



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

L'IRCO, CLÉ DE VOÛTE AU SEIN DE LA RELATION ENTRE L'ENTOURAGE FAMILIAL ET LES SOIGNANTS

EYRAUD Céline
LORIOT Noémie
PROSARPIO Marion
RIVIÈRE Laurianne

DU Infirmier(ère) référent(e) et coordonateur(trice) en EHPAD et en SSIAD

Directeur de mémoire : BERTHELIER Hugues

Année universitaire 2022-2023

Remerciements

Chers amis et collègues,

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre gratitude.

Nous souhaiterions tout d'abord adresser toute notre reconnaissance au directeur de ce mémoire, Monsieur Hugues BERTHELIER, pour son infinie patience, sa disponibilité, ses précieux conseils, ses encouragements constants, qui ont contribué à alimenter notre réflexion et nous ont aidé à mener à bien ce mémoire.

Un sincère remerciement aux familles, soignants, cadres de santé, infirmiers coordinateurs et médecins coordonnateurs qui nous ont consacré du temps lors de notre enquête exploratoire. Aux différents professeurs et intervenants de l'Université Paris-Descartes pour leurs savoirs et leur pédagogie.

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de cette réflexion.

Un énorme merci à nos familles, amis, maris, enfants, parents, fratries, belles familles qui ont dû nous supporter durant ces mois de labeur, nous apportant un soutien inestimable dans ce parcours universitaire.

Enfin, ce mémoire étant collectif, nous aimerions également remercier chacune des futures IRCo ayant travaillé sur ce mémoire :

*A nous,
Céline,
Laurianne,
Marion,
Noémie.*

A l'image des mousquetaires... pour cette entente qui s'est faite tout naturellement, pour le soutien lors des événements pénibles de la vie, pour l'entraide et le partage des compétences.

“La famille d’aujourd’hui n’est ni plus ni moins parfaite que celle de jadis: elle est autre, parce que les circonstances sont autres. Elle est plus complexe, parce que les milieux où elle vit sont plus complexes; voilà tout.”

Introduction à la sociologie de la famille (Durkheim, 1975)

Sommaire

Liste des abréviations	4
INTRODUCTION	5
I Problématique.....	6
A Situation d'appel	6
B Questionnement	7
C Question de départ	7
II Cadre conceptuel	9
A Le résident et sa famille	9
a) Définition des concepts	9
b) La famille, véritable support du bien-être psychique du résident.....	10
c) Quand la dépendance vient désorganiser le fonctionnement familial	11
B L'institutionnalisation, rencontre de deux mondes	12
a) Les conflits	12
b) Les soignants en institution	13
c) La relation de confiance	15
C L'IRCo dans l'institution	15
III L'enquête exploratoire	17
A Présentation de la méthode	17
a) Choix de la méthode et élaboration de l'outil	17
b) Lieu	17
c) Population	17
d) Modalité de mise en œuvre	17
e) Déroulement des entretiens	18
B Analyse des résultats	18
C Discussion.....	28
CONCLUSION	32
RÉSUMÉ - ABSTRACT	33
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES	36

Liste des abréviations

AMP: Aide Médico Psychologique

AS: Aide Soignant

ASG: Assistant de Soins en Gériatrie

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

ASH: Agent de Service Hospitalier

ARS : Agence Régionale de Santé

CDS : Cadre De Santé

CODIR : Comité de Direction

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FF : Faisant Fonction

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRCo : Infirmière Référente et Coordinatrice

MEDCO : Médecin Coordonnateur

PAI : Projet d'Accompagnement Individualisé

RDV : Rendez-vous

SNPI : Syndicat National des Professionnels Infirmiers

INTRODUCTION

A la lumière de nos diverses expériences professionnelles, il est rapidement apparu que la relation de soin est d'une nature singulière.. Ces dernières années, nous avons observé une évolution de la dynamique de soin, avec une place croissante accordée aux familles au sein des établissements.. En effet, le processus de vieillissement induit très souvent une perte d'autonomie imposant ses contraintes, ses souffrances et altérant le fonctionnement de la cellule familiale. Cette réalité exige que chaque membre fasse corps pour faire face aux défis imposés par la perte d'autonomie. Il apparaît donc évident qu'une fois le seuil franchi des portes de l'EHPAD, cette rencontre humaine entre l'institution et la famille du résident puisse susciter méfiance et désaccord, l'établissement représentant ce contre quoi, les proches luttent depuis plusieurs mois, années : le deuil de vie, de capacité. Un constat nous est donc très vite apparu : celui des relations parfois conflictuelles entre soignants et familles ayant des répercussions sur la prise en soins du résident. Une relation triangulaire naît entre soignants, familles et résidents et se doit d'être équilibrée pour fonctionner. Il est donc nécessaire de réfléchir en tant que soignant et d'autant plus en tant qu'infirmière coordinatrice, à la manière la plus adaptée d'accompagner les familles et de collaborer avec elles pour le bien-être du résident.

En tant que futures infirmières coordinatrices, nous avons toutes les quatre jugé pertinent d'explorer cette thématique. Cette démarche vise à nous doter des outils nécessaires pour perfectionner nos compétences professionnelles et réduire l'occurrence de conflits entre le personnel soignant et les familles. Nous considérons cette démarche comme essentielle pour favoriser une harmonie au sein de l'établissement, où chacun puisse trouver sa juste position.

Pour mieux comprendre notre sujet, nous avons choisi dans un premier temps de procéder à un travail de recherche ainsi qu'à l'écriture de notre cadre conceptuel pour en définir certaines notions comme la famille, le résident, la relation de confiance ou encore le conflit.

Dans un second temps nous avons réalisé une analyse de notre enquête exploratoire pour la confronter à notre cadre conceptuel dans le but d'en ressortir des axes d'amélioration pour notre futur rôle d'IRCo.

I) Problématique

A) Situation d'appel

M. S, un octogénaire résidant dans un EHPAD en Normandie, a été placé en institution en raison des difficultés rencontrées pour rester à domicile. M. S a 85 ans. La décision a été prise par son épouse de dix ans sa cadette, en concertation avec le médecin généraliste de la famille ainsi que de ses filles, dans un contexte d'épuisement physique et psychologique. Mme S était une aidante présente à domicile et très investie auprès de son mari, réduisant sa vie sociale au maximum pour consacrer le plus de temps possible à son époux. Avant l'apparition des troubles neurocognitifs de son mari, Mme S était très active dans la vie de sa petite commune dans laquelle se situe l'établissement. Elle était également présente auprès de ses filles et de ses petits-enfants. Elle avait un cercle amical développé. Suite à l'apparition d'une démence liée aux troubles bipolaires de son époux notifiés dans son dossier médical à son entrée dans l'établissement, elle s'est retrouvée dans l'obligation de restreindre sa vie sociale. Cette maladie n'était ni diagnostiquée, ni suivie par un neurogériatre. Son quotidien s'est progressivement réorganisé autour de l'aide par des soins et de la surveillance à apporter à son proche.

