix de l'outil
 - 3) Choix de la population
 - 4) Déroulement des entretiens
 - 5) Limites et freins
- V. RESULTAT DE L'ENQUETE**
- VI. ANALYSE ET DISCUSSION**
- VII. CONCLUSION**
- VIII. BIBLIOGRAPHIE**
- IX. ANNEXES**
- X. RESUME**

Liste des sigles utilisés

AMP: Aide Médico Psychologique

AS: Aide-Soignant

ASH: Agent de Service Hospitalier

AVS: Auxiliaire de la Vie Sociale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC: Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

SSR: Soins de Suite et de Réadaptation

I. INTRODUCTION

En 2015, une étude de la DREES comptabilisait environ 728 000 résidents en EHPAD. Des résidents de plus en plus nombreux et de plus en plus âgés à l'entrée. (1)

Malgré une augmentation du nombre de places en EHPAD depuis plus de 20 ans, « le nombre de personnes accueillies a augmenté plus rapidement que le nombre de places » sans que cela s'accompagne d'une hausse des effectifs du personnel soignant. Les résidents sortis en 2015 ont passé en moyenne deux ans et demi dans l'établissement. La moitié des sortants y ont passé moins d'un an et deux mois. (1)

Le personnel en EHPAD est donc confronté à devoir s'adapter aux changements permanents des résidents, à connaître rapidement le vécu, l'histoire et la famille de la personne âgée pour adapter la prise en soins la plus appropriée en équipe.

De même que la moyenne d'âge à l'entrée augmente, l'accueil de résidents ayant des maladies chroniques et des poly-pathologies nécessitent aux personnels soignants d'être de plus en plus compétents. De nouveaux métiers paramédicaux apparaissent en EHPAD (psychomotricien, ergothérapeute, assistant en soins gériatriques...), créant des interactions spécifiques dans les équipes.

De nombreuses manifestations se sont produites ces derniers mois en France pour protester contre le manque de temps et d'effectifs dans les structures et dénoncer le mal être des professionnels. **Si ces limites sont d'actualité, qu'en est-il de la part du temps réservé aux transmissions orales dans cette conjoncture ou l'optimisation des postes soignants est une réalité ?**

Si l'intérêt des traçabilités écrites est une évidence, tant sur le plan budgétaire que d'un point de vue médico-légal, les transmissions orales ne constituent-elles un « plus » en complément des transmissions écrites ?

Nous chercherons à connaître à travers ce travail de quelle manière les transmissions orales apportent un intérêt aux équipes dans leur prise en soins, et si celles-ci sont utiles aux résidents.

Nous avons limité notre recherche aux soignants travaillant en EHPAD.

II. PROBLÉMATIQUE

Pour définir notre problématique sur les transmissions orales des équipes et les aspects sur le travail du groupe, nous souhaitons revoir et préciser les termes de communication, de dynamique de groupe, d'esprit d'équipe, selon des études menées par différents psychologues et sociologues. Ces aspects nous paraissent importants dans le cadre de notre formation d'infirmière coordinatrice pour comprendre, dans un premier temps ses échanges quotidiens.

Dans un second temps, cela nous permettra d'orienter notre questionnement, sur l'intérêt de ses transmissions orales pour les soignants et pour les résidents et proposer une approche vécue en service de soins.

Comment ses transmissions orales sont-elles de qualité et permettent-elles une prise en charge efficace des résidents ?

1. Définitions et théories

Depuis plus un siècle, la communication dans notre société fait partie intégrante de notre quotidien. Elle est partout et inévitable.

Dans les années 40, C. SHANNON et WEAVER ont défini le principe de communication comme un processus d'échange de message, entre un émetteur et un récepteur au travers d'un canal. Parfois, l'information transmise possède un retour que l'on nomme rétroaction. Elle exprime la manière dont le message a été transmis, reçu et compris par le destinataire.

La notion de groupe est définie comme s'agissant d'un ensemble de personnes qui ont un but commun et qui interagissent en s'influençant mutuellement.

Selon C.H. COOLEY, le groupe primaire ou "groupe restreint" comporte un nombre restreint d'individus permettant les échanges interindividuels (de 4 à 20 individus environ). C'est un

groupe où chacun connaît tous les autres et peut établir, avec tous les autres, une relation personnelle. Il y a poursuite en commun et de façon active, des mêmes buts, des relations affectives, d'interdépendance et de sentiment de solidarité, il y a différenciation des rôles entre les membres, le langage et un code propre au groupe. Ce type de groupe apporte, à l'individu, son expérience la plus primitive et la plus complète de l'unité sociale. (2)

Dans son ouvrage sur la dynamique des groupes, R. MUCCHIELLI donne du groupe une autre définition : “Un agrégat de personnes n'est groupe que si des liens de face à face se nouent entre les personnes, mettant de l'unité dans leur “être là ensemble”. Le groupe est une réalité dans la mesure où il y a interaction entre les personnes, une vie affective commune, et une participation de tous, même si cette existence groupale n'est pas consciente et même si aucune organisation officielle ne l'exprime”. (3)

Chaque membre de l'équipe s'identifie à son groupe.

Pour R. MUCCHIELLI, “ L'identification au groupe, c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens. L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission mais au contraire, elle est un moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et par là valorisante.” (4)

C.H. COOLEY ajoute que “Le moyen le plus simple de décrire cet ensemble est peut-être de dire que c'est un “nous”. Il contient cette sorte de sympathie et d'identification mutuelle pour lesquelles “nous” est l'expression naturelle” (5).

Dans cet aspect du groupe, comment les soignants perçoivent-ils ces transmissions? Qu'est-ce que cela leur apporte et comment les structurent-ils?

Dans les années 50, H.J. LEAVITT et A. BAVELAS, ont fait des expériences sur les différents réseaux de communication en groupe. Ils ont montré que la configuration du réseau

imposé détermine l'organisation des échanges au sein du groupe, c'est-à-dire la structure des communications et l'influence de tous les comportements des participants. Ainsi les réactions individuelles, l'efficacité, la satisfaction de soi et du travail de groupe sont en fait, en grande partie, fonction du type de réseau. Il en ont déterminé 4: réseau en chaîne, réseau en Y, réseau en étoile, réseau en cercle.

Il faut retenir que pour eux, le nombre de messages et le temps nécessaire pour résoudre un problème est fonction de l'indice de centralité. On constate que, dans les réseaux où personne n'occupe une position centrale, aucun leader ne se dégage ; en revanche, dans un réseau centralisé, celui qui émet et reçoit plus que les autres est choisi aussi comme leader.

Il existe très souvent au sein des groupes organisationnels une hiérarchie pour la transmission de l'information. Ainsi, chaque membre composant le groupe n'est pas mis sur le même "pied d'égalité" vis-à-vis des autres personnes quant à l'accès aux informations mais aussi, et surtout dans la prise de décisions et d'objectifs. L'information peut être plus ou moins accessible, et la prise de décision plus ou moins facilitée, en fonction de la constitution du groupe.

Comment les soignants choisissent-ils les informations qu'ils délivrent et à qui?

