

# MÉMOIRE

## DIU Médecin Coordonnateur DU Infirmier Référent Coordonnateur en EHPAD et SSIAD

---

Place des proches aidants dans la prise en charge des  
résidents en EHPAD. Le cas des résidents ayant des  
proches professionnels de la santé

---



**YAPO CHIA Florence**  
**SADEGHIPOUR Arefeh**  
**RHADFA Nadia**  
**DAGUET Bernadette**  
**KONAN Moudjib Louis Serge**

**Directrice de mémoire : Mme. CLARI**

**2022 – 2023**

# TABLE DES MATIÈRES

<b><u>REMERCIEMENTS.....</u></b>	<b><u>2</u></b>
<b><u>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>I. INTRODUCTION.....</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>II. PRESENTATION DE LA SITUATION .....</u></b>	<b><u>5</u></b>
<b><u>IV. DE LA QUESTION DE DEPART A L'ETUDE DES CONCEPTS .....</u></b>	<b><u>6</u></b>
A. LE VIEILLISSEMENT ET LE DROIT DES PERSONNES AGEES VIA LA CHARTRE.....	6
B. L'ACCOMPAGNEMENT .....	8
C. LE TRIO DIRECTEUR, MEDCO ET IRCO .....	8
D. LE MANAGEMENT .....	10
E. LE PAP PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE .....	10
F. LES AIDANTS.....	11
G. APPROCHE PSYCHOLOGIQUE : CULPABILITE, REPARATION, RIVALITE.....	12
H. BIENTRAITANCE ET MALTRAITANCE EN EHPAD .....	14
I. REFUS DE SOINS ET CHARTE DE SANTE .....	15
J. CONCLUSION : LA COLLEGIALITE .....	16
<b><u>V. ANALYSE DE LA SITUATION.....</u></b>	<b><u>17</u></b>
A. METHODOLOGIE.....	17
B. ANALYSE LINEAIRE DES QUESTIONNAIRES .....	18
C. CONCLUSION DE NOTRE ENQUETE .....	24
<b><u>VI. CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE .....</u></b>	<b><u>26</u></b>
<b><u>RÉSUMÉ.....</u></b>	<b><u>28</u></b>
<b><u>ABSTRACT .....</u></b>	<b><u>29</u></b>
<b><u>ANNEXE 1 : EXEMPLAIRES DES QUESTIONNAIRES .....</u></b>	<b><u>30</u></b>
<b><u>ANNEXE 2 : DONNEES QUESTIONNAIRE PROCHES-AIDANTS.....</u></b>	<b><u>35</u></b>
<b><u>ANNEXE 3 : DONNEES QUESTIONNAIRE MÉDCO/IDEC.....</u></b>	<b><u>37</u></b>

# REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire de groupe.

Tout d'abord, nous remercions tout particulièrement notre directrice de mémoire Mme. CLARI Hélène, pour sa précieuse guidance, ses conseils avisés et son soutien constant tout au long de ce projet.

Nos remerciements s'adressent également à nos familles et amis pour leur soutien inébranlable et leur compréhension pendant les moments où nous étions plongés dans nos recherches. Enfin, nous tenons à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Université Paris Cité, pour nous avoir offert les ressources et l'environnement propices à la réalisation de ce projet. Ce mémoire a été le fruit d'un travail d'équipe exceptionnel, et nous sommes reconnaissants envers tous ceux qui ont contribué à sa réussite.

Merci du fond du cœur.

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

**ANESM** : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Établissements Sociaux et Médico-sociaux

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CVS** : Conseil de Vie Sociale

**DIQASM** : DIrection de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social

**DIU** : Diplôme Inter Universitaire

**DU** : Diplôme Universitaire

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes

**IDEC** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État de Coordinateur

**IRCO** : Infirmier(e) Référent(e) Coordinateur(trice), ancien IDEC

**MEDCO** : MÉDecin Coordinateur

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PAP** : Projet d'Accueil Personnalisé

**SSIAD** : Services de Soins Infirmiers à Domicile

# I. Introduction

Dans le cadre du diplôme universitaire d'infirmière référent en coordination IRCO et de médecin coordonnateur MEDCO d'EHPAD et de SSIAD à l'Université Paris Cité, nous avons pour mission d'élaborer un travail de fin d'étude commun.

Le souhait d'apporter notre contribution à la prise en charge de qualité des résidents nous a naturellement conduits vers une formation de coordination alors que nous sommes à des niveaux de responsabilités différents mais complémentaires.

Le vieillissement de la population en France place la prise en charge de la personne âgée au cœur des préoccupations actuelles et à venir.

L'entrée en institution représente un véritable bouleversement dans la vie de la personne âgée. Ce changement peut être accepté ou constituer une véritable descente aux enfers.

L'institutionnalisation peut être un projet consenti par le patient mais malheureusement il peut s'agir de la conséquence de la perte d'autonomie, l'épuisement des aidants et l'impossibilité d'assurer le maintien à domicile malgré les aides déjà en place.

La famille n'est pas en reste, elle souffre aussi de ce déséquilibre qui perturbe l'harmonie familiale et bouleverse les habitudes.

Le patient et la famille doivent puiser dans leurs réserves pour s'adapter, ce qui ne se fait pas sans tension à chaque étape de la démarche, d'où l'importance d'une écoute et d'un accompagnement de qualité.

## II. Présentation de la situation

Le 3 novembre à 15h30, je suis appelée par l'aide-soignante de l'étage dans la chambre de Madame S, qui réside dans l'EHPAD dans lequel je travaille en tant qu'IDE depuis maintenant 8 ans.

Madame S est âgée de 86 ans, veuve avec 3 enfants dont 2 garçons et une fille qui est infirmière et la personne de confiance.

C'est au décours d'une hospitalisation difficile avec à la clé la perte d'autonomie fonctionnelle et cognitive que la patiente et la famille ont été contraintes d'accepter un placement en EHPAD.

À 4 jours de son admission la prise en charge est complexe et marquée par une opposition aux soins : fermeture des yeux en signe de protestation, refus alimentaire par la fermeture de la bouche lors des repas. Une perfusion de G5%, permet d'apporter une hydratation suffisante.

Alors que Mme S ne s'était pas alimentée depuis plusieurs jours et que le discours de l'équipe était pessimiste, grande a été notre stupéfaction de constater qu'en présence de la famille, la résidente accepte sans résistance de s'alimenter et de boire.

C'est naturellement que la famille s'est proposée de donner son aide lors des repas afin d'améliorer l'état nutritionnel de Madame S.

Seulement, le règlement intérieur n'autorisant les visites que de 14h00 à 18h00, rend la participation de la famille impossible.

Les difficultés organisationnelles marquées par un temps de coordination limité à une journée par semaine et l'absence d'IDEC pour encadrer ces visites ont conduit la famille à demander au directeur un changement d'établissement.

## III. Problématique

Suite à nos échanges sur les situations vécues au sein de nos structures et devant cet aveu d'échec, notre questionnement en équipe est de déterminer :

**Quelle est la juste place des proches aidants dans la prise en charge des résidents en EHPAD en collaboration avec le directeur, l'IRCO, le MEDCO et l'équipe soignante ?  
Le cas des résidents ayant des proches qui sont des professionnels de santé.**

## **IV. De la question de départ à l'étude des concepts**

Nous regroupons dans ce chapitre, en les définissant succinctement, les concepts qui apparaissent pertinents pour étayer le thème de ce mémoire. La finalité étant de permettre aux résidents des EPHAD dans les circonstances précisées en introduction d'être accompagnés au mieux dans leurs soins, leur qualité de vie et leur autonomie.

Nous aborderons ici successivement:

**a. Le vieillissement**

**b. L'accompagnement**

**c. Le trio directeur, MEDCO et IRCO**

**d. Le management**

**e. Le PAP (Projet d'accompagnement personnalisé)**

**f. Les aidants**

**g. Approche psychologique : culpabilité, réparation, rivalité**

**h. Bientraitance et maltraitance en EHPAD**

**i. Refus de soins et charte de santé**

**j. Conclusion : la collégialité**

Après les différentes définitions, nous aborderons ce qui nous paraît être en jeu dans l'origine des tensions dans certaines situations complexes.

### **a. Le vieillissement**

Le vieillissement est un processus continu et progressif d'altération naturelle qui commence tôt dans l'âge adulte. Au début de l'âge mûr, de nombreuses fonctions corporelles commencent à décliner progressivement. L'OMS, et en France la loi de l'adaptation de la société au vieillissement, parlent de personnes âgées de 60 ans et plus. Cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> Janvier 2016, introduit un plan de soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, et donne priorité à l'accompagnement à domicile pour permettre de vieillir chez soi dans de bonnes conditions. En renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

Selon le rapport interministériel publié en Mai 2021 intitulé « Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau pacte entre générations »<sup>1</sup>, il est différencié 3 profils de retraités : le retraité actif qui s'investit dans différentes associations ou dans les liens familiaux; le retraité fragile qui commence à avoir des vulnérabilités (dès 75-80 ans en moyenne), et le retraité en perte d'autonomie, qui survient autour de 85 ans : c'est l'âge moyen d'entrée en EHPAD et l'âge médian des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ; on parle outre Atlantique des « young old » et des « old old », (jeune-vieux ou vieux-vieux). La grande majorité des seniors reste vulnérable sans entrer dans la dépendance.

En France, les plus de 60 ans pourraient représenter 1/3 de la population en 2050 (contre 1/4 actuellement) et le nombre de personnes âgées dépendantes atteindre 2,3 millions en 2060 (contre 1,2 millions en 2012) : la prévention de la perte d'autonomie est une priorité, et le programme « Vieillir en bonne santé » est inclus dans les actions de Santé publique France avec une nécessité conjointe de se préoccuper du grand âge et des instances institutionnelles accueillant les personnes dépendantes, comme le cas de notre étude.

Au niveau européen, un règlement en matière d'enquêtes de santé contraint maintenant les États membres à réaliser tous les 5 ans une enquête comportant un questionnaire commun (ECHIS pour Européan Core Health Interview Survey). Il y est aussi étudié le grand âge « une découverte collective » et ses situations de dépendance, qui renvoient à un mixte de fragilité et de capacité d'agir, selon le Pr J.ANKRI de l'Université de Versailles<sup>2</sup>.