La décision de l'institutionnalisation s'est faite à contrecœur et sur les conseils également de l'entourage familial et amical qui voyait Mme S s'épuiser physiquement et psychologiquement. M. S est arrivé au sein de la structure en 2018. Le choix de cette résidence s'est fait sur avis du médecin généraliste qui connaissait bien la structure et y intervenait souvent. L'EHPAD avait également pour avantage d'accueillir des personnes que connaissaient bien M. et Mme S puisqu'ils les fréquentaient de temps à autre lorsque ceux-ci vivaient encore à domicile. Ainsi M. S pouvait plus facilement maintenir du lien social.

Les premiers jours de l'intégration se passent relativement bien. Mme S vient régulièrement rendre visite à son époux, trois à quatre fois par semaine. Le résident semble bien s'intégrer à son nouveau lieu de vie et les rapports avec les équipes de soins sont au beau fixe. Il se montre souriant et compliant aux soins et se crée un nouvel entourage amical auprès des résidents de la structure qu'il ne connaît pas encore. Mme S quant à elle, ne semble pas se faire aussi bien à l'institutionnalisation de son époux. Plusieurs soignantes rapportent son agressivité constante lors de ses visites durant les transmissions. Un matin, alors qu'une aide-soignante s'affaire aux soins d'hygiène du résident, Mme S entre dans la chambre, sans frapper, réprimande la soignante car son mari n'est pas habillé avec une chemise mais avec un polo alors qu'à domicile, M. S portait toujours des chemises. Une autre fois, le reproche concerne une tache qu'elle a observée sur le pantalon de son mari et ne comprend pas pourquoi il porte un vêtement sale. Les reproches sont faits régulièrement et sans aucun filtre. Les agressions verbales sont récurrentes et Mme S va jusqu'à menacer par deux fois, de déposer une réclamation auprès de l'ARS concernant la mauvaise qualité des soins octroyés à son époux sans jamais concrétiser ses dires. A ce moment de son intégration, la structure ne bénéficiait pas encore d'infirmière coordinatrice, la précédente venant de quitter son poste, ni de médecin coordonnateur, le poste restant vacant. Les soignants se retrouvaient donc souvent isolés face aux plaintes persistantes de Mme S et à son intrusion répétée pendant les soins, ne sachant pas

comment y faire face et réagir. Les relations se sont donc dégradées au fil du temps, la psychologue étant absente pour congé maternité et Mme C, la Directrice de l'établissement, ne trouvant pas de solutions satisfaisantes, trop accaparées par des problématiques de recrutement et d'entrées laissant les soignants dans une impasse relationnelle. De plus, les soignants n'entretiennent pas de bonnes relations professionnelles avec celle-ci, Mme C n'étant pas vraiment à l'écoute de son personnel. Mme S s'est à plusieurs reprises entretenue avec la gestionnaire de l'établissement, qui réussissait à lui faire entendre raison par moments mais sans que jamais cela ne dure dans le temps. La prise en soins du résident s'en trouvait alors impactée, M. S se montrant moins conciliant pendant les soins, et se repliant un peu plus sur lui-même les mois passants. Les soignantes ne désirent plus s'occuper de M. S craignant les reproches de son épouse. Elles l'obligent par moments à effectuer sa toilette, plutôt que de différer le soin par peur des réflexions lors d'une visite matinale inopinée de son épouse, l'habillent de telle ou telle manière sur demande de Mme S sans tenir compte de l'avis de M. S.

B) Question de départ

Suite à cette situation, nous nous sommes questionnées sur plusieurs thèmes :

- ❖ La nécessité d'avoir des coordinateurs en matière de santé dans une équipe de soins (Comment l'absence d'IRCo a-t-elle affecté la gestion des plaintes de cette famille ? Est-ce que la présence d'une IRCo au sein de l'EHPAD aurait changé les choses ? Quelle plus-value apporte cette fonction dans une équipe soignante ?)
- ❖ La dynamique entre les familles, les soignants et l'IRCo (Comment permettre à l'aidant de trouver sa place après l'institutionnalisation d'un proche ? Est-il possible d'inclure l'aidant dans les soins ? Existe-t-il des limites à cette intégration ?)
- ❖ La gestion des conflits (Comment réagir face aux demandes, attentes et agressivité des familles ? Quel est l'impact sur la prise en soins du résident ?)

Après réflexion approfondie, nous avons pu établir une question de départ :

Dans quelle mesure l'Infirmière Coordinatrice en EHPAD joue-t-elle un rôle central dans l'instauration d'une relation de confiance entre les familles et les soignants pour le bien-être du résident ?

C) Hypothèses

En faisant connaissance, nous nous sommes rendu compte que nous partagions les mêmes valeurs en notre qualité d'infirmière : l'aide, le respect et l'accompagnement des patients et de leur entourage... Notre groupe de recherche se compose uniquement d'un seul corps de métier, celui d'infirmière. N'ayant pas pu avoir la vision d'un médecin coordinateur au sein du groupe, nous l'avons eue au travers des intervenants au Diplôme Universitaire, dans nos recherches mais aussi sur le terrain (via notre poste de travail actuel ou pendant l'enquête).

Nous sommes quatre étudiantes dont :

- Une exerçant sur un poste de faisant fonction d'IRCo à temps plein en EHPAD et travaillant en collaboration avec un MEDCO.
- Une sur un double poste. Infirmière à mi-temps dans les soins et à mi-temps sur un poste d'Infirmière Référente, dans deux établissements différents avec une direction commune.
- Une ayant été sur un poste de FF IRCo.
- Une infirmière travaillant en EHPAD.

Grâce à nos parcours professionnels variés, nous avons transformé nos différences en une source de richesse, nous permettant d'explorer nos pratiques et notre façon d'aborder les choses, à travers un partage extrêmement enrichissant. De plus, nous partageons une vision commune du rôle de l'IRCo. Cette question de recherche nous a donc réunies de manière naturelle et évidente.

Après plusieurs réunions, nous avons pu établir plusieurs hypothèses de recherche :

- ❖ l'IRCo occupe une place primordiale dans la prise en charge des résidents, dans la promotion de la qualité, afin de bâtir une relation de confiance entre les familles et les soignants.
- ❖ Les conflits révèlent un manque de confiance entre les familles et les soignants.
- ❖ La visite de pré-admission est indispensable à une bonne prise en charge des résidents, et la mise en place d'une bonne relation de confiance.
- ❖ L'IRCo est le contact privilégié de tous en cas de conflit, problème ou questionnement.

Fortes de ces hypothèses, nous avons sélectionné les concepts qui, selon nous, étaient les plus pertinents. Ceci, afin de répondre à nos hypothèses et à notre question de départ : celui de la famille, de la relation d'aide au travers de l'institutionnalisation, et la relation de confiance.