L'information s'adresse à une catégorie de personne bien définie, ciblée sur la catégorie professionnel compréhension et leur culture propre.

Ces quelques éléments sont enseignés dans de nombreuses formations dont celles des infirmiers afin de développer l'esprit de communication, et de leadership important dans la profession.

L'équipe a ses valeurs, ses codes moraux auxquels tous les soignants croient, adhèrent, ce qui fédère les agents et crée le véritable esprit d'équipe.

Concernant l'esprit d'équipe, P. CAUVIN stipule "Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée." (6)

Chaque individu a son importance dans le groupe. La cohésion d'équipe a sa place telle que R. MUCCHIELLI exprime que "l'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe, et d'une division efficace des rôles. Elle dynamise et enrichit l'équipe. La complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel."

Nous nous posons donc la question de qui se compose le groupe?

Des ouvrages ont été également réalisés concernant les transmissions et la communication dans le milieu hospitalier.

Dans le livre « communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital » de M. GROSJEAN et M. LACOSTE (7), les auteurs montrent le rôle du langage dans la construction collective de l'information, dans l'intercompréhension, dans la négociation et les arbitrages nécessaires au travail; qu'au travers d'une grille d'observation il est possible d'analyser la communication des soignants dans leur exercice et en particulier lors de la relève. Cet ouvrage permet de mieux saisir le but des transmissions orales et de se rendre compte de la multiplicité des fonctions que celles-ci revêtent au sein d'une équipe. En effet, les transmissions ne sont pas qu'un simple échange d'informations passives, mais un véritable moment d'interaction ritualisé et codifié en fonction des services.

C. LAURENS, dans son ouvrage "Les interactions soignantes à l'hôpital. La relève inter-équipe, moment clé de la communication" (8). Il s'agit d'une étude et d'une analyse basée sur l'observation de 15 séquences de relève. L'analyse des enregistrements des

différentes relèves a permis à l'auteur de déterminer les sujets récurrents des transmissions orales et montre qu'il existe une sorte de classification des informations qui sont délivrées.

2. Le contexte actuel dans les structures

L'EHPAD est par définition un lieu d'accueil et un espace de vie collectifs. La loi du 2 janvier 2002, a pour objectif de développer les droits des usagers dont celui du droit à l'individualisation et la qualité de la prise en charge. Pour rappel, les missions des EHPAD sont d'apporter des soins adaptés et d'accompagner de manière individualisée ses résidents.

Qu'apportent les transmissions orales dans cette prise en charge individualisée?

En quoi sont-elles importantes dans une prise en charge de qualité du résident?

a) Déroulement et périodicité

Les transmissions ont lieu généralement dans une salle de soins où se regroupe la totalité des soignants : le matin, entre l'équipe de nuit et les équipes du matin puis entre les 2 postes en mi-journée ; et le soir avec le personnel de nuit arrivant.

Les informations transmises englobent tous les événements survenus concernant l'état physique du résident, et son état psychologique. Elles évoquent également, l'intervention des médecins, les événements familiaux, les rendez-vous programmés mais également la vie sociale dans l'établissement (animation, sortie).

Le temps consacré à ses transmissions varie de 5 minutes à 30 minutes selon l'heure de la journée, et l'organisation de la structure. Elles peuvent être annulé du fait du dépassement du temps de travail organisé par l'établissement.

b) les participants

Chaque intervenant paramédical y participe: AS, AMP, AVS, IDE, ergothérapeute, psychomotricien, parfois kinésithérapeute, médecin coordonnateur, étudiant infirmier, parfois ASH, AVS...

Il y a des transmissions orales entre catégories professionnelles telle qu'entre les IDE ou les équipes de rééducation (psychomotricien et ergothérapeute).

L'IDEC est très souvent présente pour apporter des compléments d'informations sur les événements de l'EHPAD, des entrées à venir, des absences familiales, des précisions sur les projets et l'orientation de l'établissement, des démarches administratives ou des protections juridiques en cours etc....

Il en est de même, pour la présence, au moins une fois par semaine, du médecin coordonnateur aux transmissions des équipes, afin qu'il entende « de la bouche des soignants » certains détails du quotidien dans la prise en charge, notamment sur des troubles des comportements qui seraient quotidiens et qui ont souvent tendance à ne plus être remonté par écrit dans les dossiers ; ou encore des difficultés dans les soins, par méconnaissance de la pathologie du résident. Pouvoir répondre à des questions des soignants sur la détresse des patients, permettre l'expression d'une éventuelle culpabilité des soignants, trouver des habitudes soignantes qui seraient ancrées dans l'établissement et qui ne répondraient plus aux respects des bonnes pratiques. Cela fait partie des missions des encadrants.

Cependant, la question que l'on peut se poser est que cette intervention hiérarchique n'influence-t-elle pas le déroulement dans l'expression des aides-soignants?

Est-ce que l'expression des soignants dans leurs difficultés pourrait aboutir à une information négligée, mal remontée auprès de la direction ou des médecins traitants, ou même parfois oubliées d'exprimer par les soignants?

3. Les réglementations

D'après le code de santé publique, l'infirmier a le devoir de transmettre les informations nécessaires à un suivi de qualité du patient. Nous avons extrait quelques phrases de ce code concernant les transmissions.

Dans la section 1 : acte professionnel, il est stipulé l'article R. 4311-1, « l'infirmier contribue au recueil de données cliniques » ; l'article R. 4311-2, qui évoque le « recueil d'information utile aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions » ; et l'article R. 4311-3 « Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. ».

Cependant, d'après nos recherches, aucune information légale de transmission orale n'est abordée dans le code. Elles répondent aux mêmes besoins que les transmissions écrites et participent sans doute au processus de qualité des soins, mais l'écrit reste le moyen privilégié pour des raisons légales ainsi que pérennisant le dicton « pas noté pas fait ».

Dans le bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarité (9), les compétences du métier d'infirmier décrivent le numéro 9 comme « savoir organiser et coordonner les interventions soignantes » et indique dans l'alinéa 3 que l'IDE doit « Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité ». On retrouve une notion d'organisation de la continuité des soins et surtout le fait que l'IDE peut choisir l'outil de transmission des informations.

Concernant les AS, l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant, "transmettre ses observations par oral et par écrit » fait partie des enseignements du programme de la formation. Dans sa « réflexion sur les transmissions », Olivier GUEGAN (10) nous rappelle même que l'article « définit les transmissions comme obligatoires » pour les AS.

4. Notre expérience et notre vision en EHPAD.

Durant nos années d'expériences professionnelles, en EHPAD et à l'hôpital, nous avons travaillé avec de nombreuses organisations différentes, mais les transmissions orales ont toujours été présentes. Certaines sont structurées, d'autres le sont beaucoup moins et chaque établissement aborde cet échange à sa manière tout en gardant cette « tradition » et cette obligation morale.

Cependant, des contingences externes peuvent entraîner une altération des informations et de la concentration des soignants parfois plusieurs fois pendant les transmissions. Les familles interpellent les soignants, le téléphone sonne plusieurs fois... les sonnettes des patients continuent à sonner obligeant les aides-soignants ou les infirmières à s'extirper.