Pour les Nations-Unies, le vieillissement de la population est un phénomène mondial, en cours de devenir l'une des plus grandes transformations sociales du XXIème siècle, (associées aux révolutions numériques et écologiques), et influence aussi les structures familiales et les liens intergénérationnels. Selon les statistiques de l'édition 2019 du rapport Perspectives de la population mondiale, 1 personne sur 6 dans le monde aura plus de 65 ans en 2050 (contre 1 sur 11 en 2019) et le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait tripler dans cette même période.<sup>3</sup> Suite à la pandémie du COVID 19, il a été rappelé la nécessité d'un accompagnement adapté des personnes âgées. Le fonds monétaire international prévoit que ces évolutions démographiques sont annonciatrices d'une prodigieuse série de défis sanitaires, sociaux et économiques.

---

<sup>1</sup> Broussy L. Rapport interministériel sur l'Adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2023].  
Disponible sur : [https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/280055.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/280055.pdf)

<sup>2</sup> Collège professionnel des Gériatres Français. Livre blanc de la gériatrie française. Paris; 2011.  
Disponible sur : <https://www.cnpgeriatrie.fr/wp-content/uploads/2019/04/Livre-blanc-de-la-gériatrie-modifié.pdf>

<sup>3</sup> United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019 : Highlights [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2023].  
Disponible sur : [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)

## **b. L'accompagnement**

L'accompagnement tel qu'il se met en place dans tous les secteurs depuis une vingtaine d'années résulte d'un mixte de problématiques et de logiques imbriquées (Paul, 2004) . C'est ce qui lui permet l'ajustement à toute situation, en se répandant comme une nouvelle modalité de relation à autrui.

Bien des professionnels se posent la question de « ce qu'accompagner veut dire » au regard de leurs anciennes pratiques de prise en charge et ce que peut bien produire le fait de laisser « toute sa place » à la personne accompagnée « au centre du dispositif » ? Ces questions tendent à placer les professionnels qui l'exercent « sous tension ». Il ne peut résulter que d'une construction « collective », mis au travail dans chaque institution où il est mis en œuvre.

Quant à l'accompagnement médical du patient présentant un déclin cognitif, selon la gériatre M. L. Seux et la psychologue J. de Rotrou dans la revue *gérontologie et société*<sup>4</sup>, le premier objectif, au décours de l'annonce du diagnostic est celui de l'évaluation du niveau d'évolution de la maladie, d'un point de vue cognitif et comportemental, en appréciant l'état thymique et la qualité de vie du patient, l'évaluation des risques selon l'atteinte de l'autonomie fonctionnelle (comme la conduite automobile ou la gestion du gaz), en déterminant les ressources mobilisables du patient. Il est important de les noter et de les valoriser pour éviter un vécu trop douloureux de la mise en échec, et voir avec les aidants l'adaptation du quotidien à ses capacités actuelles. Le cas étudié concernant cette résidente récemment accueillie en EHPAD montre une évolution vers une dépendance que la proximité avec ses proches tente d'atténuer. Le deuxième objectif étant celui des propositions thérapeutiques : le but ici est de ralentir la progression des symptômes et leur aggravation par des facteurs extérieurs après cette évaluation du côté de la perte et des bénéfices espérés.

Ce pourquoi, il y a lieu « d'abandonner l'idéal d'autonomie » mais accepter que celle-ci soit en construction ou limitée : le grand âge « découverte collective » renvoie ainsi à un mixte de fragilité et de capacité d'agir, selon M. O. PRADIS de la revue *Esprit*, cité dans le livre blanc de la psychiatrie<sup>2</sup>.

## **c. Le trio directeur, MEDCO et IRCO**

Selon Dr Florence BARTHELEMY, « le trio de l'EHPAD se compose du directeur, du MEDCO, et de l'IRCO. C'est le pivot central du fonctionnement d'un EHPAD, contrairement au SSIAD et autres structures de coordination, où le pivot est formé d'un duo directeur et IRDCO»<sup>5</sup>.

Nous allons définir plus en détail les trois professions afin de mettre en lumière la place de chacun dans la prise en charge du résident en EHPAD.

---

<sup>4</sup> Pin-Le Corre. S, Benchiker. S, David. M, Deroche. C, Louassarn. S, Scodellaro. C. Perception sociale de la maladie d'Alzheimer : les multiples facettes de l'oubli. *Gérontologie et Société*. 2009 ; volume 32 ; n°128-129 : 75-88

<sup>2</sup> Collège professionnel des Gériatres Français. Livre blanc de la gériatrie française. Paris; 2011. Disponible sur : <https://www.cnpgeriatrie.fr/wp-content/uploads/2019/04/Livre-blanc-de-la-gériatrie-modifié.pdf>

<sup>5</sup> Dr Florence BARTHELEMY. DIU Médecin Coordonnateur/Infirmier Référent Coordonnateur en EHPAD et SSIAD. UPC; Février 2023.

## Le directeur

Le directeur est responsable de la gestion générale de l'établissement. Il doit veiller à ce que les normes de qualité des soins et de la vie quotidienne soient respectées.

Il assure la communication et la coordination entre les différentes parties prenantes, y compris la famille du résident, le personnel soignant, et le médecin-coordonateur. Le directeur peut être impliqué dans les décisions administratives et logistiques liées à la prise en charge du résident, notamment en s'assurant que les besoins alimentaires spécifiques sont pris en compte.

Dans le cas de Mme V, qui refuse de s'alimenter avec le personnel soignant mais qui accepte de le faire en présence de ses proches, la triade directrice, médecin-coordonateur et infirmière-coordonateur devrait travailler en collaboration. Afin de comprendre les raisons du refus alimentaire, en tenant compte de son état de santé physique et psychologique. Travailler étroitement avec la famille pour établir un environnement rassurant pendant les repas. Garantir une prise en charge efficace et compatissante de la personne tout en respectant ses choix et son autonomie. Cette étroite collaboration relève du managérial collectif.

## Le médecin coordonnateur

Le décret du 2 Septembre 2011 précise les missions du médecin coordonnateur en EHPAD<sup>6</sup> : il détaille la notion d'évaluation gériatrique, de possibilité d'intervention thérapeutique auprès des résidents, de prescription, de formation des salariés, d'inscription dans le circuit des acteurs de santé du territoire... Outre l'élaboration et le suivi du projet de soins de l'établissement, de l'évaluation médicale et de la dépendance des résidents, il est garant de l'encadrement médical de l'équipe soignante. Il peut effectuer des prescriptions médicales en cas d'urgence et lors de risques exceptionnels ou collectifs comme les épidémies. Il peut désormais devenir le médecin traitant du résident mais en différenciant bien les 2 fonctions. Il joue aussi un rôle de coordination des différents professionnels de santé et de liens avec les structures extérieures de l'EHPAD, et effectue ses différentes missions en collaboration avec l'infirmier(e) coordinateur(trice). Enfin, il donne son avis sur les admissions au directeur et effectue des formations auprès des équipes. Il réalise le rapport annuel d'activité médicale ainsi que les coupes PATHOS: A côté de cette fonction de santé publique qui participe au budget de l'EPHAD, il est en lien avec les familles des résidents, garant du soin individuel dans le respect de cette structure institutionnelle collective.

## L'infirmière coordinatrice

L'infirmière coordinatrice en EHPAD organise son travail en fonction des demandes et des besoins des patients et/ou de leur entourage. Elle a également pour mission d'accompagner les projets individuels de formation des professionnels, en accord avec les missions du service et de la Direction Responsable du Projet d'Établissement. Elle accompagne et assure le suivi de l'encadrement pédagogique des étudiants aides-soignants, AMP, IDE<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes [Internet]. 2011 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024532249>

<sup>7</sup> Ordre national des infirmiers – Infirmier coordonnateur en EHPAD [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-coordonateur-en-ehpad.html>

## **d. Le management**

Initialement issu de la langue anglaise, le terme management a été inclus dans notre langue par l'Académie française. De manière générale, la définition du management est assez vaste et comprend l'ensemble des techniques d'organisation des ressources (financières, humaines, matérielles.) mises en œuvre pour la gestion et l'administration d'une organisation (entreprises, associations, administration...).

Les différentes techniques de communication sont essentielles dans le positionnement quotidien du manager. En effet, il assume différents rôles en relation avec l'information dont la transmission de l'information et tout ce que cela implique, la prise de décision et les relations interpersonnelles. Dans l'exercice de mise en place d'un projet, il a également d'autres tâches : organiser (mettre en place un système pour atteindre les objectifs), décider (prendre des décisions dans le but de faire avancer le projet), animer (motiver les collaborateurs dans leur travail), déléguer, contrôler (s'assurer que les objectifs internes ou externes au projet sont mis en place via des évaluations) et anticiper (imaginer la suite dans le but de modifier, d'innover).

Opter pour un style de management particulier permet de renforcer ou non la motivation de l'équipe et, à terme, la cohésion de cette équipe. Il est important de prendre aussi en compte l'aspect relationnel au sein d'une équipe. En effet, le manager doit adapter son style face à ses collaborateurs afin de permettre à son équipe de s'engager dans une action et un objectif commun<sup>8</sup>.

## **e. Le PAP (Projet d'accompagnement personnalisé)**

Le projet d'accompagnement personnalisé est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie<sup>9</sup>. Communiquer ouvertement avec la personne âgée pour découvrir ses besoins et ses préférences en matière d'alimentation, peut aider à résoudre les problèmes.

Il peut être nécessaire de faire évaluer la personne âgée par un MEDCO pour s'assurer qu'il n'y a pas de problèmes médicaux sous-jacents qui contribuent à son refus de s'alimenter. En collaboration avec la personne âgée, les soignants, MEDCO et IDEC devraient élaborer un plan de soins individualisé qui tienne compte de ses préférences alimentaires et de ses besoins spécifiques. Le projet d'accompagnement individualisé est défini comme : « l'ensemble des objectifs co-construits avec le référent résident, les référents métiers et le résident aboutissant à un ensemble d'actions entreprises par l'équipe pluridisciplinaire de l'EHPAD en correspondance, les attentes et les souhaits du résident, son histoire de vie, l'évolution de sa santé, les moyens à disposition de l'EHPAD »<sup>10</sup>. Si la personne préfère manger en présence de sa famille, cela peut être une occasion d'impliquer davantage les proches dans les soins. Il est important de collaborer avec la famille pour trouver des solutions qui conviennent à tous.

---

<sup>8</sup> Revue E. Quelques concepts autour du management [Internet]. 2014 [cité 24 avr 2023].

Disponible sur : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/quelques-concepts-autour-du-management>

<sup>9</sup> ANESM. Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) [Internet]. 2018 [cité 24 avr 2023].

Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf)

<sup>10</sup> Dr Serge REINGEWIRTZ. DIU Médecin Coordonnateur/Infirmier Référent Coordonnateur en EHPAD et SSIAD. UPC; Mars 2023.