II) Cadre conceptuel

A) Le résident et sa famille

a) Définition des concepts

Le résident

Un résident en EHPAD est “une personne âgée de plus de 60 ans (moins en cas de dérogation) pris en charge par un établissement adapté, médicalisé afin de recevoir l’aide et les soins dont il a besoin en fonction de sa perte d’autonomie”.¹

La famille

Selon l’INSEE², la famille se définit “comme la partie d’un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée :

- soit d’un couple vivant au sein du ménage, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage ;
- soit d’un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale).”

La sociologie de la famille nous permet de mieux comprendre les rôles de chacun, leurs interactions et d’en saisir la dynamique interne. Aussi, dans une société en perpétuelle mouvance, cette discipline des sciences humaines s’avère complexe et souvent remise en question au gré des différents courants de pensée.

Selon Emile DURKHEIM³ Sociologue, la famille constitue une unité élémentaire fondamentale de la vie en société dans le sens où elle permet une large part de la reproduction sociale.

Comme toute société, la famille s’illustre alors comme étant un système organisé, à l’équilibre délicat où chaque membre doit être à sa place pour son bon fonctionnement, pour le bien-être des membres qui la constituent. Cet équilibre peut également être mis à mal par certaines étapes de la vie telles qu’une naissance, le processus de vieillissement, un décès.

Par ailleurs, les principaux rôles familiaux, lorsqu’ils sont perturbés, fragilisent la sphère familiale. Par expérience, chacun d’entre nous s’est déjà vu être confronté à une problématique familiale au cours de notre existence. Cette dernière pouvant toucher indépendamment, de manière simultanée ou non, chacun des quatre rôles (le rôle conjugal, le rôle maternel et paternel, le rôle fraternel et le rôle filial). Nous pouvons même observer que lorsque le problème n’est pas contrôlé, n’est pas circonscrit à une zone bien définie (problème de couple, problème de fratrie, ou encore un problème dans le rôle filial), il pourra alors passer de la sphère parentale aux enfants, voire au contraire avoir un effet boule de neige.

¹ <https://www.logement-seniors.com/articles-ls/etre-resident-en-ehpad.html>

² [https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1465#:~:text=Une%20famille%20est%20la%20partie,m%C3%AAme%20m%C3%A9nage%20\(famille%20monoparentale\)](https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1465#:~:text=Une%20famille%20est%20la%20partie,m%C3%AAme%20m%C3%A9nage%20(famille%20monoparentale))

³ Emile DURKHEIM : Introduction de la sociologie de la famille - 1888

Chaque rôle est ainsi interdépendant.⁴

Pourtant, ce noyau familial composé de membres ayant des rapports sains et équilibrés à l'origine peut être considéré comme un environnement protecteur où l'individu peut trouver un sentiment de sécurité et de soutien.

Nous pouvons observer par ailleurs que les valeurs rattachées à la famille diffèrent d'une personne à l'autre, selon le pays de résidence, l'ethnie, la religion. Une étude menée sur les valeurs familiales des Européens parue dans la revue d'informations sociales en 2005⁵ y montre ces différentes valeurs selon trois axes : mariage, parentalité et éducation des enfants. Ces dernières sont également influencées par l'héritage des croyances des parents. Aussi, il est intéressant d'y lire que la majorité des pays de l'Europe prônent des valeurs où les parents doivent veiller au bien-être de leurs enfants, ces derniers leur doivent respect et amour. Alors qu'une minorité en Suède, aux Pays-bas, ou en Lituanie, estime les devoirs et rôle des enfants primordiaux et le rôle des parents amoindri.

Au début de ce mémoire, nous nous sommes attardées sur ces valeurs afin de mieux cerner le rôle de chaque membre de la famille. Ce qui nous permettra par la suite de mieux comprendre les relations inversées lors d'une institutionnalisation de la personne âgée menant au conflit.

Au cours de notre pratique infirmière, nous nous accordons à dire que chaque famille rencontrée était différente l'une de l'autre tant par sa composition que les liens entretenus en son sein.

Ainsi, en EHPAD, nous pouvons observer plusieurs schémas familiaux. La famille composée des enfants, des petits enfants de la personne âgée, de la fratrie du résident, des cousins, et même des amis qui sont devenus au fil des années membres de la famille, voire personne ressource de la personne âgée.

Selon une étude intitulée : « Une perspective historique de la famille et des liens de parenté dans le développement ⁶ » parue en 2005, nous apprenons par exemple que la famille italienne ou espagnole est « relativement petite et cohésive » celle des pays scandinaves sont « de taille comparable mais s'organisent de façon plus indépendante ». Alors que les familles d'Asie, d'Afrique ou d'Amérique latine comptent en leur sein beaucoup plus de membres. Le cercle familial de ces dernières se trouve ainsi élargi par les parentés telles que les grands-parents, les oncles et les tantes. Le regard de la famille prend alors une importance considérable.

b) La famille, véritable support du bien-être psychique du résident

Le cursus infirmier débute généralement par des apports théoriques sur la définition de l'individu ainsi que sur ses besoins. Qu'avons-nous appris ? L'être humain a des besoins fondamentaux hiérarchisés en cinq catégories selon la pyramide de MASLOW : les besoins physiologiques, le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime et le besoin de réalisation.

⁴ La perspective configurationnelle sur les familles : concepts centraux et illustrations empiriques Éric D. Widmer

⁵ Les valeurs familiales des Européens, Jean-François Tchernia

⁶ Revue Afrique contemporaine 2008/2 (N°226), pages 61 – Une perspective historique

La particularité de cette théorie est que l'individu passe obligatoirement par la satisfaction (totale ou en partie) d'une catégorie avant d'atteindre la prochaine. Abraham MASLOW⁷ démontre par cette pyramide que les besoins primaires sont d'ordre physiologiques.

En parallèle avec ce premier concept qu'est la famille, nous pouvons établir la corrélation entre elle et la satisfaction des cinq besoins fondamentaux :

- La famille est un lieu où ce premier besoin est satisfait : manger, boire, dormir, se reproduire, se vêtir.
- Elle est l'endroit privilégié où l'individu se sent en sécurité, chez lui. Un endroit où lorsqu'il rentre, il peut être lui-même, en confiance, y trouvant ainsi une certaine stabilité.
- La famille est le berceau de ce besoin d'appartenance, en effet, comme vu en amont, la famille a cette fonction de socialisation.
- C'est aussi à travers elle, que l'estime de soi et l'accomplissement du besoin de réalisation se construisent durant l'enfance, par son influence, sa dynamique.
- La famille joue également un rôle dans l'accomplissement du besoin de réalisation.