Ces transmissions orales sont-elles toujours utiles pour le résident ? Existe-t-il un bienfait pour la continuité du soin du résident?

D'un point de vue personnel, dans nos structures, les informations sont longues, peuvent tourner en rond sur des sujets sans réponse immédiate car elles nécessitent des concertations pluri-professionnelles d'équipes.

Parfois, certaines réorganisations récentes de service, notamment sur la politique des remplacements pour congés (réduction des coûts), entraînent des nouvelles contraintes temporelles qui tendent à diminuer la durée de chevauchement entre les équipes et par conséquent le temps alloué aux transmissions orales. D'expérience d'IDEC, le retour de ses

transmissions orales auprès de la direction est important tant elles entraînent un coût de personnel, et qu'il faut répondre à un bénéfice sur cet investissement.

Un autre constat est que certains soignants semblent être passifs dans ces échanges, d'autres ne cachent pas que cela est une perte de temps et lorsqu'on insiste sur les transmissions écrites, la réponse est souvent « qu'on n'a pas le temps », et parfois, elles semblent même être une échappatoire à l'écrit pour certains.

D'un autre point de vue, les transmissions orales font gagner du temps à l'IDE qui prend son poste car cela lui permet d'avoir un résumé de la situation si elle ne connaît pas le résident.

Les transmissions orales lui permettent de passer des consignes de fonctionnement : Où en sont les prises en charge ? Qu'est-il prévu pour la tranche horaire suivante ? Quel le problème du service du jour ? (lumière en panne, lavabo qui fuit, résultats d'examen à récupérer, RDV à prendre, demandes à faire à la famille...)

Cela permet aussi de confronter plusieurs approches soignantes

D'après ce vécu, comment les soignants choisissent-ils les informations qu'ils délivrent lors des transmissions orales ? Les infirmières ont-elles été formées à cet exercice lors de leur cursus ?

Une autre question qui nous interpelle est : l'équipe n'a-t-elle pas besoin de sentiment de réassurance ? , les transmissions sont-elles pour l'équipe, un soutien psychologique dans ses difficultés ?

III. HYPOTHÈSE

La dynamique d'équipe résulte des moyens mis en œuvre pour favoriser l'interaction entre la production et la qualité de mobilisation. (11)

La raison d'être d'une équipe est l'action qu'on attend d'elle.

Après toutes ses interrogations basées sur notre expérience et les lectures, cela nous amène à émettre l'hypothèse suivante:

“Les conditions des transmissions orales incluent le respect entre les différents intervenants, la communication efficace et la conformité des informations issu des dossiers des résidents. elles sont déterminantes pour faire des transmissions orales de qualité qui permettront des soins appropriés et efficaces”.

IV. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1) Objectifs de l'enquête

- connaître l'organisation des services dans les EHPAD pour leurs transmissions orales.
- connaître les attentes des soignants en termes de transmissions orales.
- comprendre les limites des transmissions et proposer leur optimisation.

2) Choix de l'outil

Comme méthode de travail et outil de l'étude, nous avons utilisé l'entretien semi-directif avec un guide d'entretien. Cela nous a permis de reconstituer les pratiques et de comprendre certaines limites en laissant les personnes s'exprimer, tout en orientant en partie le discours, pour en recueillir le plus d'informations possibles.

3) Choix de la population

Nous avons choisi d'interroger le personnel soignant infirmiers et aides-soignants.

Dans notre travail d'investigation, nous avons mis en avant les soignants infirmiers et aides-soignants, sachant qu'ils participent aux transmissions orales et qu'ils sont les plus concernés par le sujet.

4) Déroulement des entretiens

Des entretiens semi-directifs ont d'abord été menés auprès de 3 IDE, durant notre stage en EHPAD au mois de juin, à l'aide du questionnaire (annexe 1). Concernant les conditions d'accueil pour ces entretiens, les professionnels de santé interrogés ont montré beaucoup d'intérêt à notre sujet. Les soignants ainsi que l'encadrement ont de suite participé et répondu aux questions. Cependant, au fil de l'avancement de notre étude, nous nous sommes demandé

s'il n'était pas plus révélateur et plus parlant d'élargir au maximum le recueil de données afin de remonter différentes pratiques et ressentis des soignants sur ces relèves.

Nous avons décidé de remettre le questionnaire par écrit auprès de personnels soignants d'autres EHPAD fin juin, les réponses devant être retournées dans un délai de 3 semaines.

Il nous a semblé de par l'engouement constaté, que le sujet de notre mémoire les intéressait beaucoup, notamment sur le fait qu'ils éprouvent des difficultés lors des transmissions orales inter-équipe.

Les questionnaires ont été réalisés dans des EHPAD à caractère privé et public, afin de recueillir des réponses variées et permettre de comparer les deux types d'établissements et leur mode de fonctionnement lors des relèves.

5) Limites et freins

Compte tenu du délai limité pour l'élaboration du mémoire, il nous semblait important de souligner que nous n'avons pas pu recueillir d'informations sur les relèves auprès de personnels paramédicaux de rééducation ou d'autres professionnels de type AVS ou AMP que l'on retrouve en EHPAD. Avec plus de temps, cette étude pourrait être approfondie et enrichie.

V. RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE

Nous présentons d'abord les résultats des 3 entretiens semi-directifs qui ont été recueillis sous forme de synthèse d'entretien lors de nos stages. Cela nous a conduit à élargir cette recherche au travers des questionnaires afin d'apporter des données statistiques ainsi que des commentaires.

- 1^{er} entretien:

Entretien avec une IDE diplômée depuis 15 ans et exerçant dans un EHPAD public en poste de 12h.

Dans l'établissement où elle travaille, elle est seule en journée avec une équipe de 7 aides-soignantes.

Il existe aucun lien direct au niveau des IDE (au total 3 IDE) car elles ne se voient jamais sauf en cas de réunion de services.

Les transmissions entre les IDE se font par le biais de « petits mots » qu'elles se laissent mais qui ne sont pas de « vraies transmissions écrites » et en règle général “elles ne sont pas de bonne qualité pour la prise en charge des résidents”.

Au niveau des transmissions entre équipes, elles durent 10 minutes le matin (15 minutes quand le médecin coordinateur est présent) et 5 minutes à midi (ce sont des transmissions uniquement entre AS).

Pour l'IDE interrogée, de telles transmissions n'ont pas d'intérêt, “elles ne servent ni aux soignants ni aux résidents car beaucoup d'informations ne sont pas écrites dans les dossiers de soins et non transmises oralement à l'IDE”. “Les AS se font beaucoup de transmissions entre elles.”

- 2nd entretien

Entretien avec un IDE diplômée depuis 20 ans et exerçant dans un EHPAD privé en poste de 7h30.

Dans l'établissement où il travaille, les transmissions se font en deux temps différents: le premier entre l'équipe du matin et celle d'après-midi et le second entre l'équipe d'après-midi et celle de nuit. A chaque fois il y a présence d'une IDE.

Les transmissions durent environ 15 minutes « ce qui est largement suffisant, parfois c'est même plus court », et « grâce aux transmissions orales bien définies tous les agents restent concentrés jusqu'au bout ».