## f. Les aidants

L'aidant(e) est une personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap. L'article 51 de la loi du 28 décembre 2015, mise à jour en 2020, est relative à l'adaptation de la société au vieillissement.<sup>11</sup> Les aidants contribuent à l'accompagnement pour l'autonomie et sont des acteurs indispensables du maintien au domicile. Les soutenir, les accompagner et leur proposer des temps de répit, c'est participer à leur qualité de vie et à la possibilité pour la personne aidée de rester à domicile.

Ils seraient près de 4 millions à apporter une aide régulière à un senior pour l'un au moins des 3 grands types d'aide (vie quotidienne, soutien moral, aide matérielle ou financière). Un actif sur 4 pourrait devenir « aidant » en 2030<sup>12</sup>.

On apprend par le résultat des enquêtes CARE<sup>13</sup> auprès des seniors à domicile, que la moitié des aidants sont des enfants du senior, (cohabitant ou non-cohabitant), et 1/4 sont des conjoints. La majorité des aidants vivant à domicile sont des femmes (59,5 %). Leurs motivations concernent pour 75 % les liens affectifs, 55 % les valeurs morales, et 48% le sens du devoir. Le nombre total des aidants est relativement stable selon l'âge de la personne aidée de moins de 75 ans; il augmente ensuite jusqu'à 85 ans, (avec intervention croissante des enfants), avant de diminuer aux grands âges, du fait de l'admission en institution ou du décès du senior. Selon le Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé de l'université Paris Dauphine dans le cadre de l'étude SHARE, les aidants représentent 11 milliards d'économie par an à la collectivité<sup>14</sup>.

Concernant les aidants des seniors présentant un déclin cognitif, France Alzheimer et maladies apparentées met à disposition un « Guide d'accompagnement des aidants familiaux », notamment par la formation des aidants via différents modules, comme désormais l'action gouvernementale via les récentes actions d' « Agir ensemble ».

Il s'agit de connaître la maladie d'Alzheimer, dans le but d'améliorer la relation au Proche dans le quotidien, mais aussi d'être informé et guidé vers les ressources existantes médico-sociales, humaines, et financières.

L'aidant est ainsi soumis à différents ressentis: frustration, colère, sentiment d'impuissance, voire mouvements d'agressivité suivi de sentiment de culpabilité. Il existe un risque réel d'épuisement physique et psychologique et d'isolement de l'aidant, avec stress, découragement, troubles du sommeil, douleurs de dos...

---

<sup>11</sup> La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2020 [cité 24 avr 2023].

Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-a-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

<sup>12</sup> Étude Ocirp-Viavoice – Salariés aidants et dialogue social [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2023].

Disponible sur : <https://www.ocirp.fr/espace-info/actualites/chiffres-observatoire-salaries-aidants-et-dialogue-social-2021-jna2021/>

<sup>13</sup> DRESS – Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée : résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2023].

Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>

<sup>14</sup> OCIRP, Les chiffres-clés sur les aidants en France, Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé de l'université Paris-Dauphine dans le cadre de l'étude Share, 2018, p. 11.

Une étude IPSOS de 2020<sup>15</sup> souligne un impact négatif sur la vie sociale ou familiale de l'aidant pour 45%, et pour 53% un impact concernant sa santé. 60 % des aidants seraient exposés à un risque de surmortalité dans les 3 ans qui suivent le début de la maladie de leur proche : 1/3 des aidants mourraient avant leurs aidés ? A peut-être nuancer en faisant le rapprochement que – selon la même étude – 48 % des aidants déclarent avoir une maladie chronique, c'est à dire qu'il y aurait lieu d'identifier suffisamment leur propre parcours pathologique.

Il existe des programmes d'aide aux aidants, que le proche soit à domicile ou en EHPAD : entretiens psychologique individuel, groupe de parole, ou atelier de relaxation. France Alzheimer et maladies apparentées propose également des actions de convivialité, des haltes relais, des séjours de vacances avec le proche, ainsi que des moments de répit par placement temporaire. L'Association française des aidants soutient quant à elle, les aidants via l'animation du réseau national des Cafés des aidants.

La loi du 22 Mai 2019 vise à favoriser la reconnaissance des proches aidants.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) via le lancement d'une mission confiée à France Stratégie encourage les entreprises à mieux soutenir leurs salariés aidants.

Enfin, le « congé de proche aidant »<sup>16</sup> a remplacé le « congé de soutien familial » depuis 2017 : il permet au salarié de cesser temporairement son activité professionnelle pour s'occuper d'une personne handicapée ou en perte d'autonomie ou âgée ou avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables. Il peut être demandé sur une période de 3 mois, renouvelable, et est revalorisé au niveau du Smic depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, ce qui est une grande avancée sociale.

## **g. Approche psychologique : culpabilité, réparation, rivalité**

La culpabilité est un sentiment de faute pour un sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire. Au sens psychologique du terme, le sentiment de culpabilité est une mise en échec des aspirations idéales et de perfection, issues des idéalizations de l'enfance<sup>17</sup>. Des mécanismes de réparation, avec des revendications de tonalité parfois agressives peuvent se manifester secondairement.

En étudiant dans ce travail les éventuelles difficultés relationnelles d'un proche-aidant avec l'équipe de l'EHPAD dans lequel son proche vient d'être admis, nous faisons l'hypothèse que pour certains d'entre eux, cette situation de dépossession de son rôle habituel d'aidant s'avère culpabilisante. Il s'agit d'une situation de lâcher prise qui consiste à laisser d'autres soignants s'occuper de son proche, dans un contexte fréquent de récente dégradation de santé du proche, motivant ce placement en institution : il est ressenti une forme d'abandon, une perte de maîtrise et des responsabilités habituelles, d'autant peut-être pour un aidant professionnel de santé, voire la crainte d'une dépossession d'ordre affectif, avec l'éloignement du proche.

---

<sup>15</sup> La situation des aidants en 2020 : enquête nationale Ipsos-Macif [Internet]. 2020 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : [https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif#:~:text=Près%20d%27un%20aidant%20sur,%27activité%20professionnelle%20\(10%20%25\)](https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif#:~:text=Près%20d%27un%20aidant%20sur,%27activité%20professionnelle%20(10%20%25))

<sup>16</sup> Service-Public – Le congé de proche aidant [Internet]. 2023 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920#:~:text=Le%20congé%20de%20proche%20aidant%20remplace%20le%20congé%20de%20soutien,des%20liens%20étroits%20et%20stables>

<sup>17</sup> Laplanche J, Pontalis JB, Lagache D. Vocabulaire de la psychanalyse. 5e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2007. (Quadrige).

Des réponses au pré-questionnaire à questions ouvertes de notre étude, il est indiqué ainsi que certaines relations avec l'équipe de l'EHPAD, se sont bien améliorées « le temps de se connaître, d'avoir passé le choc de l'entrée; il est vu comme un passage de relais, en perdant beaucoup de responsabilités ».

Du côté des membres des équipes soignantes en EHPAD, il est parfois repéré une volonté de ne pas se laisser déborder par les aidants professionnels de santé qui sont suspectés d'emblée d'être intrusifs : il y a lieu, entend-on, d'« être fermes sur le cadre, dont les horaires de visites », ce qui, au regard des personnalités en présence est susceptible d'induire ou de renforcer cette conflictualité : comme dans la situation de départ de notre travail où le maintien des horaires de visites (rapport au règlement intérieur) a induit le départ d'une résidente pour un autre établissement, en ne répondant pas à l'urgence de la situation, en collaboration avec son proche aidant à ce moment crucial de l'admission. L'aidant professionnel de santé est parfois décrit comme ayant une attitude dominatrice de « sachant ». Dans ce pré-questionnaire de notre étude, il est d'ailleurs associé aux difficultés relationnelles avec les aidants professionnels de santé, celles se manifestant avec d'autres corps de métier, tels que : « les enseignants, les métiers de la sphère juridique (juges), ainsi que la catégorie des élus politiques, tous niveaux confondus ».

Du côté des aidants professionnels de santé faisant admettre leurs proches, certains rapportent qu'il y a lieu de communiquer « avec tact » avec l'équipe de l'EHPAD, et « qu'il n'est pas toujours simple de faire passer des messages quand ce n'est pas vraiment notre rôle ».

Un médecin coordonnateur cite le cas d'un de ses proches admis dans un 1<sup>er</sup> temps quelques semaines dans l'EHPAD où il travaille : à l'occasion d'un changement de région, et d'EHPAD, et, sans élément psychopathologique surajouté, ce proche se retrouve en contention au fauteuil 24h après son admission ; le collègue remarquant qu'il y avait beaucoup de contention dans ce nouvel EHPAD...

D'autres exemples cités vont dans ce sens, loin de ce que l'on peut attendre d'un climat de bienveillance et de collaboration avec l'équipe de l'EHPAD : on peut citer l'exemple d'une femme médecin spécialiste, médecin traitant de sa mère depuis le départ à la retraite de son médecin habituel et venue auprès d'elle à l'EHPAD au lendemain du retour d'hospitalisation de cette dernière : voulant examiner sa mère encore douloureuse, elle entend l'infirmière coordinatrice lui répondre que « ce jour, elle vient comme fille et non pas comme soignante », ce de façon réitérée et définitive, induisant une situation de domination conflictuelle et de possible mise en danger de la résidente : cette résidente sera réhospitalisée le lendemain en urgence dans de mauvaises conditions.

Notons que ces différents thèmes sont repris dans des formations pour EHPAD comme celle dispensées par l'Association française des aidants, dont celle intitulée « Outils de la gestion de conflit entre personnes accompagnées, aidants et professionnels » ou par d'autres organismes de formation plus originaux via le théâtre, par exemple, dont la suivante : Construire une relation positive avec les familles, vécu des familles vis à vis des professionnels où sont travaillés les concepts d'« ambivalence, idéalisation et rejet », ainsi que celui de la « rivalité et de la culpabilité couplée à l'agressivité »<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Donoma Formation. Formation par le théâtre [Internet]. 2023 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.donomaformation.com/gerontologie>

## **h. Bienveillance et maltraitance en EHPAD**

La bienveillance est décrite en France selon différents principes : l'importance du respect de la personne, de son intégrité et de sa liberté, la non-discrimination, la qualité de vie, ainsi que l'individualisation de la prise en charge.