Aussi, il est aisé de comprendre après cette analyse, que lorsque le résident est retiré (pour diverses raisons : épuisement familial, souhait de la personne elle-même...) de son cercle familial, il devient un être fragile où la plupart de ses besoins fondamentaux sont mis à mal.

c) Quand la dépendance vient désorganiser le fonctionnement familial

La plupart du temps, lors de l'apparition des premiers signes de dépendance, nous avons pu observer lors de nos années de pratique en structure, que le rôle d'aidant principal revient généralement à l'un des enfants de la fratrie ou alors au conjoint lorsqu'il est encore en capacité physique et cognitive de remplir cette fonction. Ces aidants naturels sont en majorité des femmes (59 %), les époux ou épouses (72 %), et vivent au domicile du malade dans 74 % des cas.⁸ Des ressources humaines (aides-soignants, infirmiers, auxiliaires de vie, psychomotriciens, ergothérapeutes...) seront mises en place en complément de l'investissement de l'aidant naturel. Dans d'autres cas, l'aide de professionnels au domicile sera refusée par l'aidant : *« Les professionnels ou les autres membres de la famille se sentent mis en échec quand l'aidant principal, malgré un état d'épuisement avéré, trouve toujours le moyen de rendre impossible les propositions d'aide et de relais auprès de la personne malade qui lui sont faites. Les difficultés du conjoint, notamment à se faire aider, à faire appel aux services disponibles, à passer le relais à des professionnels sont liées à des raisons diverses et complexes : difficulté à réinvestir pour soi-même quand progressivement son quotidien s'est organisé autour de l'aide et des soins à apporter à son proche. Le conjoint aidant est fréquemment pris dans une relation d'interdépendance qui peut entraîner autant de contraintes que de satisfactions. Ce conjoint accompagnant son épouse depuis plusieurs années l'exprimait ainsi : « je suis aujourd'hui totalement indispensable à ma femme et de ce fait elle m'est devenue*

⁷ Annexe 1 la pyramide de MASLOW

⁸ Thomas P. Entrée en institution des déments. L'étude Pixel. Gérontologie et Société 2005 ; 112 : 141-56

absolument nécessaire ». Répondre à ses propres besoins et réinvestir en dehors de la relation d'aide n'est pas une chose aisée et qu'il faudra réapprendre à faire.".⁹

La relation entre l'aidant naturel et la personne aidée est perçue comme étant exclusive, étant donné qu'elle se limite généralement au domicile. Nos différentes lectures et la situation d'appel mettent également en avant que de cette exclusivité naît un processus d'isolement, phénomène récurrent. Dans le cas plus particulier de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, il s'exprime par le temps de présence qui se compte bien souvent en années. Ceci s'explique par l'évolution souvent lente de la maladie, l'apparition des troubles de la mémoire, et le comportement fluctuant dans le temps de la personne malade et qui ne sont pas nécessairement perçus par l'environnement extérieur, amenant le proche à s'isoler socialement. Il met à rude épreuve la santé psychique et physique de l'aidant principal qui investit son temps et son énergie dans l'accompagnement de son proche.

Les mécanismes de fonctionnement changent une fois que la pathologie apparaît, ce qui crée une asymétrie croissante entre la personne aidante et celle qui est aidée au fil du temps.

Lorsque l'enfant est l'aidant principal, l'inversion des rôles parent-enfant vient impacter la structure identitaire de ce dernier. En effet, un glissement de rôle s'opère : Le proche aidé ne reconnaît plus son parent comme une figure d'identification/d'autorité, et bien souvent surinvestit la relation en adoptant la place de parent pour son propre parent renversant ainsi la logique de fonctionnement de la cellule familiale. Lorsqu'il s'agit du conjoint, il n'aura plus l'impression d'être l'égal de l'autre mais s'inscrira plutôt dans une relation de "parentalité". Ces deux cas de figure témoignent bel et bien d'une perte d'identité.

Ces aidants se retrouvent dans une situation abandonnique, le parent ou l'époux n'étant plus en capacité de témoigner de sa position. Ils surinvestissent alors la relation dans l'espoir inconscient de retrouver la personne qu'ils ont toujours connue. La complexité de la relation dans laquelle se trouve l'aidant familial va venir se conjuguer avec un état d'épuisement qui amènera inexorablement à la décision d'institutionnaliser le proche, non sans une impression d'échec et de culpabilité.

B) L'institutionnalisation, rencontre de deux mondes

a) Les conflits

Thierry Darnaud, psychomotricien et thérapeute familial, décrit l'institutionnalisation dans son ouvrage *"L'entrée en maison de retraite"* en ces termes : *"l'entrée en maison de retraite est rarement le fait d'une décision de la personne âgée. Au moment de l'admission, la famille est démunie. Elle a perdu tous ses repères, n'osant ou n'arrivant pas à dire la vérité ; ses membres ne peuvent dénoncer ni leur souffrance, ni leur culpabilité. Le temps du placement devient alors un temps mort, un temps pendant lequel la famille est dépossédée de son aîné."*¹⁰L'entrée en institution

⁹ Aider les proches - Judith Mollard - Dans *Gérontologie et société* 2009/1-2 (vol. 32 / n° 128-129), pages 257 à 272

¹⁰ Darnaud T. (1999). *L'entrée en Maison de Retraite*. Paris. ESF Editeur. 191 p.

est donc caractérisée par un sentiment de dépossession, un traumatisme. Avant l'institutionnalisation, il y avait le domicile, un "chez soi", lieu rempli d'histoire et investi, marqué par l'intime pour la personne âgée et pour son entourage.

La relation n'est désormais plus exclusive, "le proche aidant et son parent" mais triangulaire, "la personne âgée / son aidant / l'institution". Accepter de passer le relais renvoie les proches aidants, inexorablement, à leur propre échec de ne pas être parvenu à assumer ce rôle jusqu'au bout. C'est accepter que l'institution vienne se substituer à leur accompagnement : *"En passant le relais à des professionnels, l'aidant prend alors le risque de faire disparaître définitivement le lien qui l'attachait encore à son proche, même si ce lien n'existait plus que dans la souffrance. Il n'est pas rare d'entendre la douleur de ces conjoints ou enfants qui évoquent le sourire offert à l'aide-soignante et auquel ils n'ont plus droit, l'attachement de leur parent ou conjoint à l'une des résidentes du service, la légèreté avec laquelle la personne malade désigne la structure accueillante comme son chez elle."*¹¹ Les EHPAD peuvent revêtir un statut concurrentiel en même temps que faire l'objet de craintes et de méfiance. Il est alors essentiel que les professionnels de soins soient conscients de la présence de tous ces enjeux dès l'entrée du résident pour favoriser un travail collaboratif.

D'après le Robert¹², un conflit est : *"la rencontre d'éléments, de sentiments contraires, qui s'opposent."* Le conflit qui peut avoir lieu entre l'institution et la famille est d'autant plus surprenant et évitable puisque les deux parties veulent la même chose : Le bien-être de la personne accueillie. Cependant, "dans tout conflit, la confiance apparaît d'abord comme un opérateur de résolution durable."¹³ Ainsi, on comprend que la confiance n'empêche pas le conflit, mais elle en permet sa résolution.

b) Les soignants en institution

De nombreuses personnes gravitent autour des personnes institutionnalisées en EHPAD. Selon la DREES¹⁴, les métiers soignants en EHPAD sont : L'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), l'Aide-Soignant (AS), les Aides Médico-Psychologiques (AMP), l'Agent de Service Hospitalier (ASH), l'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS).