Le seul intérêt qu'il trouve aux transmissions orales c'est « lors de l'entrée d'un nouveau résident (présentation simple du nouveau résident), de rendez-vous importants ou de problèmes familiaux qui peuvent influencer sur le comportement du résident. Sinon, il y a dans l'établissement des temps formels pour les projets de vie des résidents ».

« Les transmissions doivent être courtes et synthétiques sinon c'est la porte ouverte à d'autres discussions qui n'ont pas d'intérêt pour la prise en charge du résident ».

- 3ème entretien

Entretien avec une IDE diplômée depuis 2 ans et travaillant en EHPAD privé en poste de 7h30.

Dans l'établissement où elle travaille, il n'y a pas d'IDE de nuit.

Les transmissions orales se font principalement entre l'équipe du matin et l'équipe d'après-midi (pour l'équipe de nuit, seule une AS est présente), elles durent environ 45 minutes et beaucoup de chose sont évoquées « mais rien de bien précis pour la prise en charge car

chaque dossier de patient est sortie, les AS trouvent même cela un peu ennuyeux et non gratifiant pour elles car les IDE se refont des transmissions entre elles ».

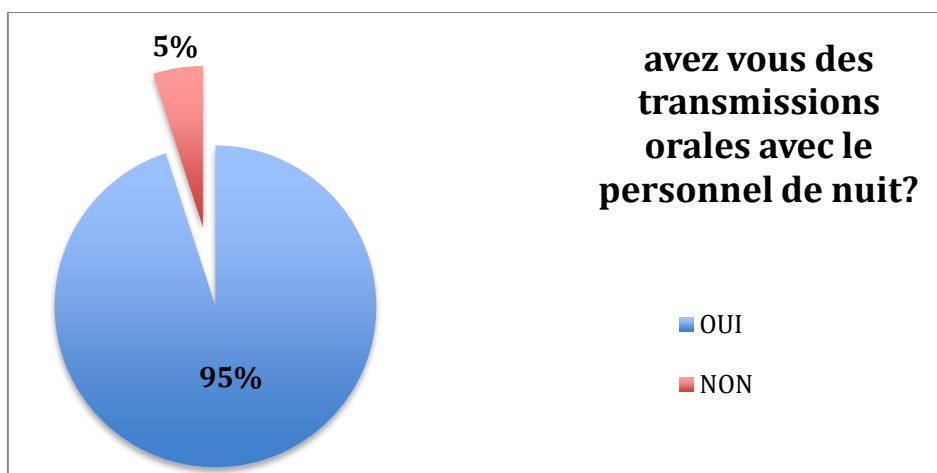
« Si les transmissions étaient faites plus synthétiquement, cela serait beaucoup plus intéressant pour la prise en charge des résidents ».

Suite à ces 3 entretiens, nous présentons maintenant les résultats des questionnaires. (Annexe 2)

Sur 30 questionnaires envoyés, nous en avons reçu 15 de 7 AS, 7 IDE et 1 cadre de santé.

Nous regrettons de ne pas en avoir reçu provenant d'AMP ou de d'AVS.

1. Avez-vous des transmissions avec le personnel de nuit ? Les trouvez-vous pertinentes, utiles, indispensables pour la prise de votre poste ?



-95% des interrogés ont des transmissions avec le personnel de nuit le matin et le soir.

Les 5% qui n'en n'ont pas sont les IDE qui travaillent en poste de 12h (horaires 7h30-19h30).

Pour l'utilité de ces transmissions, **90% pensent qu'elles sont inutiles entre les AS de nuit et les AS de jour.**

- "en règles générales il n'y a pas de souci particuliers dans les EHPAD".

- “cela ne change rien pour ma prise en charge des résidents”.
- “même après 1 semaine de vacances rien n’a changé”.
- “c’est une perte de temps le matin on pourrait faire autre chose à la place”.

Les 10% qui les trouvent utiles expliquent qu’elles sont liées à des problèmes particuliers à surveiller le matin.

- “les transmissions me servent le matin pour savoir si je dois surveiller un résident en particulier qui n’a pas été bien la nuit avant l’arrivée de l’IDE de la journée”
- “elles me permettent de savoir si un résident n’a pas bien dormi cette nuit et qu’il s’est plutôt endormi sur la fin de nuit”.
- “les transmissions permettent de savoir si un diabétique a peu mangé le soir ou si un résident a eu de la fièvre ce jour et que je dois le surveiller”.

Par conséquent, elles trouvent qu’il y a un impact sur leur prise en charge notamment sur une surveillance particulier en attendant l’arrivée de l’IDE.

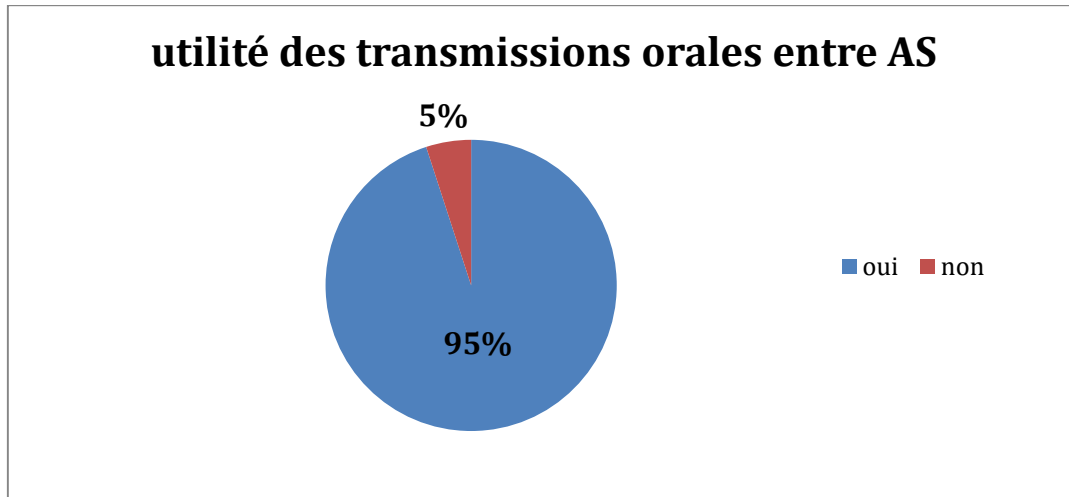
- “La prise en charge du résident ne sera pas la même”
- “Cela m’aide pour ma prise en charge des résidents”
- “Cela a un impact sur ma prise en charge”.

2. Avez-vous des transmissions d'équipes entre les postes du matin et l'après-midi ?

a) Entre AS uniquement, de quelle durée ? Vous semblent-elles utiles ?

Pourquoi ?

Les transmissions orales **existent entre AS dans 95% des cas** et pour une durée de 5-10 minutes.