Elle constitue un enjeu majeur dans les EHPAD, de tout temps mais plus encore depuis la crise COVID récente des années 2020 à 2022, qui a beaucoup interrogé les pratiques. Voir le bilan qu'en a fait le président du Conseil scientifique, le Pr DELFRAISSY, au moment de la dissolution de cette instance au 31 Juillet 2022: « le premier regret est profond, il me suivra tout au long de ma vie ; lors des confinements dans les EHPAD, on a mis la santé avant tout, au détriment peut-être, d'une forme d'humanité, ce qui a entraîné des syndromes de glissement, avec des personnes âgées qui se laissaient mourir d'ennui »<sup>19</sup>.

De surcroît, la parution du livre « Les Fossoyeurs » du journaliste Victor CASTANET, en 2022, avec le sous-titre évocateur : « Révélation sur un système (institutionnel) qui maltraite nos Aînés », a eu également un fort impact à différents niveaux de responsabilités et jusqu'aux sphères ministérielles étatiques. Il révèle des pratiques administratives et financières graves de certains grands groupes d'EHPAD privés avec retentissement sur les soins et le confort des résidents.<sup>20</sup>

Concernant les types de maltraitance, il peut être repris la classification du conseil de l'Europe incluant les violences physiques, les violences psychiques ou morales, enfin les violences matérielles et financières.

Une enquête de 2018 (Yon, Journal of Public Health)<sup>21</sup> a établi que dans les EHPAD, 2 soignants sur 3 déclaraient avoir commis au moins un acte de maltraitance l'année précédente. Les principales maltraitances rapportées sont le fait de négligences passives (26%), de maltraitance liées aux soins (18%), de non-respect des droits (13%).

Les facteurs de risque sont liés d'une part au « terrain » du résident, quand il devient vulnérable ; d'autre part liés au terrain de l'équipe (manque de connaissance concernant les pathologies rencontrées révélant un manque de formation et d'encadrement, manque de communication en équipe ou avec la direction, organisation rigide ou arbitraire avec un rythme imposé des soins, épuisement et burnout des équipes, voire mise à distance des proches).

Ces éléments de dysfonctionnements peuvent être abordés par le conseil de vie social de l'établissement (CVS) : il donne son avis ou fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement, la qualité des prestations et des prises en charge : il peut être saisi de demandes d'information ou de réclamations qui sont alors transmises vers les personnes qualifiées, c'est à dire le dispositif de médiation, ou le délégué territorial du défenseurs des droits.

---

<sup>19</sup> Lau L. Covid-19 : manque d'humanité, mauvaise anticipation... Jean-François Delfraissy dresse le bilan du Conseil scientifique. La Dépêche. 30 juil 2022.

<sup>20</sup> Castanet V. Les fossoyeurs. Paris : J'ai lu; 2022 [Document].

<sup>21</sup> Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. Eur J Public Health. 2019 Feb 1;29(1):58-67. doi: 10.1093/eurpub/cky093. PMID: 29878101; PMCID: PMC6359898.

Créé par la loi du 2 Janvier 2002, un décret récent du 25 Avril 2022<sup>22</sup> veut renforcer le poids du CVS, avec une représentation démocratique plus incarnée des résidents et de leurs familles et la rédaction d'un rapport d'activité annuelle présentée à l'organisme gestionnaire, ce, dans les suites de la révélation du scandale des EHPAD privés citée plus haut. La direction de l'établissement doit tenir compte des avis du CVS mais elle reste responsable des décisions concernant la gestion de la structure. Le CVS est aussi entendu lors de la procédure d'évaluation de l'établissement.

A noter la mise en place récente d'un travail à la demande du cabinet du Ministre des Solidarités auprès de l'HAS qui s'étalera jusque fin 2023-début 2024, et qui s'intitule : « Déploiement de la bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en institutions (repérage et analyse) » travail auquel participe le DIQASM, en vue d'établir des « Recommandations de pratique clinique ». Il existe en France des recommandations de prise en charge des personnes âgées, effectuées par différentes instances : les ARS et l'ANESM, de même que par le défenseur des droits en 2021 comme les différentes actions de France-Alzheimer.

A noter aussi une journée mondiale, le 15 juin, de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées, organisée par l'OMS.

## **i. Refus de soins et charte de santé**

Ce concept est au cœur de l'exemple clinique présenté dans l'introduction de ce travail. Tout acte médical doit bénéficier préalablement d'une information claire, loyale, appropriée, et intelligible par le patient (traçable dans le dossier).

Le consentement libre et éclairé du patient conditionne tout acte médical et/ou tout traitement. Le patient peut à tout moment refuser de poursuivre les soins en vertu du principe d'autonomie, garanti par la Loi du 4 Mars 2002 du Code de déontologie médicale du Code Civil, sous réserve qu'il soit juridiquement capable, (patient inconscient, ou lors de placement sous contrainte d'un patient présentant une pathologie psychiatrique : loi du 5 juillet 2011). Se référer aussi, concernant les droits des malades et de la fin de vie à la loi du 22 avril 2005.

La charte des droits et liberté de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance reprend ces différents paramètres, de choix de vie, de liberté d'expression et de liberté de conscience, d'accès à des soins de qualité, de respect de la fin de vie mais aussi du maintien de la présence et du rôle des proches dans les relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux<sup>23</sup>.

Les refus de soins sont fréquents chez les résidents en EHPAD. Ils se manifestent de façon calme, ou passive mais très souvent avec des attitudes d'opposition, voire de façon agressive et violente. Ce, à la fois dans les soins de nursing, de toilette et d'habillement, ou d'alimentation, comme dans l'exemple sus-cité de notre mémoire ou dans le cadre des soins médicaux. Il doit être recherché « l'assentiment » quand le consentement est impossible.

---

<sup>22</sup> Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation [Internet]. 2022 [cité 24 avr 2023].

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668446>

<sup>23</sup> La charte des droits et liberté de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance [Internet]. 2007 [cité 24 avr 2023].

Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_2007\\_affiche-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf)

Il y a lieu de dissocier l'opposition du refus : évaluer alors l'aptitude décisionnelle parfois masquée par un facteur déclenchant comme la douleur ou autre... Ces comportements oppositionnels pouvant aussi être entendus comme un dernier degré d'expression d'un « pouvoir d'exister » ou d'une réaction dépressive, possible d'autant lors d'une admission en EHPAD : les liens avec les proches aidants, on l'a vu à chaque étape ont toute leur importance en collaboration avec l'équipe soignante.

En pratique, il y a lieu également de penser les soins, et selon le cycle de Deming<sup>24</sup> : de planifier, de développer c'est à dire fixer des objectifs réalistes, contrôler et ajuster le soin.

## **j. Conclusion : la collégialité**

Après le développement de ces différents concepts, nous notons le rôle actif de chaque membre de l'équipe professionnelle de l'EHPAD dans leurs technicités mais aussi dans leur mode relationnel envers les résidents comme envers leur famille, et notamment auprès du proche aidant, avec une capacité de remise en question tant individuelle que groupale: nous notons l'importance des interactions nécessaires entre ces différents membres en vue d'une approche en collégialité en vue du bien du résident dans son environnement institutionnel.

---

<sup>24</sup> Burger-Helmchen T, et Raedersdorf S. 46. La roue de Deming, Pro en Management. 70 outils et 16 plans d'action métier. Vuibert; 2018, pp. 154-155.

## V. Analyse de la situation

À cette étape de notre travail, après une étude théorique des concepts émanant de notre situation de départ, nous souhaitons un retour plus concret en lien avec la situation sur le terrain. Notre but était de connaître les positions des personnes directement concernées et visées par notre problématique, afin d'apporter des éléments de réponses tangibles à notre question de départ, qui représente le cœur de ce travail.

### a. Méthodologie

#### Choix de la population

Afin de répondre à notre problématique qui porte sur l'impact de la présence d'un proche d'une personne âgée en milieu hospitalier. Nous avons interrogé des MEDCO, IDEC, aidants professionnels et aidant non professionnels de santé.

Le milieu hospitalier évolue à travers les technicités et la théorie. Soumettre ce questionnaire à des personnes ayant de l'ancienneté avait pour objectif de comparer les écarts, comprendre leurs visions sur le sujet, savoir si eux-mêmes avaient déjà requis l'aide des proches-aidants, comment ils envisagent globalement l'intervention d'un tiers, comment introduisent-ils les aidants dans le parcours de soin, et cela en fonction de leurs expériences et des services hétérogènes où ils ont exercé.

Nous avons réalisé ses questionnaires auprès de 20 proches-aidants, ainsi que 20 soignants exerçant dans différents secteurs : SSIAD, EHPAD et médecine gériatrique.

#### Les outils utilisés

Afin de mener à bien nos enquêtes, nous avons fait le choix de procéder à une étude quantitative, nous permettant d'obtenir des données objectives et fiables, et limitant au considérablement le risque de biais, en comparaison avec les études qualitatives. Pour ce faire, nous avons réalisé des grilles de questionnaires regroupant une dizaine de questions planifiées selon différentes thématiques en lien avec les questions, la situation et les concepts élaborés dans notre mémoire. Nous avons naturellement décidé de développer deux questionnaires distincts : le premier auprès des MÉDCO et des IDEC et le deuxième destiné aux aidants.

#### La méthode

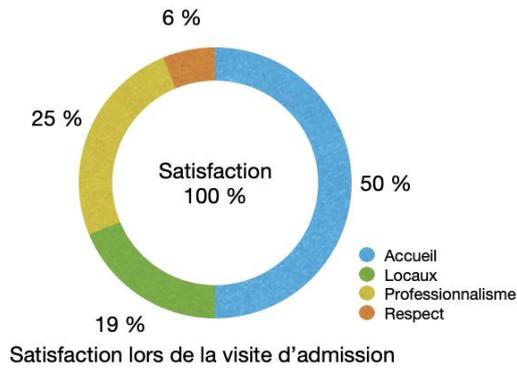
Dans un premier temps, nous avons pris contact par téléphone et/ou par mail avec les cadres de santé et/ou les médecins coordonnateurs des établissements de nos secteurs d'activité ou d'habitation.

Ensuite, nous leurs avons exposé le sujet d'intérêt de notre mémoire avant de leur déposer une version papier des questionnaires ou de leur envoyer par mail via un Google Form, selon leur souhait.

Enfin, nous avons convenu d'une date et d'une heure de rendez-vous, pour apporter certaines précisions si nécessaire.