On peut également trouver en EHPAD d'autres soignants¹⁵ : L'assistant de Soins en Gérontologie (ASG), le psychologue, le psychomotricien, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute. Tous ces professionnels interviennent auprès des résidents en fonction de leurs besoins quotidiens et ils sont essentiels à leur prise en soins globale et à leur bien-être.

Le métier de soignant, quelle que soit sa formation ou son lieu d'exercice, est le plus souvent un choix et une vocation. Il est guidé par des valeurs personnelles fortes d'aide à la personne. Malheureusement, cette vocation est mise à mal à cause du manque de moyens humains, matériels et financiers du système de santé. D'après le

¹¹ Aider les proches - Judith Mollard - Dans Gérontologie et société 2009/1-2 (vol. 32 / n° 128-129), pages 257 à 272

¹² <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/conflit>

¹³ <https://calenda.org/198126?lang=pt>

¹⁴ Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés - DREES - Septembre 2016 n°5

¹⁵ <https://senior-tech.fr/metiers-de-soignants-ehpad-diplomes/>

Larousse¹⁶, la charge a pour définition « Ce qui pèse sur quelqu'un, un groupe, qui entraîne des responsabilités (morales, financières, etc.) ». Il définit la charge mentale comme un « poids psychologique que fait peser [...] la gestion des tâches domestiques et éducatives, engendrant une fatigue physique et, surtout, psychique. »

Il est donc établi que la charge mentale est néfaste. La charge mentale professionnelle additionnée à la charge mentale personnelle peut entraîner un burn-out des soignants.

Dans le cadre de nos recherches, nous avons constaté qu'il existait beaucoup de documentation sur la difficulté du métier de soignant comme la charge mentale, le manque de moyen des structures qui influent sur un sentiment négatif de la profession en EHPAD. Cependant et fort heureusement, il nous a semblé nécessaire de rappeler que ce n'est pas le seul sentiment.

“Il semble que l'attachement des professionnels est d'abord dirigé vers la signification et la place qu'occupe leur métier dans la collectivité : il s'agit de prendre soin, d'apporter du bien-être, de soulager des personnes fragiles.¹⁷” De plus, “Les professionnels restent toutefois le plus souvent fortement engagés dans leur travail, tant professionnellement que personnellement. Des mécanismes de solidarité sont notamment mis en œuvre pour pallier certaines difficultés, mais restent fragiles.¹⁸”

Il est demandé beaucoup de choses aux soignants aujourd'hui. Que ce soit de la part de la hiérarchie, des soignants, des familles, des collègues, des étudiants : les soignants ont de nombreuses contraintes.

Les contraintes qui s'opposent, entrent aussi en conflit avec les “propres valeurs professionnelles et personnelles [des soignants], notamment celles qui les ont conduits à exercer ce métier en institution¹⁹”. Les exigences réelles du travail en institution ne permettent pas toujours aux soignants d'être en accord avec leurs valeurs et principes. Ainsi, cela leur donne un sentiment d'échec, d'impuissance et de culpabilité. Pour donner du sens à leurs métiers, il est nécessaire que ceux-ci se sentent valorisés, reconnus dans leurs missions. Pour autant, il est parfois difficile d'obtenir cette reconnaissance lorsque le professionnel aidant prend en soins une personne âgée grabataire n'étant plus en capacité de lui renvoyer en miroir une image valorisante. Lorsque les familles se montrent critiques vis-à-vis de leur travail, une charge émotionnelle se surajoute venant renforcer un possible sentiment de souffrance et de solitude.

c) La relation de confiance

“Lorsque l'on évoque la relation soignante (ce qui lie un soigné et un soignant), c'est la confiance qui est constamment prônée et considérée comme indispensable à la qualité et à la sécurité des soins.²⁰” Si la relation de confiance, entre soignant et

¹⁶ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/charge/14743#11072849>

¹⁷ Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés - DREES - Septembre 2016 n°5 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>

¹⁸ Ibid

¹⁹ Ibid

²⁰ La relation de soins, une relation de confiance qui se nourrit du soupçon - Marie-Olivia Chandesris Louis Mühlethaler - 20 décembre 2022

soigné n'est pas mise en place, "l'adhésion aux soins peut être difficile, sinon impossible."²¹

D'après le site infirmier.com, "La relation de confiance est une dynamique créatrice de lien, de sens, pour anticiper, gérer, éviter une situation de crise, de confusion émotionnelle."²²

Achille Weinberg²³ explique que si la confiance est mise en place, elle permet d'instaurer trois principes fondamentaux à la bonne prise en charge des résidents : la sérénité, la sécurité et la simplicité.

Comme l'explique Gustave Nicolas Fischer, professeur de psychologie sociale à l'université de Metz, dans son article le concept de relation en psychologie sociale, "*les relations sociales et interpersonnelles se manifestent à la fois dans des comportements et dans des mécanismes cognitifs tels que les préjugés et les stéréotypes qui sont des formes de connaissances que nous produisons au cours de nos échanges.*"²⁴ Malheureusement, la représentation défavorable véhiculée par les médias vient complexifier la naissance d'une relation de confiance entre l'institution et les proches aidants.

C) L'IRCo dans l'institution

L'IRCo nous est donc apparue après ces réflexions comme une ressource au sein de l'équipe qui pourrait générer une alliance positive entre les soignants et les familles pour favoriser la bonne intégration du résident en EHPAD.

Le SNPI²⁵ précise que l'Infirmière Coordinatrice est le "*pivot qui fait le lien avec et entre tous ceux qui inter-vien-nent dans la prise en charge des résidents*". De plus, elle "*assure la coordination de la prise en soins des résidents. Sous la hiérarchie de la direction d'établissement et en collaboration avec le médecin coordonnateur, elle est la garante de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins de la résidence et veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques*"²⁶. Son temps de présence sur les structures fait de l'Infirmière Coordinatrice, un interlocuteur privilégié pour les proches des résidents et les équipes soignantes.

Ses missions principales sont :

- L'accompagnement des résidents (entretien de pré-admission, coordination de la continuité des soins, prévention des risques liés au profil gériatrique...)
- L'accompagnement des familles
- La gestion de la qualité (mise en place des protocoles, gestion des risques, formation du personnel...)

²¹ LA RELATION DE CONFIANCE, ÉLÉMENT ESSENTIEL DU SOIN - Nathalie Szapiro-Manoukian - L'infirmière n° 006 du 01/03/2021

²² <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/la-relation-soignant-soigne-la-confiance>

²³ WEINBERG Achille, « Qu'est-ce que la confiance ? », Sciences Humaines, 2015/6 (N° 271), p. 22-22.