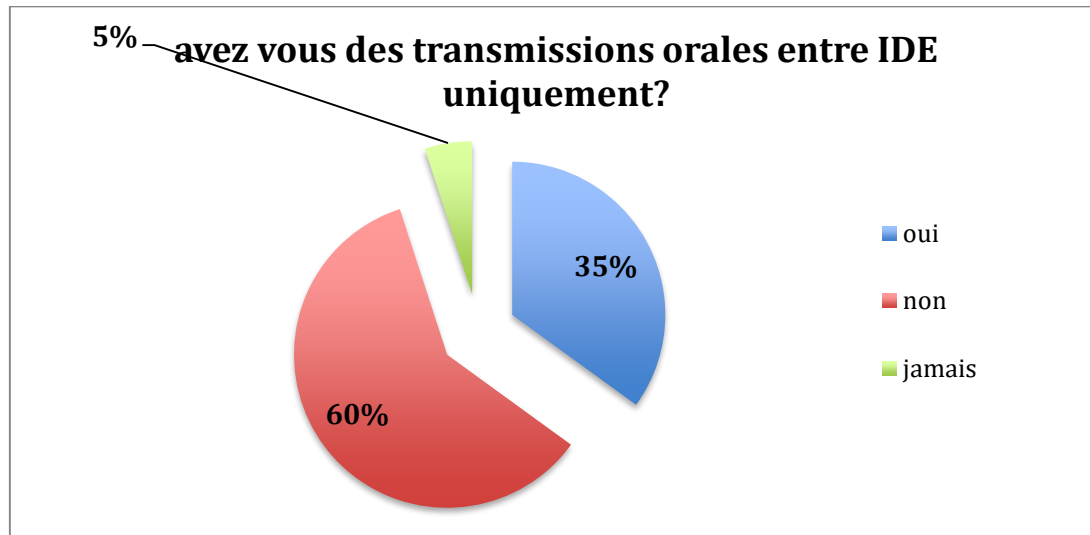


Elles sont utiles pour 95% des personnes, pour une surveillance particulière (telles que des retards de selles, des résidents qui ont peu mangé...)

- “Elles permettent de rendre facile la continuité des soins car tout n'est pas noté dans les transmissions écrites et on n'a pas forcément le temps de lire toutes les transmissions écrites surtout à l'heure du tour des changes du début d'après-midi”.
- “les collègues signalent ce que les veilleuses ont dit ce matin”.
- “les résidents ont parfois des demandes particulières pour leur après-midi, par exemple, lorsqu' ils vont recevoir de la famille ou qu'ils ne veulent pas aller se recoucher pour la sieste”.
- “Il y a aussi l'organisation du planning, s'il manquait une collègue le matin, on n'a pas forcément donné tous les bains programmés”.

b) Entre IDE uniquement? de quelle durée ? Vous semblent-t-elles utiles ?

Pourquoi ?



La majorité (65%) répondent qu’il n’y a pas de transmissions exclusivement entre IDE.

la principale raison est qu’elles en font ce temps d’échange avec les AS.

Pour 35% des personnes, les transmissions orales sont bien réalisées uniquement entre IDE.

Ce sont des informations purement utiles aux IDE sur des thèmes comme le suivi des visites des médecins traitants, le suivi des plaies et des rendez-vous à programmer ou des courriers médicaux à récupérer; les IDE expliquent que cela n’a pas d’importance pour le travail direct des AS.

- “les changements de traitement qui n’impactent pas les AS ne sont pas forcément dits lors des transmissions”.

- “les commandes de dispositifs médicaux stériles et non stériles n’ont rien à faire pendant les transmissions avec les AS”.

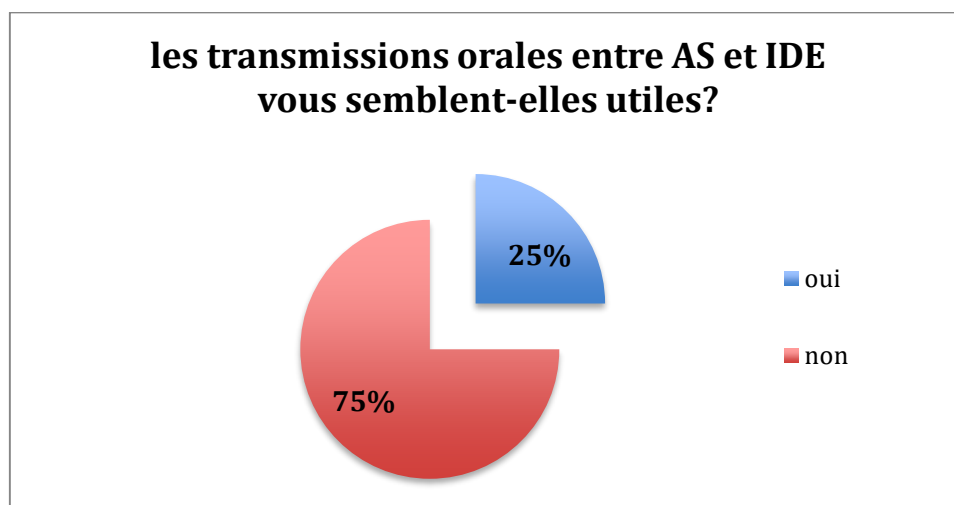
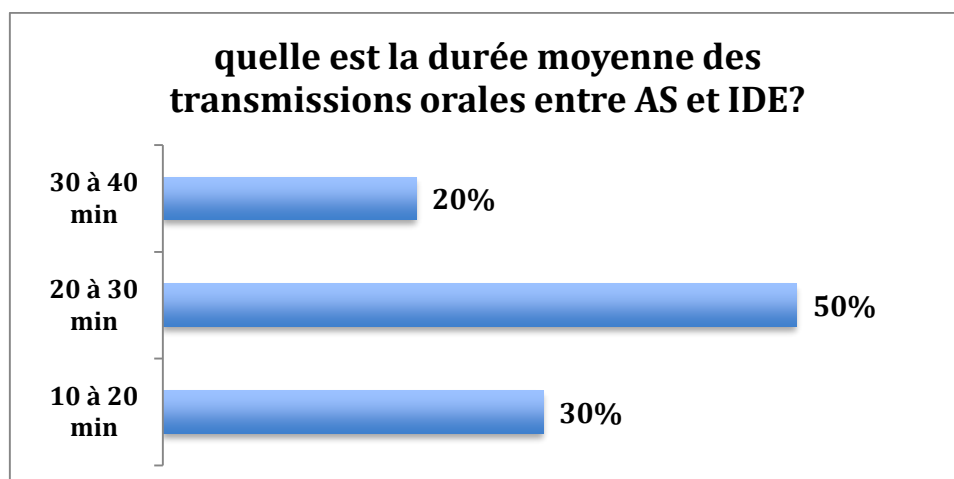
- “les changements de protocoles pansements n'intéressent pas forcément les AS”.

Mais 5% de ces personnes expriment aussi qu'ils n'existent pas de transmission entre IDE, car il n'y a aucun chevauchement de poste organisé par l'établissement. Ces IDE ne se voient jamais (problème des postes en 12h).

- « je ne vois jamais mes collègues IDE du fait d'être en 12h et je suis la seule IDE de la journée ».

c) **Les transmissions se font-elles entre AS et IDE? Quelle durée ? Vous semblent-t-elles utiles ? Pourquoi ?**

Les transmissions orales entre AS et IDE existent dans 100% des questionnaires.