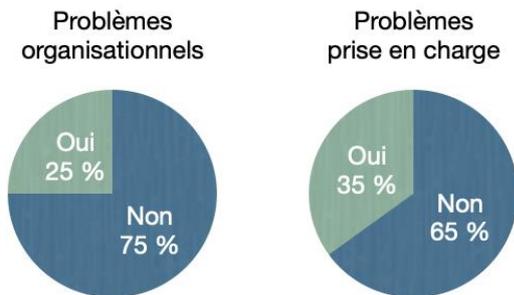
## b. Analyse linéaire des questionnaires

### Questionnaires proches-aidants

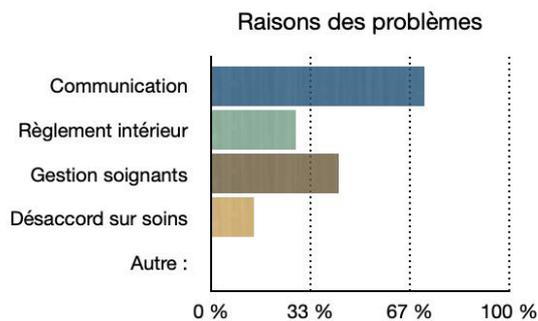


On peut d'abord relever le fait que 100% des personnes interrogées étaient satisfaites de la visite de préadmission de leur proche.

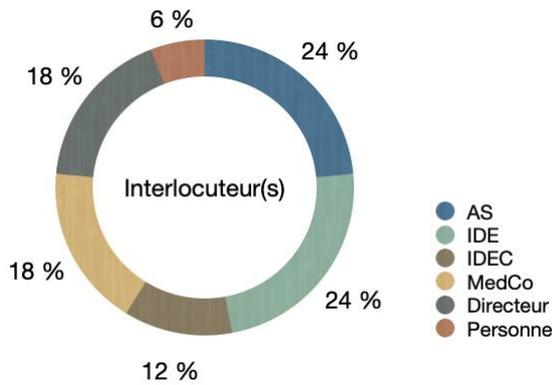
L'accueil (50%) et le professionnalisme (24%) de la direction ont été les éléments les plus mis en avant par les proches lors de cet entretien.



Nous observons que seulement 25% des proches rencontrent des problèmes d'organisation, alors qu'un tiers des proches est confronté à des problèmes de prise en charge au sein de l'établissement.

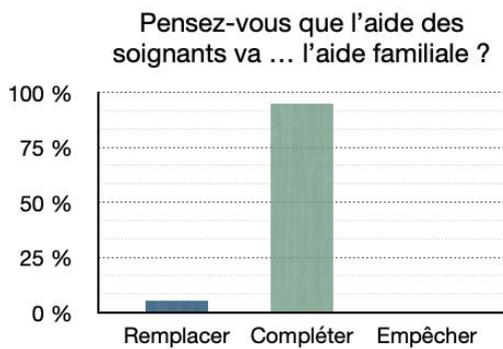


Les raisons de ces problèmes sont variées, plusieurs réponses étaient donc possibles pour cette question : la communication manque dans 71% des situations, la gestion des soins 43%, le règlement intérieur 29%, et le désaccord sur les soins de 14%.

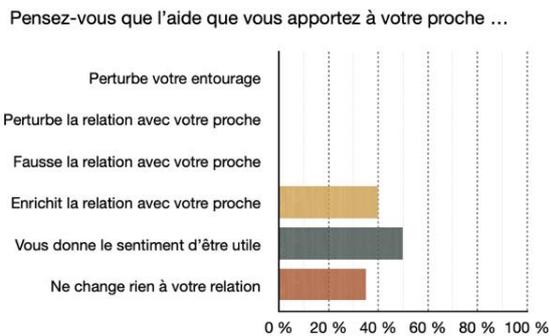


Il est intéressant de relever que les interlocuteurs principaux des proches sont les équipes soignantes : AS et IDE tous deux à 24%. Le MÉDCO et le directeur ont été sollicités dans 18% des cas, puis l'IDEC dans 12%. On peut enfin noter que 6% des personnes n'ont été en contact avec personne.

Cette situation peut s'expliquer par la disponibilité et l'accessibilité de ces différents professionnels.



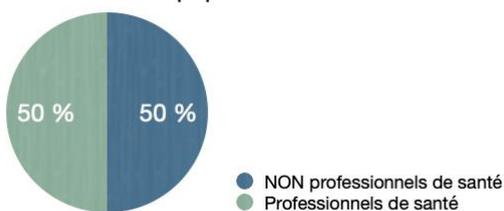
Pour 95% des proches-aidants, l'aide des soignants va compléter l'aide familiale, une petite partie seulement (5%) estime qu'elle pourrait la remplacer.



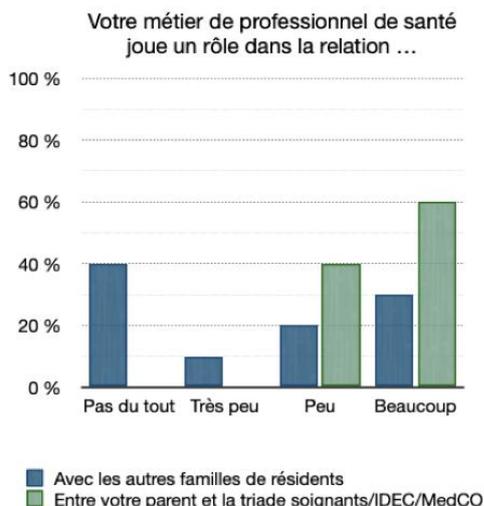
Les personnes interrogées considèrent que l'aide qu'elles apportent à leur proche leur donne le sentiment d'être utile (50%) et/ou enrichit leur relation (40%). On peut ici souligner le fait que ce sont souvent les mêmes personnes qui ont répondu positivement à ces 2 propositions.

Personne ne considère sa place de proche-aidant comme délétère envers son entourage ou son proche, mais pour 35% des interrogées, elle ne change en rien cette relation.

Situation de la population d'étude

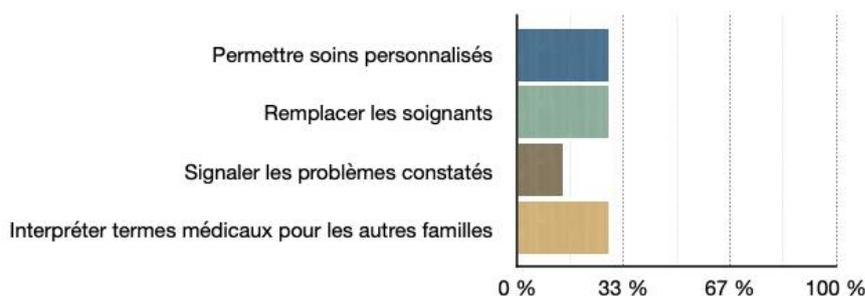


Nous observons que la population sondée se divise en deux parts égales : la moitié n'a pas de formation en santé, tandis que l'autre moitié est composée de professionnels de la santé.



Parmi les proches-aidants professionnels de santé, une majorité juge que son métier a « beaucoup » d'influence dans la relation entre son parent et la triade soignants/IDEC/MÉDCO tandis que leur métier n'a aucun impact dans la relation avec les autres familles de résidents pour 40% d'entre eux.

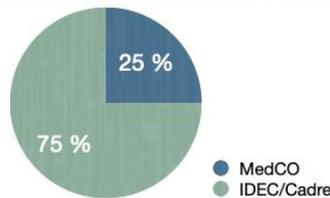
#### Situations dans lesquelles leur métier de professionnel de santé est bénéfique



Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. A chaque fois pour presque un tiers des aidants professionnels de santé, leur métier est jugé bénéfique pour permettre des soins personnalisés (29%), remplacer les soignants (29%), et aider les autres familles à comprendre les termes médicaux (29%). Pour une plus petite partie d'entre eux, le signalement des problèmes est également plus aisé (14%).

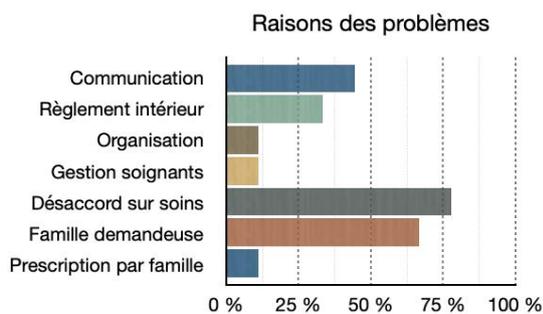
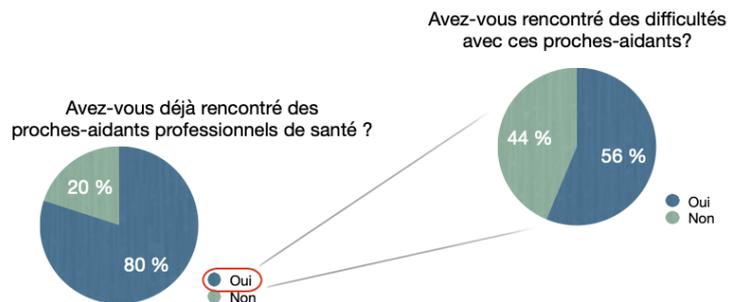
## Questionnaires MÉDCO/IDEC

Situation de la population d'étude



La population sondée est cette fois inégalement répartie : 3/4 étaient IDEC ou cadres de santé, contre seulement 1/4 de médecins coordinateurs.

On constate qu'une large majorité (80%) des personnes interrogées a déjà rencontré des proches-aidants professionnels de santé. Parmi elles, 56% déclarent avoir éprouvé des difficultés avec ces proches aidants.



Pour les 56% de personnes ayant rencontré des difficultés, les raisons identifiées sont variées, plusieurs réponses étaient d'ailleurs possibles pour cette question.

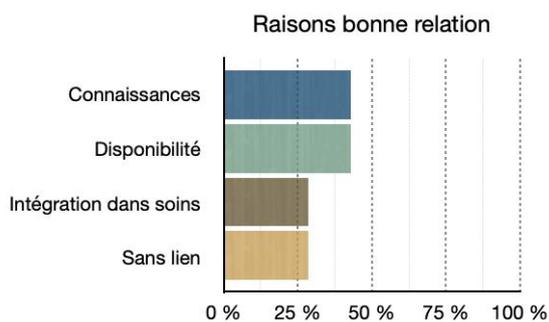
Contrairement aux proches-aidants, la communication, citée dans 44% des situations, n'est pas la cause la plus mentionnée.

Les MÉDCO et IDEC, évoquent principalement des désaccords sur les soins (78%) et des

demandes trop fréquentes de ces familles (67%).