²⁴ <https://lapetitecordee.files.wordpress.com/2019/01/relation-definition.pdf>

²⁵ <http://www.syndicat-infirmier.com/IDEC-infirmiere-coordinatrice-ou-referente-en-EHPAD.html>

²⁶ <https://www.domusvi.com/maisons-de-retraite/metiers/infirmier-coordonateur-idec>

- Management d'équipe et gestion des ressources humaines (recrutement, évaluations professionnelles...)
- La gestion logistique
- La participation aux différents réseaux locaux

III) L'enquête exploratoire

A) Enquête de terrain

a) Choix de la méthode et élaboration de l'outil

Le but était tout d'abord de savoir si la fonction d'IRCo est bien connue des familles et des membres de l'équipe soignante. Puis, si elle est la première "personne référence" pour les familles et les soignants et enfin quel est son rôle dans la relation de confiance entre les familles, les résidents et l'établissement.

Lors de la création de notre questionnaire, nous avons établi quatre chapitres : "la dynamique relationnelle", "A la recherche d'une relation de confiance", "Vers une culture de la qualité" et enfin "L'IRCo et vous". Cette étape nous a permis de suivre notre fil conducteur, amenant également un confort pour le répondant et nous assurant de son intérêt à poursuivre le remplissage du questionnaire. Grâce à cela, dans un deuxième temps nous avons pu répondre à notre problématique suivant ce plan.

La méthode choisie a été l'élaboration d'un questionnaire en ligne via la plateforme "Framaforms". Il nous permet d'avoir une "étude quantitative, objective et centrée sur des chiffres²⁷". Ainsi, les données peuvent être analysées plus rapidement et "en termes de fréquence, régularité et pourcentage".

Notre enquête se portant à la fois sur les familles et les professionnels de santé, nous avons établi qu'il était préférable et plus clair pour le public interrogé de réaliser deux questionnaires distincts : l'un destiné aux personnels de l'établissement, l'autre destiné aux familles des résidents.

b) Lieu

Notre recherche se portant sur la fonction d'IRCo en EHPAD, nous avons proposé nos questionnaires aux EHPAD de type privé mais aussi public rattaché à un hôpital. Nous avons diffusé notre questionnaire dans six EHPAD dont quatre en Métropole et deux sur l'île de la Réunion.

c) Population

Sur ces six EHPAD, nous avons eu 47 retours de notre questionnaire. Il s'agit de 20 membres du personnel soignant (5 IDE, 12 AS et 3 ASH FF AS, il a été proposé également aux métiers d'AMP mais aucune réponse n'a été relevée), 6 membres de l'encadrement (2 CDS et 4 IRCo) 3 MEDCO, et 18 familles/entourage.

d) Modalités de mise en œuvre

Nous nous sommes rendues dans des EHPAD et nous avons demandé aux directeurs d'établissements, et/ou IRCo s'il était possible de diffuser nos questionnaires auprès des familles et du personnel de l'établissement. Après avoir reçu leurs accords, nous avons pu commencer la diffusion de notre questionnaire par courriel.

²⁷ <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-ou-questionnaire/>

e) Mise en place du questionnaire

Les questionnaires ont été diffusés sur une période de trois semaines et trois jours sur la période du 07/07/2023 au 31/07/23. Nous avons pensé qu'un délai de deux semaines aurait été trop court et une période d'un mois aurait été trop longue et pas plus productive. Les participants ont répondu à un questionnaire en ligne sans être influencés ou aidés par l'une d'entre nous. Ayant également diffusé notre questionnaire sur nos propres lieux de travail, la première semaine a été de les informer du travail de recherche et de les sensibiliser à la participation aux recherches universitaires.

B) Analyse des résultats

Dans un premier temps, nous avons analysé les questions une par une. La plateforme Framiform nous a permis d'extraire les données sous format EXCEL. Nous avons pu par la suite analyser les réponses de chaque répondant selon leur corps de métier ou s'il était "famille de résident". Afin d'optimiser l'analyse des résultats, nous nous sommes partagés les quatre thèmes du questionnaire.

Sur 6 établissements sollicités (Métropole et île de la Réunion) pour l'enquête, cinq ont une IRCO en poste. 47 participants, toutes catégories confondues. 38,3 % des répondants qui ont participé au questionnaire sont des familles et 61,7 % sont des professionnels travaillant en EHPAD.

"Depuis combien de temps votre proche a-t-il été admis en EHPAD ?"

- 58,3 % des familles répondantes ont indiqué avoir leurs proches institutionnalisés depuis au moins 5 années.
- 41,7 % ont répondu depuis moins d'un an.

"Dans quelle mesure pensez-vous que la communication entre les familles et les soignants de l'EHPAD est satisfaisante ?"

Sur dix-huit familles sollicitées, douze ont répondu à cette question :

- 4 répondent être très satisfaites
- 5 sont satisfaites
- 2 insatisfaites
- 1 neutre

"Rappelez-vous de l'admission de votre proche dans l'institution. Diriez-vous que vous étiez dans un climat de confiance avec les professionnels de santé ?"

Sur dix-huit sollicitées, douze familles se sont positionnées :

Le jour de l'admission :

- 8 personnes disent avoir été plutôt confiantes
- 2 personnes confiantes
- 1 personne plutôt méfiante
- 1 personne méfiante

La première semaine de l'admission :

- 5 plutôt confiantes
- 6 confiantes
- 1 méfiante

- Le premier mois de l'admission :**
- 6 plutôt confiantes
 - 3 confiantes
 - 1 plutôt méfiante
 - 2 méfiantes

“Avez-vous bénéficié, vous et votre proche, d'une visite de pré-admission avec l'IRCO et/ou le Médecin coordonnateur ?”

Huit familles sur douze disent en avoir bénéficié.

“Quel en a été l'objectif ?”

- 7 votes pour la présentation de l'établissement
- 4 votes pour la présentation du rôle et des missions de l'IRCo
- 2 votes pour la présentation d'une journée type (les différents moments rythmant une journée dans l'EHPAD)
- 1 vote pour la présentation de l'équipe de soins, du rôle et des missions du médecin coordonnateur, et du projet d'établissement

“Quels sont les types d'interactions que vous avez eus avec l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) ?”

Sur 12 des familles répondantes :

- La majorité, avec 9 votes, indique avoir eu un entretien individuel.
- 1 répondant a indiqué avoir eu une réunion familiale.
- 2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

“Comment ces interactions ont-elles influencé votre relation avec les soignants ?”

Sur 18 familles, 8 ont répondu à cette question et 10 familles ont préféré ne pas se prononcer. Les familles ont répondu que les entretiens avec l'IRCo avaient influencé positivement les relations avec les soignants et qu'elles se sentaient plus confiantes vis-à-vis d'eux et de la prise en soins de leurs proches.