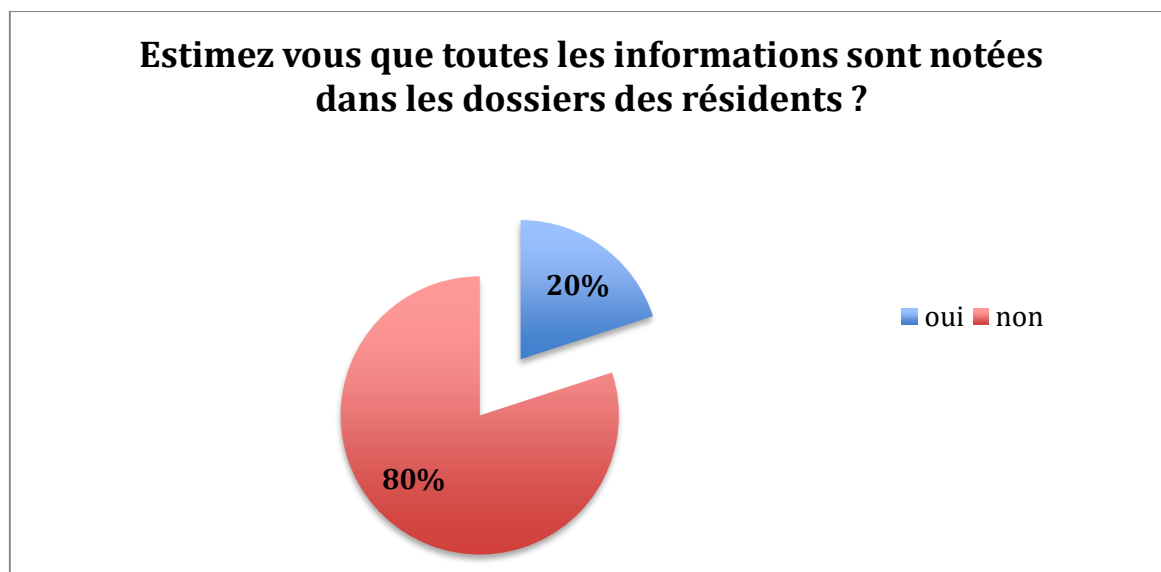
Pour 75% des personnes interrogées, elles sont inutiles.

- “Elles sont trop longues, on prend classeur par classeur même s'il y a rien à dire”.
- “Trop médical pour un lieu de vie, on pourrait les comparer à des transmissions de court séjour gériatrique ou de SSR”.
- “pas d'interactions avec les AS”.

Pour 25% des questionnaires les transmissions orales IDE/AS sont utiles.

- ”étant en 12h, le fait que parfois je suis absente depuis plusieurs jours, c'est lors de ces transmissions avec les AS que j'apprends la notion de changement de prise en charge d'un résident suite à un problème aigu (dossier patient non informatisé)”.
- “c'est utile par manque de réunions pluridisciplinaires pour soulever des problèmes de prise en charge car le médecin coordonnateur est présent ainsi que la cadre ou l'IDEC ”.

3. Estimez-vous que toutes les informations transmises à l'oral sont notées dans les dossiers des résidents ?



Dans 80% des questionnaires les informations transmises à l'orale ne sont pas notées à l'écrit. Parmi eux, 70% des personnes expliquent que c'est par manque de temps et 10% expliquent que c'est par oubli.

- "on nous demande beaucoup de choses en peu de temps du coup les transmissions écrites ne sont pas faites correctement".

- "en transmettant à l'IDE c'est à elle de le noter dans le dossier de soins elle a plus le temps que les AS".

- "lors des transmissions, des informations sont redondantes et du coup elles ne sont pas notées dans le dossier de soin mais elles sont transmises quand même".

- "on ne note pas nos soins au fur et à mesure car tout est sur papier, du coup on oublie des choses".

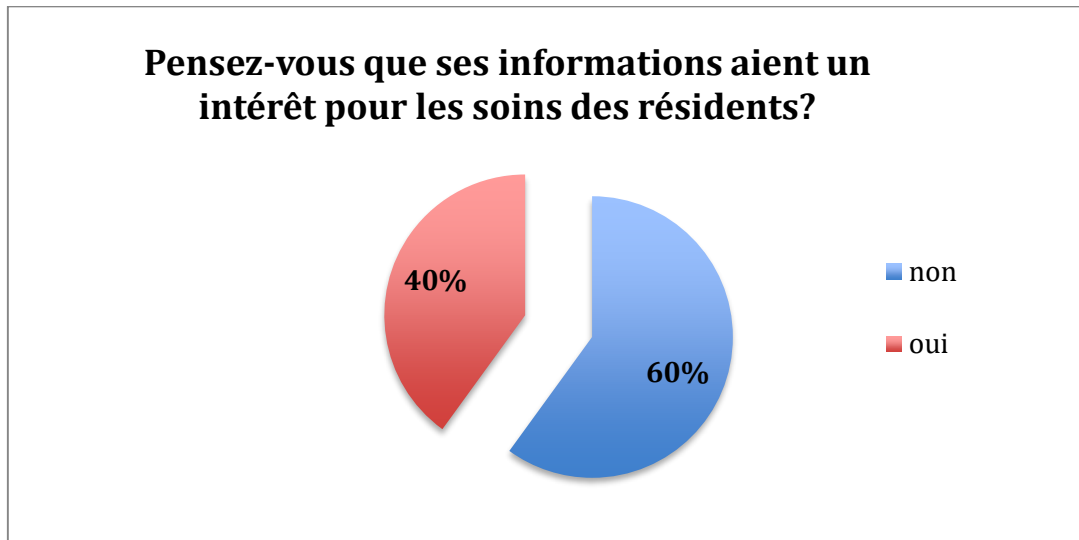
Dans 20% où les transmissions sont notées, la mise en avant de l'informatique y serait pour quelque chose.

- "l'informatique permet de noter les transmissions au fur et à mesure des validations des plans de soins du coup, on oublie moins de choses".

- "le fait d'avoir le dossier de soins informatisé cela fait gagner du temps et on peut tout noter plus rapidement".

- "les transmissions ciblées informatisées sont plus ou moins pré rempli alors on ne cherche pas ce que l'on doit noter c'est plus simple".

4. Pensez que ses informations aient un intérêt pour les soins des résidents lors de votre prise de poste? Vous semblent-t-elles utiles ? Pourquoi ?



Pour 60% des personnes, les informations n'ont pas d'intérêt pour les soins des résidents car les informations principales pour la prise en charge du résident ou la mise en place du projet de soin individualisé se font lors de réunion pluridisciplinaire.

-“les réunions pluridisciplinaires permettent de transmettre les informations importantes pour la prise en charge des résidents”.

- “un soin reste un soin”.

Pour 40% des personnes, les informations ont un intérêt car c'est au moment des transmissions que les problèmes de prise en charge sont soulevés (par manque de réunions pluridisciplinaires et de projets de soins individualisés).