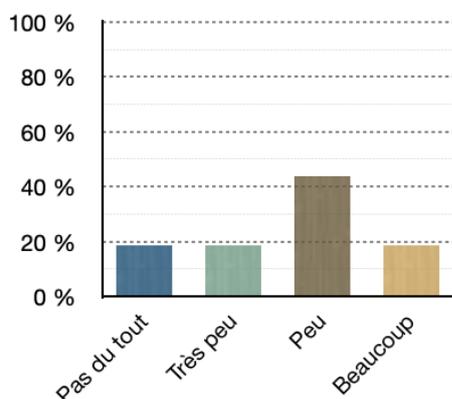
Le règlement intérieur pose problème dans 33% des cas ; et l'organisation de l'établissement ainsi que la gestion des soignants sont citées par 11% des personnes interrogées.

Enfin, on remarque que les prescriptions faites par ces familles de professionnels de santé, et spécifiques à leur métier, sont sources de problèmes pour 11% des MÉDCO et IDEC sondés.



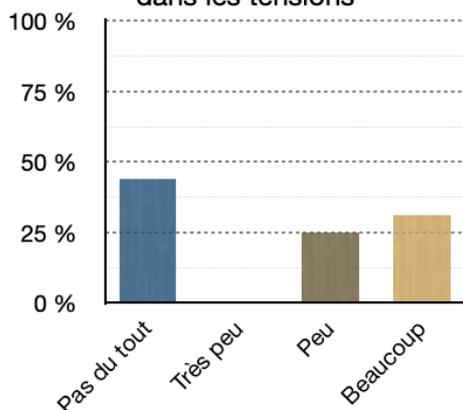
Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. Parmi les 44% de personnes n'ayant jamais rencontré de problème avec les proches-aidants professionnels de santé, le partage de connaissances (43%) ainsi que leur disponibilité (43%) sont les principaux éléments ayant contribué au développement de cette relation positive. L'intégration de ces proches dans les soins est également évoquée, à hauteur de 29%. On peut enfin noter que cette bonne relation n'a aucun lien avec le métier de professionnel de santé du proche-aidant pour 29% des cas.

#### Manque de confiance / méfiance ressentis



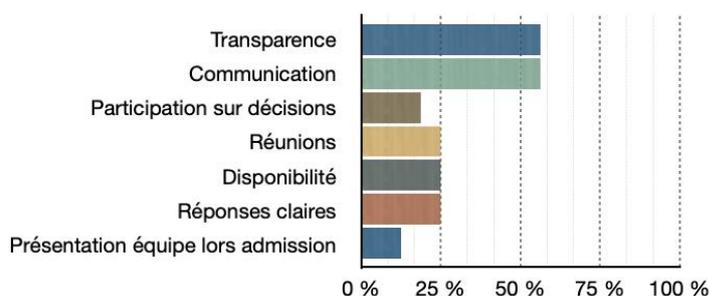
Parmi les personnes interrogées ayant déjà rencontré des proches-aidants professionnels de santé, à peine 19% ont ressenti beaucoup de méfiance de la part de ces proches-aidants, 43% peu de méfiance et 38% très peu voire pas du tout.

#### Rôle de la profession des proches-aidants dans les tensions



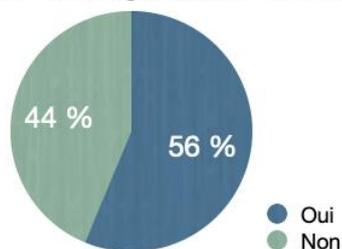
44% de ces mêmes personnes estime que la profession de ces proches-aidants n'a joué aucun rôle dans les tensions rencontrées, alors que pour 56% d'entre elles leur métier a pesé au moins un peu, voire beaucoup dans ces tensions.

### Moyens utilisés pour instaurer une relation de confiance



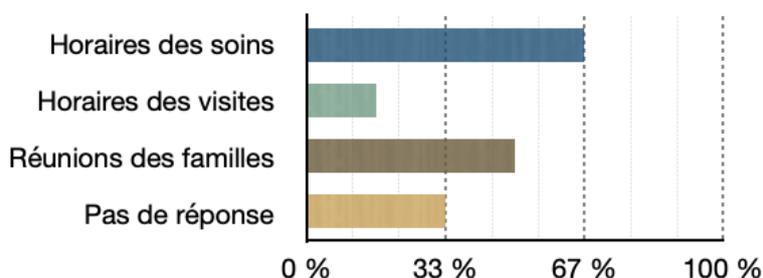
Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. Pour établir une relation de confiance, pour les MÉDCO ou IDEC ayant rencontré des aidants professionnels de santé, la transparence ainsi que la communication sont citées à hauteur de 56%. Ensuite, 25% citent la mise en place de réunions, 25% également mettent en avant la disponibilité et 25% valorisent les réponses claires. Pour 19% des sondés, la participation de ces proches à la prise de décision fait partie des moyens utilisés pour instaurer une relation de confiance. Enfin, 13% soulignent la nécessité d'une présentation claire de l'équipe lors de l'admission.

### Modification de l'organisation des soins



56% des personnes interrogées ayant rencontré des proches-aidants professionnels de santé ont annoncé avoir modifié l'organisation des soins pour y intégrer ces proches-aidants, tandis que 44% ne l'ont pas fait.

### Modification de l'organisation des soins



Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question, les pourcentages sont calculés à partir des réponses positives, sachant que nous n'avons pas eu de réponses pour 33% des questionnaires. Parmi les personnes ayant apporté des modifications à l'organisation des soins dans leur établissement, 67% ont ajusté les horaires des soins et 17% les horaires des visites. 50% ont mis en place des réunions avec les familles pour permettre leur implication.

### **c. Conclusion de notre enquête**

Ces résultats mettent en lumière à la fois des aspects positifs et des défis liés à l'institutionnalisation des proches. Il est important de prendre en compte les problèmes organisationnels et le manque de communication pour améliorer l'expérience des familles et des proches. De plus, il pourrait être intéressant d'explorer davantage les raisons de la satisfaction des médecins coordinateurs, IDEC et proches professionnels de santé ou non professionnels de santé afin d'identifier des pratiques positives à généraliser.

## VI. CONCLUSION

Au terme de notre travail, la juste place des aidants semble être en pleine mutation.

Les professionnels de santé et les institutions n'ont plus le monopole. Ils doivent démocratiser la gestion des établissements et laisser la place aux familles qui peuvent aujourd'hui contribuer à une prise en charge de qualité des résidents.

Le travail que nous avons produit révèle que les attentes des aidants sont les mêmes qu'ils soient professionnels de santé ou non.

Une organisation sur mesure qui s'adapte aux résidents et aux familles, une prise en charge de qualité respectant les recommandations de bonne pratique et une amélioration de la communication.

Les aidants sont aujourd'hui des partenaires au service du soin qu'il convient d'exploiter judicieusement au risque qu'ils deviennent un obstacle à la prise en charge des résidents. De la transparence pour lever les doutes, aplanir les différences, et donner de la crédibilité aux structures qui, avec les réseaux sociaux, sont constamment jugées.

Les établissements doivent être plus attentifs aux préoccupations des familles et des aidants et s'engager dans une démarche constante d'amélioration. Attention tout de même aux aidants qui sont aussi des professionnels de santé qui ne doivent pas faire à la place de l'équipe.

La responsabilité du soin doit revenir à l'institution qui pourra répondre de ses actes et ne pas faire porter aux aidants des responsabilités qui lui incombent.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Broussy L. Rapport interministériel sur l'Adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : [https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/280055.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/280055.pdf)
2. Collège professionnel des Gériatres Français. Livre blanc de la gériatrie française. Paris; 2011. Disponible sur : <https://www.cnpgeriatrie.fr/wp-content/uploads/2019/04/Livre-blanc-de-la-gériatrie-modifié.pdf>
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019 : Highlights [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)
4. Pin-Le Corre. S, Benchiker. S, David. M, Deroche. C, Louassarn. S, Scodellaro. C. Perception sociale de la maladie d'Alzheimer : les multiples facettes de l'oubli. Gérontologie et Société. 2009 ; volume 32 ; n°128-129 : 75-88
5. Dr Florence BARTHELEMY. DIU Médecin Coordonnateur/Infirmier Référent Coordonnateur en EHPAD et SSIAD. UPC; Février 2023.
6. Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes [Internet]. 2011 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024532249>
7. Ordre National des Infirmiers – Infirmier coordonnateur en EHPAD [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/la-profession-infirmiere/les-metiers-infirmiers/infirmier-coordonnateur-en-ehpad.html>
8. Revue E. Quelques concepts autour du management [Internet]. 2014 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/quelques-concepts-autour-du-management>
9. ANESM. Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) [Internet]. 2018 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet\\_personnalise\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf)
10. Dr Serge REINGEWIRTZ. DIU Médecin Coordonnateur/Infirmier Référent Coordonnateur en EHPAD et SSIAD. UPC; Mars 2023.
11. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2020 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-a-ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement>

12. Étude Ocirp-Viavoice – Salariés aidants et dialogue social [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.ocirp.fr/espace-info/actualites/chiffres-observatoire-salaries-aidants-et-dialogue-social-2021-jna2021/>
13. DRESS – Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée : résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>
14. OCIRP, Les chiffres-clés sur les aidants en France, Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé de l'université Paris-Dauphine dans le cadre de l'étude Share. 2018, p. 11.
15. La situation des aidants en 2020 : enquête nationale Ipsos-Macif [Internet]. 2020 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : [https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif#:~:text=Près%20d%27un%20aidant%20sur,%27activité%20professionnelle%20\(10%20%25\)](https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif#:~:text=Près%20d%27un%20aidant%20sur,%27activité%20professionnelle%20(10%20%25))
16. Service-Public – Le congé de proche aidant [Internet]. 2023 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vos-droits/F16920#:~:text=Le%20congé%20de%20proche%20aidant%20remplace%20le%20congé%20de%20soutien,des%20liens%20étroits%20et%20stables>
17. Laplanche J, Pontalis JB, Lagache D. Vocabulaire de la psychanalyse. 5e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2007. (Quadrige).
18. Donoma Formation. Formation par le théâtre [Internet]. 2023 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.donomaformation.com/gerontologie>
19. Lau L. Covid-19 : manque d'humanité, mauvaise anticipation... Jean-François Delfraissy dresse le bilan du Conseil scientifique. La Dépêche. 30 juil 2022.
20. Castanet V. Les fossoyeurs. Paris: J'ai lu; 2022 [Document].
21. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. Eur J Public Health. 2019 Feb 1;29(1):58-67. doi: 10.1093/eurpub/cky093. PMID: 29878101; PMCID: PMC6359898.
22. Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation [Internet]. 2022 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00004566844>
23. La charte des droits et liberté de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance [Internet]. 2007 [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_2007\\_affiche-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_2007_affiche-2.pdf)
24. Burger-Helmchen T, et Raedersdorf S. 46. La roue de Deming, Pro en Management. 70 outils et 16 plans d'action métier. Vuibert; 2018, pp. 154-155.

# RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population en France met en lumière l'importance de la prise en charge des personnes âgées. L'entrée en institution représente un changement majeur dans la vie de la personne âgée, qui peut être très bien accepté ou parfois plus difficile à vivre. La famille est également touchée par ce changement qui perturbe l'harmonie familiale et les habitudes. Tant le patient que la famille doivent s'adapter à cette nouvelle situation, ce qui peut entraîner des tensions à chaque étape du processus.

La complexité de la prise en charge d'une personne âgée ayant une attitude de refus de soin, dans un établissement de santé souvent confronté à un manque de personnel et à un règlement intérieur parfois peu flexible, peut entraîner un manque d'efficacité voire une perte de chance pour le résident.

Dans notre situation de départ, les difficultés organisationnelles, telles qu'un temps de coordination limité à une journée par semaine et l'absence d'une infirmière coordinatrice pour encadrer les visites ont conduit la famille de la résidente à changer l'établissement de leur proche. Le proche-aidant de cette résidente exerçant dans le domaine de la santé, nous nous sommes alors interrogés sur l'influence de son métier sur les tensions relationnelles rencontrées avec l'équipe soignante de l'établissement.

Face à cette situation et nos expériences professionnelles vécues dans le cadre de nos formations d'IRCO et de MEDCO, notre réflexion s'est naturellement orientée sur la juste place des proches-aidants professionnels de santé dans la prise en charge des résidents en EHPAD.

L'objectif de ce travail collectif étant de voir si le métier de professionnel de santé des proches-aidants favorise ou au contraire dessert une qualité de soin optimale centrée sur la personne âgée institutionnalisée.

Afin d'argumenter notre travail, nous avons élaboré des questionnaires, déposés en version papier, mais aussi par mail via un Google Form, aux différents SSIAD et EHPAD. Nous avons analysé ensuite chaque réponse, en reprenant séparément le point de vue des MEDCO/IRCO et des proches-aidants des résidents (qu'ils soient professionnels de santé ou non).

Ce travail nous a permis de constater que les proches professionnels de santé n'ont pas un impact significatif sur la prise en charge des personnes âgées en institution. D'autre part, la plupart des professionnels, qu'ils soient de la santé ou non, trouvent l'accueil lors des admissions positif, et leur rôle en tant que professionnels de santé n'entrave pas les soins prodigués par le personnel soignant. Une communication efficace, un management adapté et un travail coordonné pluridisciplinaire IRCO, MEDCO, directeur(trice), soignants et proche-aidant offrent à la fois un bien-être psychique au résident ainsi qu'une bonne prise de décision éclairée et personnalisée en matière de soin.

# ABSTRACT

Population's aging in France highlights the importance of senior's caring. Nursing home's admission is a life changing experience for older people that can either be accepted or hard to deal with. Their family is also concerned by this important change and that can disturb their habits and their lives' harmony. Both the patient and their family must adjust to this new situation that can bring on anxiety on every level of this process.

Senior's caring complexity when the patient is refusing their situation and care, in a nursing home confronted with personnel shortage and with rules and regulations not much flexible, can cause a lack of effectiveness or even a loss of chance for the patient.

In our beginning situation, organisational difficulties such as organisation time reduced to one day a week and the lack of a coordinator nurse who can supervise family's visits, made the patient's family consider moving their relative to another nursing home. The patient's relative working in the health system, we pondered about their job's influence on tensions with the nursing staff.

Given this situation and our own professional experiences, within the scope of this course, we focused on the right part of relatives' caregivers, who are also health-care providers, regarding senior's caring in nursing homes.

Our goal with this teamwork was to find out if the fact that patient's relatives working in health can either help or on the opposite harm senior's caring quality, focused on them.

To gather arguments, we created a form that we shared in different formats to some nursing homes, whether it be a traditional paper form or a digitized one via a Google Form that we transferred by email. Then, we analysed every single response, studying coordinator nurses', coordinator doctors' and relatives' caregivers' (whether they work in the health system or not) points of view separately.

This work made us realise that the relatives' caregivers don't have a significative impact on senior's caring in nursing homes. On the other hand, most of them made a positive review regarding the entry of their relative in the nursing home and assured that, according to them, their role does not cross the care given by the nursing staff. An efficient communication, an appropriate management, and a coordinated multidisciplinary work between coordinator nurse, coordinator doctor, director, nursing staff and caregivers allow psychological well-being for the senior as well as an appropriated, enlightened, and individualised decision taking regarding health.

# ANNEXE 1 : exemplaires des questionnaires

## Questionnaire Mémoire DU IDEC/MedCO - UParisCité

Dans le cadre de notre mémoire validant le Diplôme Universitaire "Infirmier(e) et Médecin coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD", nous étudions **la juste place des proches-aidants exerçant dans le domaine de la santé** dans la prise en charge de leurs parents résidant en EHPAD.

En effet, la présence des proches-aidants, en particulier s'ils sont également professionnels de santé, est primordiale pour le bien-être des résidents en EHPAD. Mais une place juste et adaptée à leur expertise peut se révéler parfois complexe à définir.

Nous avons donc besoin de vos retours d'expérience ! Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire d'une durée estimée à **5 minutes**.

Vos réponses sont **anonymes** et les données recueillies seront **exclusivement** utilisées dans le cadre de ce travail universitaire.

## Questionnaire Proches-aidants

### 1. Quelle est votre situation ?

- Je suis professionnel de santé
- Je ne suis pas professionnel de santé

### 2. Avez-vous eu un sentiment de satisfaction lors de votre visite d'admission ?

- Oui, précisez :  
.....
- Non, précisez :  
.....

### 3. Avez-vous rencontré des problèmes d'organisation/de prise en charge au sein de l'établissement ?

- Oui
- Non

**4. Si oui, quelles ont été le(s) raison(s) de ces problèmes ?**

- Problème de communication
- Problème avec le règlement intérieur de l'établissement
- Organisation inadaptée de l'établissement
- Gestion inadaptée du personnel soignant
- Désaccord sur les soins
- Autre : .....

**5. Si oui, qui a été ou qui ont été votre(vos) interlocuteur(s) :**

- Les aides-soignant(e)s
- Les infirmier(e)s
- L'infirmier(e) coordinateur(trice) / Cadre de santé
- Le médecin coordinateur
- Le directeur d'EHPAD

**6. Pensez-vous que l'aide des soignants peut ..... l'aide familiale ?**

- Remplacer
- Compléter
- Empêcher

**7. Pensez-vous que l'aide que vous apportez à votre proche :**

- Perturbe votre entourage
- Perturbe la relation avec votre proche
- Fausse la relation avec votre proche
- Enrichit la relation avec votre proche
- Vous donne le sentiment d'être utile
- Ne change rien à votre relation

**8. Pensez-vous que votre métier de professionnel de santé joue un rôle dans la relation avec les autres familles de résidents ?**

- Oui
- Non

**9. Pensez-vous que votre métier de professionnel de santé vous aide dans la relation entre votre parent et la triade soignants/IDEC/MedCO ?**

- Oui

Non

**10. Si oui, dans quelle(s) situation(s) ?**

Texte libre :

.....  
.....  
.....

## Questionnaire Mémoire DU IDEC/MedCO - UParisCité

Dans le cadre de notre mémoire validant le Diplôme Universitaire "Infirmier(e) et Médecin coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD", nous étudions **la juste place des proches-aidants exerçant dans le domaine de la santé** dans la prise en charge de leurs parents résidant en EHPAD.

En effet, la présence des proches-aidants, en particulier s'ils sont également professionnels de santé, est primordiale pour le bien-être des résidents en EHPAD. Mais une place juste et adaptée à leur expertise peut se révéler parfois complexe à définir.

Nous avons donc besoin de vos retours d'expérience ! Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire d'une durée estimée à **5 minutes**.

Vos réponses sont **anonymes** et les données recueillies seront **exclusivement** utilisées dans le cadre de ce travail universitaire.

## Questionnaire IDEC/MedCO

**11. Quelle est votre situation ?**

- Médecin coordinateur
- Infirmier(e) coordinateur(trice) / Cadre de santé

**12. Avez-vous déjà rencontré des proche-aidants professionnels de santé ?**

- Oui
- Non

**13. Avez-vous rencontré des difficultés relationnelles avec ces proche-aidants ?**

- Oui
- Non

**14. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?**

- Problème de communication
- Pas de respect du règlement intérieur de l'établissement

- Organisation inadaptée de l'établissement
- Gestion inadaptée du personnel soignant
- Désaccord sur les soins
- Famille trop demandeuse
- Autre : .....

**15. Si non, qu'est-ce qui a contribué au développement de cette bonne relation ?**

- Les connaissances dans le domaine de la santé du proche-aidant
- La disponibilité du proche-aidant
- L'intégration spécifique du proche-aidant dans l'organisation des soins
- Bonne affinité sans lien avec le métier de soignant du proche-aidant

**16. Avez-vous ressenti un manque de confiance ou une méfiance de leur part à l'égard de l'équipe soignante ?**

- Oui
- Non

**17. Selon vous, leur profession a-t-elle joué un rôle dans ces tensions ?**

- Oui
- Non

**18. Comment faites-vous pour instaurer une relation de confiance entre les soignants et les proches-aidants professionnels de santé ?**

Texte libre :

.....

.....

.....

**19. Avez-vous modifié l'organisation des soins pour y intégrer ces proche-aidants ?**

- Oui
- Non

**20. Si oui, par quels moyens :**

Texte libre :

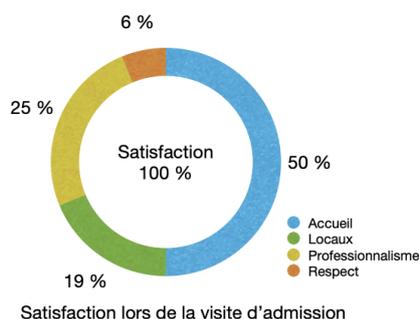
.....

.....  
.....