“Avez-vous remarqué des changements dans la dynamique relationnelle entre les familles et les soignants depuis l'arrivée de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice), ou lorsqu'il(elle) est présent(e) ? Si oui, quels sont ces changements et comment les percevez-vous ?”

Sur 11 familles répondantes, une seule personne a observé un changement. Cette dernière a répondu qu'elle avait obtenu “plus d'informations” sur la prise en soins de son proche.

À la question posée aux familles et aux professionnels, “Avez-vous noté des améliorations dans la relation entre l'équipe soignante/médicale et les familles depuis l'arrivée de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) ?”

Sur 47 participations:

- 6 personnes n'ont pas répondu
- 25 répondants indiquent ne pas avoir observé une amélioration des relations entre l'équipe de soins et les familles
- Contre 16 qui, eux, reconnaissent un changement positif dans la dynamique relationnelle.

“Si oui, pouvez-vous décrire ces améliorations”

Nous avons synthétisé les réponses des soignants et des familles. Les mots qui reviennent le plus souvent sont “médiatrice”, “trait d’union” et “lien”.

“Quelles sont les compétences ou les qualités spécifiques de l’infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) qui contribuent à instaurer un climat de confiance avec les familles ? ”

Sur 47 participants, 41 personnes ont répondu à la question.

Familles et soignants répondent unanimement que les qualités spécifiques au métier d’IRCo sont l’écoute, la bienveillance, l’empathie, la communication et la transparence.

À la demande de “Classer les indicateurs suivants : communication ouverte et régulière, écoute active, respect de la confidentialité, collaboration avec la famille et leur implication, transparence, gestion proactive des conflits (anticipation des risques) selon l’importance que les répondants leur attribuent pour une relation de confiance optimale”

Familles et soignants confondus, les classent ainsi, par ordre croissant :

- La communication ouverte et régulière arrive en première position avec 27 votes
- L’écoute active arrive en seconde position avec 23 votes
- Gestion proactive des conflits arrive en troisième position avec 21 votes
- Collaboration avec la famille et leur implication en quatrième position avec 18 votes
- La transparence arrive en cinquième position avec 15 votes
- Respect de la confidentialité arrive en sixième position avec 12 votes

“Pensez-vous que le moment de la visite de pré-admission permettrait d’établir un lien de confiance avec l’établissement ? ”

Sur 47 répondants :

- 36 personnes, familles et professionnels confondus, estiment que ce moment est essentiel dans la création d’un lien de confiance
- 11 personnes ne le pensent pas.

“Pourquoi ? ”

En synthétisant les réponses, nous avons remarqué que ce moment permettait de rassurer les familles en établissant un premier contact avec le personnel de l’établissement.

La visite de pré-admission leur permettra également de s’approprier visuellement l’environnement, d’échanger avec les professionnels rencontrés sur les problématiques vécues avec leurs proches ainsi que leurs attentes. Les soignants indiquent que ce moment est essentiel car il permet de recueillir les premières informations facilitant la prise en soins du résident.

“Avez-vous déjà été confronté à un conflit avec la famille d’un résident ? ”et “si oui, cela a-t-il impacté la prise en soins du résident ? ”

Sur 47 participants, 29 personnes ont répondu à la question (correspondant à un taux de 61,70%) contre 18 personnes (38,29%) qui n’ont pas souhaité s’exprimer.

- 22 confirment y avoir été confrontés avec un impact sur la prise en soins pour 12 d’entre elles. 10 n’ont pas perçu de changement dans la prise en soins.
- 7 professionnels répondent quant à eux ne pas avoir vécu de situations conflictuelles.

“Quelles actions mettez-vous en place pour faire face aux situations conflictuelles en tant que soignants ?”

22 participants (46,80%) se sont exprimés contre 25 personnes (53,2%).

La totalité des personnes ayant été confrontée à un conflit avec la famille des résidents nous ont fait part des actions qu’elles ont pu mettre en place. Après avoir synthétisé les réponses, les professionnels répondent pour la plupart faire appel à leur supérieure hiérarchique, l’IRCo qui apparaît comme un support lors de ces situations. En deuxième recours ils évoquent l’écoute active des plaintes, le passage de relais à un autre collègue quand il s’agit d’aides-soignants ou d’infirmiers.

Concernant les IRCo interrogés, les actions mises en place seront plus d’ordre de l’échange, de la communication par le biais d’entretiens et de jouer également sur la transparence.

“Quelle serait en moyenne la fréquence que vous donneriez aux situations conflictuelles dans la prise en charge des résidents ?”

- 12 professionnels répondent que les situations conflictuelles surviennent de manière mensuelle.
- 11 répondants estiment que leur fréquence est plutôt rare.
- 2 soignants seulement décrivent la fréquence de ces conflits comme étant hebdomadaires.

“Y a-t-il une IRCo dans votre établissement ?”

Sur 6 EHPAD interrogés, 1 seul EHPAD ne comptait pas d’IRCo.

“D’après-vous quel(s) serait(aient) le/les rôles de l’infirmier(ère) référent(e)coordinateur(trice) ?”

- 39 votants (familles et professionnels confondus) considèrent que sa mission première est d’être garante de la qualité des soins auprès du résident
- 34 votes pour la gestion de l’équipe pluridisciplinaire
- 32 votes pour la médiation lors de situations conflictuelles avec les familles
- 26 votes pour la gestion de conflits
- 9 votes pour la gestion du stock de matériel médical

“Quelle(s) action(s) mettez-vous en place pour prévenir les conflits ?”

Les IRCo interrogées ont répondu :

- “Après les rendez vous, un bilan des attentes est fait auprès des équipes nous voyons ce qui est possible de faire”
- “Écoute auprès des familles, prise de RDV régulier, suivi”
- “Réunions d’équipes régulières, participation aux transmissions orales, faire tourner les équipes dès que possible.”

“Vers quelle personne de l’équipe de gestion, vous dirigeriez-vous instinctivement en cas de conflit avec une famille, en vue de sa résolution ?” et “Vers quel professionnel de la structure vous dirigeriez-vous instinctivement en cas de problématique rencontrée dans la prise en soins de votre proche ?”

En cas de conflits avec une famille :

- 23 soignants se dirigent vers l’IRCo
- Contre 5 soignants qui se dirigent vers le gestionnaire de l’établissement

Concernant les familles :

- 7 d'entre elles vont directement à la rencontre des soignants
- 2 familles se dirigent vers le MEDCO ainsi que vers l'IRCo
- 1 seule personne vers le gestionnaire d'établissement.