- “les réunions pluridisciplinaires se font de plus en plus rares, donc les transmissions nous permettent de soulever les problèmes de prises en charge d'un résident”.

- “les transmissions sont utiles pour la prise en charge d'un résident car même si un soin reste un soin l'impact de celui-là ne sera pas le même en fonction de l'information recueillies”.

-“le temps relationnel ne sera pas le même et ne sera pas fait de la même façon grâce aux informations transmises”.

- “ lors de la prise de poste les transmissions nous donnent une information sur le déroulement de nos 7 heures 30 de travail”.

VI. ANALYSE ET DISCUSSION

Nous avons pu nous rendre compte que les infirmières et les aides-soignantes interrogées n'étaient pas toujours satisfaites de la qualité des transmissions orales. Dans ce sens, les soignants utilisent une méthodologie qui leur est propre et qui leur permet de ne pas oublier d'informations. Les équipes s'adaptent aux transmissions orales selon l'organisation de leur service et de leur structure. Au travers ces résultats, on remarque un malaise dans les pratiques des institutions.

La presque totalité des réponses concernant l'intérêt des transmissions avec l'équipe de nuit a été exprimé comme inutile par les équipes de jour. Nous n'avons pas pu obtenir de retour de soignants exerçant la nuit, leur « isolement professionnel/social » aurait probablement apporté une autre vision, en particulier sur le travail en équipe. Par expérience, il est fréquent que les équipes de jour et de nuit soient en conflit quant aux tâches réalisées et à la charge de travail. Ce sont des équipes ayant les mêmes valeurs, les mêmes professions, le même employeur mais le peu de contact entre ses 2 équipes ne nous a pas permis d'aborder un autre aspect dans ses échanges.

Quelques soignants reconnaissent que ces transmissions sont utiles pour démarrer leur prise en charge et prioriser leur action du matin, et ce sont, d'après les réponses, plus souvent les aides-soignants que les IDE qui expriment cet intérêt. Nous nous demandons s'il ne serait pas plus pertinent de faire chevaucher le temps de travail AS nuit avec AS du jour plutôt que de

faire croiser les AS de nuit avec les IDE, tout en sachant que les dossiers des résidents sont bien remplis par l'équipe de nuit.

Concernant **les transmissions entre AS**, entre les postes du matin et l'après-midi les réponses sont marquées par l'expression d'un gain de temps, et que cela leur permet d'éviter la lecture des transmissions écrites. Elles sont en grande majorité perçues comme positives par les aides-soignantes et sont pratiquement toujours réalisées (95%). Ces échanges concernent le quotidien du résident, sa sieste, son appétit, ses visites, son moral...

Concernant **les transmissions orales entre IDE** (uniquement), elles sont réalisées et utiles à 40% de notre échantillon, et principalement liées à des échanges techniques tels que la gestion de matériel, de rendez-vous, des changements de traitement et des protocoles de plaie. Les informations sur les habitudes de vie, les prises en charge...sont abordées lors de leur transmission pluridisciplinaire (le plus souvent AS-IDE). Alors que les transmissions orales étaient notées comme utile à 95% entre AS, 75% expriment que les échanges pluri-professionnels sont inutiles. Nous revenons donc à certains questionnements de départ sur l'aspect du groupe, la structuration des transmissions, l'intérêt qu'elles apportent. Il semblerait que la raison exprimée sur cette inutilité est liée au manque de structuration des informations transmises et au manque d'interaction entre les professionnels. La notion d'esprit d'équipe et l'importance de la communication efficace n'a pas été mise en évidence dans notre enquête puisque les informations entendues par le plus grand nombre et ce langage commun, seul permettrait de donner un sens à nos actions. La mixité professionnelle des agents lors des transmissions orales semblent poser problème.

Le temps de transmission pluridisciplinaire est pour la moitié de l'échantillon, évalué de 20 à 30 minutes. Si ce temps est dépassé, il nous semblerait judicieux de réajuster certains projets

de soins et de consacrer un autre temps de réflexion (certaine prise en charge jugée difficile ou nécessitant une concertation pour réévaluer un projet de vie). Un outil méthodologique pourrait être utile pour raccourcir le temps et obliger les personnes à exprimer l'essentiel de leurs transmissions.

Concernant la question **sur la retranscription des informations orales vers le dossier du résident, 80% ont répondu dans la négative**. La réponse majoritaire est « par manque de temps ». Notre questionnement de départ sur l'optimisation des postes en EHPAD se trouve exprimée par une soignante qui notait « on nous demande beaucoup de choses en peu de temps ». Nous n'avons pas eu de retour de ces personnes sur l'accès à l'informatique dans leur structure ou sur les formations suivies sur les transmissions écrites ou ciblées.

Une personne exprime que c'est à l'IDE de retranscrire car son poste le permet plus qu'à elle-même. Une autre soignante exprime un sentiment de ne pas se sentir coupable car l'information est, d'après elle, transmise à l'oral et de ce fait la continuité du soin est réalisée ; l'écrit semble pouvoir passer en second plan. Il nous semble peut être pertinent de faire changer ces mentalités en EHPAD en formant les personnels soignants et en leurs expliquant que la pérennité de leur poste vient aussi de leurs transmissions écrites.

Concernant l'intérêt des transmissions orales pour la réalisation des soins, seulement 40% ont répondu positivement, cependant la raison principale exprimée est que le temps de réunion pluridisciplinaire et de projet de vie tendent à se réduire. Il ne reste que leurs transmissions orales quotidiennes qui s'orientent alors pour remplacer ses réunions pluridisciplinaires.

Pour les soignants qui ont ces temps de réflexion en équipe, l'intérêt des transmissions orales pour la prise en charge n'est pas perçu comme utile.

1. Notre réflexion pour une évolution

Les transmissions orales doivent permettre d'apporter aux résidents un complément personnalisé à leur prise en charge tout en optimisant le potentiel des équipes. Pour tous, les transmissions orales de qualité se doivent d'être courtes, précises. C'est donc, il nous semble, le rôle de l'IDEC d'être au cœur de ses informations le plus possible ainsi que celui du médecin coordonnateur, chacun dans leur rôle propre.

Nous pensons qu'il est également intéressant que les directeurs des l'établissement de participer ponctuellement à ses transmissions orales, du moins en EHPAD.

Il faut comprendre que les transmissions doivent garder cette caractéristique d'énoncer les problèmes du jour du résident que l'on retrouve dans les cibles des transmissions écrites, dire les changements dans la prise en charge du résident.

Un soignant ne communiquera pas de la même manière d'un établissement à un autre, et ni même s'il change d'établissement, même s'il a reçu la même formation initiale que son collègue homologue.

Nous pensons aussi que les IDEC doivent avoir en tête les facteurs de cohésion dans le groupe, la motivation par des buts communs, ainsi que l'influence des facteurs socio affectifs (besoin de reconnaissance, engagement dans l'action collective, partage de valeurs).

Il est nécessaire, pour une meilleure efficacité des transmissions, de repérer les problèmes, les analyser, choisir la solution et la mettre en application. Les transmissions orales doivent être synthétiques, ciblées sur des problèmes nécessitant au réel temps de regroupement sinon les transmissions orales n'ont pas lieu d'être.