# ANNEXE 2 : données questionnaire proches-aidants

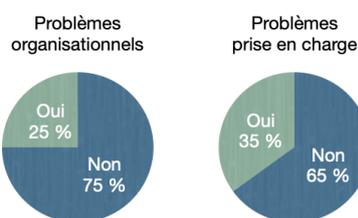
Question 1

Avez-vous été satisfait lors de la visite d'admission de votre proche ?	
Oui :	20
Accueil	8
Locaux	3
Professionnalisme	4
Respect	1
Non	0
Médecin froid	0
IDEC absente	0



Question 2

Avez-vous rencontré des problèmes organisationnels au sein de l'établissement ?	
Oui	5
Non	15

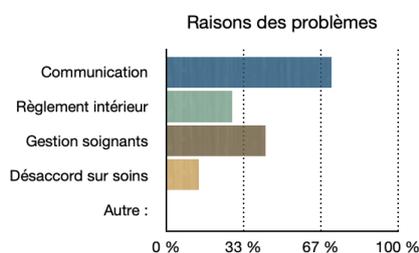


Question 3

Avez-vous rencontré des problèmes de prise en charge au sein de l'établissement ?	
Oui	7
Non	13

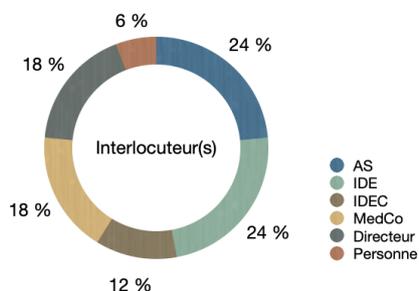
Question 4

	Si oui, quelles ont été le(s) raison(s) de ces problèmes ?	Pourcentage
Communication	5	71 %
Règlement intérieur	2	29 %
Gestion soignants	3	43 %
Désaccord sur soins	1	14 %
Autre :	0	0 %
<b>TOTAL OUI</b>	<b>7</b>	



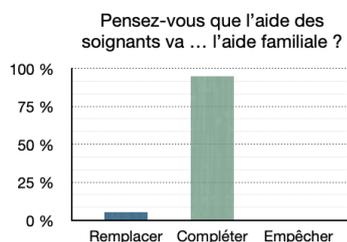
Question 5

Si oui, qui a été votre(vos) interlocuteur(s) : (plusieurs réponses possibles)	
AS	4
IDE	4
IDEC	2
MedCo	3
Directeur	3
Personne	1



Question 6

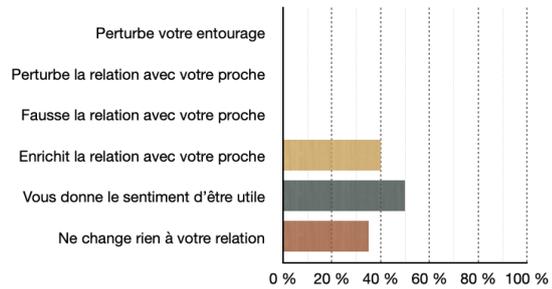
	Pensez-vous que l'aide des soignants va ... l'aide familiale ?	Pourcentage
Remplacer	1	5 %
Compléter	19	95 %
Empêcher	0	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	



Question 7

	Pensez-vous que l'aide que vous apportez à votre proche ...	Pourcentage
Perturbe votre entourage	0	0 %
Perturbe la relation avec votre proche	0	0 %
Fausse la relation avec votre proche	0	0 %
Enrichit la relation avec votre proche	8	40 %
Vous donne le sentiment d'être utile	10	50 %
Ne change rien à votre relation	7	35 %
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	

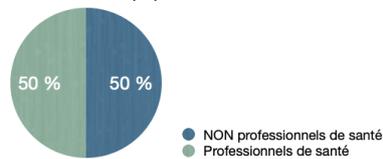
Pensez-vous que l'aide que vous apportez à votre proche ...



Question 8

	Professionnel de santé ?
Oui	10
Non	10

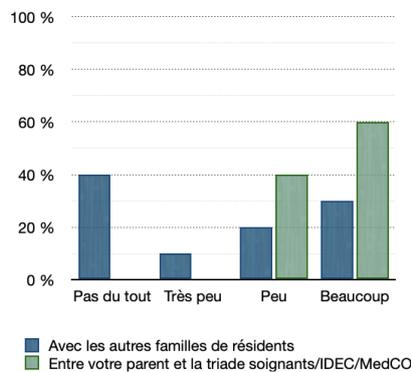
Situation de la population d'étude



Question 9

	Pensez-vous que votre métier de professionnel de santé joue un rôle dans la relation avec les autres familles de résidents ?	Pourcentage
Pas du tout	4	40 %
Très peu	1	10 %
Peu	2	20 %
Beaucoup	3	30 %
<b>TOTAL OUI</b>	<b>10</b>	

Votre métier de professionnel de santé joue un rôle dans la relation ...



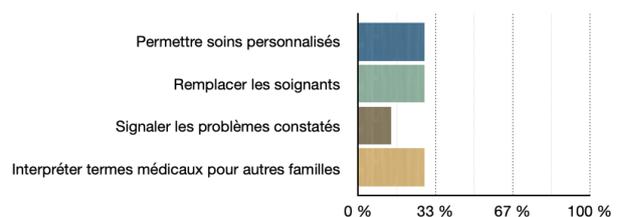
Question 10

	Pensez-vous que votre métier de professionnel de santé vous aide dans la relation entre votre parent et la triade soignants/IDEC/MedCO ?	Pourcentage
Pas du tout	0	0 %
Très peu	0	0 %
Peu	4	40 %
Beaucoup	6	60 %

Question 11

	Si oui, dans quelle(s) situation(s) ?	Pourcentage
Permettre soins personnalisés	2	29 %
Remplacer les soignants	2	29 %
Signaler les problèmes constatés	1	14 %
Interpréter termes médicaux pour autres familles	2	29 %
Pas de réponse	3	
<b>TOTAL (peu+bcp)</b>	<b>10</b>	

Situations dans lesquelles leur métier de professionnel de santé est bénéfique

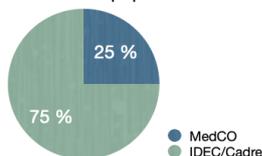


# ANNEXE 3 : données questionnaire MÉDCO/IDEC

Question 1

Quelle est votre situation ?	
MedCO	5
IDEC/Cadre	15

Situation de la population d'étude



Question 2

Avez-vous déjà rencontré des proches-aidants professionnels de santé ?	
Oui	16
Non	4

Avez-vous rencontré des difficultés avec ces proches-aidants ?

Avez-vous déjà rencontré des proches-aidants professionnels de santé ?



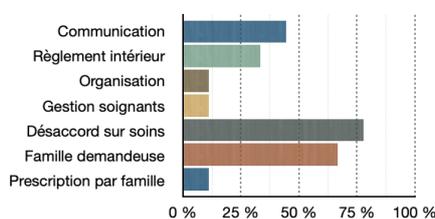
Question 3

Avez-vous rencontré des difficultés relationnelles avec ces proches-aidants ?	
Oui	9
Non	7

Question 4

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?	Nombre	Pourcentage
Communication	4	44 %
Règlement intérieur	3	33 %
Organisation	1	11 %
Gestion soignants	1	11 %
Désaccord sur soins	7	78 %
Famille demandeuse	6	67 %
Prescription par famille	1	11 %
<b>TOTAL OUI</b>	<b>9</b>	

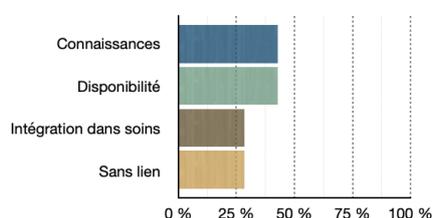
Raisons des problèmes



Question 5

Si non, qu'est-ce qui a contribué au développement de cette bonne relation ?	Nombre	Pourcentage
Connaissances	3	43 %
Disponibilité	3	43 %
Intégration dans soins	2	29 %
Sans lien	2	29 %
<b>TOTAL NON</b>	<b>7</b>	

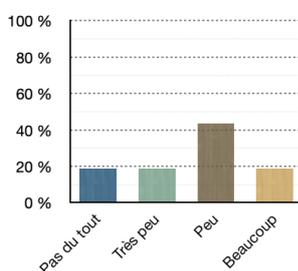
Raisons bonne relation



Question 6

Avez-vous ressenti un manque de confiance ou une méfiance de leur part à l'égard de l'équipe soignante ?	Nombre	Pourcentage
Pas du tout	3	19 %
Très peu	3	19 %
Peu	7	44 %
Beaucoup	3	19 %
<b>TOTAL OUI</b>	<b>16</b>	

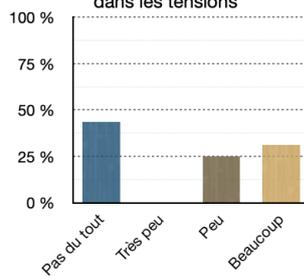
Manque de confiance / méfiance ressentis



Question 7

	Selon vous, leur profession a-t-elle joué un rôle dans ces tensions ?	Pourcentage
Pas du tout	7	44 %
Très peu	0	0 %
Peu	4	25 %
Beaucoup	5	31 %
<b>TOTAL OUI</b>	<b>16</b>	

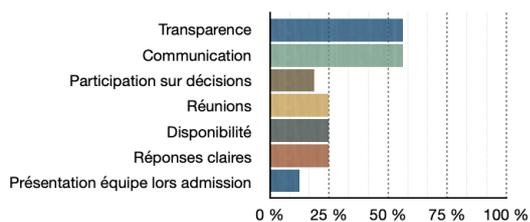
Rôle de la profession des proches-aidants dans les tensions



Question 8

	Comment faites-vous pour instaurer une relation de confiance ?	Pourcentage
Transparence	9	56 %
Communication	9	56 %
Participation sur décisions	3	19 %
Réunions	4	25 %
Disponibilité	4	25 %
Réponses claires	4	25 %
Présentation équipe lors admission	2	13 %
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	

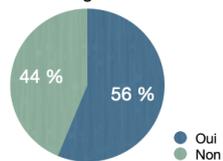
Moyens utilisés pour instaurer une relation de confiance



Question 9

	Avez-vous modifié l'organisation des soins pour y intégrer ces proches aidants ?
Oui	9
Non	7

Modification de l'organisation des soins



Question 10

	Si oui, par quel(s) moyen(s) ?	Pourcentage
Horaires des soins	4	67 %
Horaires des visites	1	17 %
Réunions des familles	3	50 %
Pas de réponse	3	33 %
<b>TOTAL OUI</b>	<b>9</b>	

Modification de l'organisation des soins