Le point positif de ces résultats est que les transmissions orales sont pluridisciplinaires. Il est nécessaire de maintenir un langage adapté à tous les soignants. Cependant, nous n'avons pas eu de retour aux questionnaires de la part des professionnels autres que les IDE, et AS.

Comme ce "mal être" nous a paru évident aux résultats de cette enquête, il nous semblerait intéressant de proposer (comme certaines structures commencent à mettre actuellement en place, cf. annexe 3), une Charte de bonnes pratiques soignantes concernant les transmissions orales dans les établissements. Cela à l'aide d'un groupe de travail pluridisciplinaire, en lien avec la démarche Qualité des structures pour le bénéfice des résidents.

Les transmissions orales doivent compléter les transmissions écrites, permettre d'évaluer les priorités à la prise de poste, et rester centrées sur des informations importantes et urgentes.

Les transmissions orales doivent faire l'objet d'une formation en interne et être suivies d'une évaluation au travers d'une EPP afin de les inscrire dans une dynamique de formation continue et d'amélioration de la qualité des soins. Il serait pertinent de démontrer aux soignants ce qu'elles leur apportent en terme de suivi.

VII. CONCLUSION

Au terme de notre travail centré sur les transmissions orales, “intérêt pour les soignants, les résidents ou les deux?” nous avons émis l’hypothèse suivante **“Les conditions des transmissions orales incluent le respect entre les différents intervenants, la communication efficace et la conformité des informations issu des dossiers des résidents. elles sont déterminantes pour faire des transmissions orales de qualité qui permettront des soins appropriés et efficaces”**.

Grâce à cette enquête, nous avons pu cheminer vers une meilleure compréhension de l’intérêt des transmissions orales sur la prise en charge des résidents en EHPAD. Le bénéfice pour le résident est peu compris par les soignants qui n’y voient que l’aspect de gain de temps alors que les transmissions orales apportent des éléments qui n’apparaissent pas à l’écrit.

Nous avons pu constater que les transmissions orales sont une pratique quotidienne, évidente, pluridisciplinaire mais également négligée dans leur structuration et mal perçue pour beaucoup de soignants. Elles mériteraient de retrouver une place importante au terme de soins au profil des résidents même si leur contenu s’apparente plus à de l’organisation managériale.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Enquête DREES EHPA 2005
- (2) La dynamique des groupes restreints Didier Anzieu, Jacques-Yves Martin
- (3) MUCCHIELLI R., La dynamique des groupes, ESF Editions, Paris, 14ème édition, 1995, p 104.
- (4) MUCCHIELLI R, Le travail en équipe, p38
- (5) COOLEY C.H, la dynamique des groupes restreints, PUF, paris, 1997, p39.
- (6) CAUVIN P., La cohésion des équipes, ESF Editions, 1997, p 9.
- (7) M. GROSJEAN et M. LACOSTE, communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital, Edition Broché, 1999.
- (8) C. LAURENS, dans son ouvrage "Les interactions soignantes à l'hôpital. La relève inter-équipe, moment clé de la communication", édition Seli Arslan, 2016
- (9) Compétences détaillées, Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, pp. 266 à 274.
- (10) GUEGAN, Olivier. Réflexions sur les transmissions. L'Aide-soignante. 2002, n°37, pp.24-25.
- (11) O. DEVILLARD, la dynamique d'équipe, éditions d'organisation, 2005.

IX. ANNEXES

Annexe 1 : grille d'entretien semi-directif

1. comment se déroule vos transmissions orales?
2. qui y participe?
3. à quelle fréquence dans la journée les faites-vous?
4. trouvez-vous qu'il y est un intérêt pour la prise en charge de vos résidents?

Annexe 2: questionnaire

1) Avez-vous des transmissions avec le personnel de nuit ?

Le matin ?	oui	non	quelle durée ?
Le soir ?	oui	non	quelle durée ?

Les trouvez-vous pertinentes, utiles, indispensables pour la prise de votre poste ?

2) Avez-vous des transmissions d'équipes entre les postes du matin et l'après-midi ?

a) Entre AS uniquement? oui non quelle durée ?

Vous semble-t-elle utile ? Pourquoi ?

b) Entre IDE uniquement? oui non quelle durée ?

Vous semble-t-elle utile ? Pourquoi ?

c) Les transmissions se font-elles entre AS et IDE? Quelle durée ?

Vous semble-t-elle utile ? Pourquoi ?

3) Estimez-vous que toutes les informations transmises à l'oral sont notées dans les dossiers des résidents ?

4) Pensez que ses informations aient un intérêt pour les soins des résidents lors de votre prise de poste ?

Annexe 3: Charte de bonne pratique des transmissions orales

Transmissions Le magazine de la Direction des Soins et des Activités Paramédicales

Numéro 55 / Décembre 2016

Le groupe de travail préconise pour l'organisation des transmissions orales de suivre les

conseils suivants:

- À l'heure, tu seras.
- Le temps de transmission, tu respecteras.
 - Tes collègues, tu écouteras.
 - Du bruit, tu t'éloigneras.
- Sur les supports écrits, tu t'appuieras.
- Les faits marquants, tu souligneras.
- Les jugements de valeur, tu éviteras.
- Synthétique et efficient, tu seras.
- L'ensemble du personnel participera.
- La continuité de la prise en charge du patient, tu assureras.

IX. RÉSUMÉ

Nous avons choisi de travailler sur les transmissions orales “intérêt pour les soignants, les résidents ou les 2?” dans le but de comprendre de quelle manière les transmissions orales apportent aux équipes un intérêt dans leur prise en soins, et si celles-ci sont utiles aux résidents.

Pour cela, nous avons limité notre recherche aux personnels soignants travaillant en EHPAD.

Dans un premier temps, nous sommes parties par définir ce qu’est la communication, la dynamique de groupe et l’esprit d’équipe grâce à des études menées par différents psychologues et sociologues.

Ensuite, nous avons mené 3 entretiens semi-directifs lors de notre stage pour pouvoir par la suite créer un questionnaire adapté, que nous avons par la suite étudié.

Pour enfin, conclure sur le fait que les transmissions orales sont une pratique quotidienne, évidente, pluridisciplinaire mais également négligées dans leurs structurations et mal perçues pour beaucoup de soignants. Elles mériteraient de retrouver une place importante au terme des soins au profil des résidents même si leurs contenus s’apparentent plus à de l’organisation managériale.

SUMMARY

We have chosen to work on the oral transmission « interest for caregiver and residents or both ? » In order to understand how oral transmission brings interests to medical teams to provide care and to know how useful it is for patients.

To achieve this, we have limited our research on caregivers working for EHPAD.

First, we defined what it's the communication, group dynamic and team spirit through the few researches done by psychologists and sociologists.

Then, we have given three interviews during our internship in order to create and after to analyse a questionnaire form.

In conclusion, we can state oral transmission is a logical and multidisciplinary daily work but also overlooked and poorly perceived by a lot of caregivers. It should get back an important place in providing patient care even if its work looks more like managerial practice.