*“Pensez-vous que la famille peut être incluse dans la prise en charge des résidents ?”
et “ Précisez pour quelles raisons ? ”*

98% des répondants, famille et professionnels confondus, répondent par la positive tandis que 2% des personnes interrogées considèrent que ce n'est pas nécessaire. Les raisons retenues sont la représentation de la famille comme un véritable support pour le bien-être psychique du résident. Elle participe au maintien du lien social et familial, permet une prise en soins personnalisée car elle connaît ses habitudes de vie, ses préférences et son histoire personnelle et peut également être aidante en apaisant les craintes d'une prise en soins institutionnelle. Les réponses témoignent également de la nécessité pour les proches de se sentir inclus dans la prise en soins pour ne pas se sentir dépossédés ou bien évincés de la vie de leurs parents mais également pour permettre d'instaurer un climat de confiance. Majoritairement, les soignants considèrent les familles comme des atouts dans la prise en soins du résident et pensent que c'est ensemble que l'on arrive à construire une relation de confiance.

“Qu'avez-vous mis en place à l'EHPAD (procédure et les politiques de l'établissement) pour favoriser une dynamique relationnelle positive ? ”

Les réponses sont assez variées :

- Côté soignants : Mise en place de réunions de façon régulière et pluri professionnelle permettant un temps de communication et d'écoute, la formation, des réunions post-admission ainsi que des rencontres avec l'entourage proche pour aider à l'élaboration du PAI.
- Concernant les familles, il en ressort la disponibilité, l'écoute et la transparence avec la transmission d'informations rapidement lorsqu'il y a un problème. Un EHPAD sans horaires de visite permettant aux familles de rendre visite à leur proche selon leur disponibilité. Ainsi que la création d'une épicerie bar permettant de renforcer le lien social avec sa propre famille, le personnel de l'établissement mais également avec les autres résidents de l'EHPAD et de leur famille.

“Dans quelle mesure la famille peut-elle être sollicitée ? ” et “ Si autres, précisez”

Nous avons proposé aux familles et soignants deux choix de réponses et la possibilité d'en ajouter d'autres. Pour nos propositions :

- 33 personnes répondent pour la gestion administrative
- 26 pour le nursing.

En ce qui concerne les autres possibilités, il en ressort : l'accompagnement aux différents rendez-vous, les contrôles des produits de toilettes, le rangement et le contrôle du linge, l'aide financière du maintien en institution, les souhaits de fin de vie, les habitudes/histoires de vie ou événements festifs, le changement dans l'état de santé, les animations, les sorties extérieures, la vie de l'EHPAD, les différentes commissions (menus, CVS...).

À la demande de choisir la phrase qui illustre le mieux la pensée des personnes interrogées familles et professionnels confondus concernant la prise en soins des résidents

- 91,5 % considèrent que l'explication du problème, c'est-à-dire, de jouer le jeu de la transparence, permet le désamorçage de conflits
- 8,5 % pensent qu'un seul événement indésirable vient irrémédiablement altérer la confiance entre familles et soignants.

"La reconnaissance de votre travail par la famille vous paraît-elle importante ?"

- 68 % des soignants considèrent qu'il est essentiel que leur travail soit reconnu
- 32 % n'y prêtent pas d'importance.

"Comment résolvez-vous majoritairement ces conflits ?"

- 18 des professionnels résolvent les conflits par des échanges lors des temps de transmissions
- 4 par de l'analyse de pratique ainsi que par un staff dédié.
- 3 autres par l'instauration d'un dialogue, d'une écoute attentive et d'une explication auprès de l'équipe soignante, lors de CREX ou confrontation directe avec la famille concernée.

"Avez-vous déjà interagi avec l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) ?"

Sur 18 familles participantes au questionnaire d'enquête, 12 personnes (66,66%) ont répondu à cette question.

- 8 (66,7%) ont eu des interactions avec l'IRCo,
- 4 n'ont jamais interagi avec l'IRCo.
- $\frac{1}{3}$ (33,33%) soit 6 personnes n'y ont pas répondu.

Sur les 8 personnes ayant eu des échanges avec l'IRCo, la totalité en a évalué la qualité, avec une répartition égale entre le caractère constructif et rassurant de ces échanges.

"Avez-vous bénéficié de conseil/soutien de la part de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) pour mieux comprendre les besoins et les attentes de votre proche résidant dans l'EHPAD ?"

Là encore, $\frac{1}{3}$ (33,33%) soit 6 personnes se sont abstenues d'y répondre et 12 familles ont répondu. Une majorité (91,7%) soit 11 familles disent avoir reçu des conseils, soutien de la part de l'IRCo. Une famille déclare n'avoir jamais pu bénéficier de conseil ou de soutien. Une analyse in fine nous permet de dire qu'au moment où la famille a répondu à ce questionnaire, celle-ci n'avait tout simplement pas eu encore l'occasion d'échanger avec l'IRCo.

Ces deux questions précédentes permettent de donner une idée des interactions entre les familles et l'IRCo, en termes de présence auprès des familles et en termes de qualité. La limite à cette enquête a été de ne pas avoir mis le caractère obligatoire de ces questions car $\frac{1}{3}$ des familles, soit 6 personnes, n'ont pas répondu à la question sur la présence d'interaction et donc ne se sont pas prononcées sur la qualité de leurs échanges. Pour ces 6 personnes nous ne savons pas s'il y a eu un échange ou pas avec l'IRCo. En revanche, l'analyse des chiffres nous permet d'observer que lorsqu'il y a bien eu des interactions avec l'IRCo, la totalité de ces échanges ont été constructifs, rassurants et ont mené à des conseils et à du soutien de la part de l'IRCo.

Question posée aux professionnels de santé, “Pour les établissements ayant un poste d’infirmier (ère) référent(e) coordinateur (trice) : observez-vous des échanges « familles-soignants » de meilleure qualité lorsqu’il/elle est présent(e) ?”

Cette question se voulait être un indicateur de qualité des échanges entre les familles et les soignants lorsque l’IRCo était présente. C’est pourquoi les réponses proposées étaient de type questionnaire de satisfaction. Elle s’adressait aux professionnels de santé (hormis l’IRCo afin de ne pas biaiser l’enquête) ainsi qu’aux familles. Aussi, 43 personnes étaient directement concernées par cette question.

Sur ces 43 personnes : 40 personnes ont souhaité y répondre, 2 personnes s’y sont abstenues, 1 n’a pas pu répondre car l’établissement ne comptait pas d’IRCo en son sein. Sur ces 40 réponses:

- **Concernant les familles** (pour un total de 18) :
 - 14 familles ont répondu : plutôt oui
 - 2 familles ont répondu : plutôt non
 - 2 n’ont pas répondu
- **Concernant les cadres de santé** (pour un total de 2) :
 - 1 cadre de santé a répondu : plutôt oui
 - 1 cadre de santé a répondu : absolument !
- **Concernant le personnel soignant** (pour un total de 20) :
 - 16 (9 AS, 2 ASH FF AS et 5 IDE) ont répondu : plutôt oui
 - 3 (2 AS et 1 ASH FF AS) ont répondu : plutôt non
 - 1 personne (AS) a répondu : absolument !
- **Concernant les médecins coordonnateurs** (pour un total de 3) :
 - 2 ont répondu : plutôt oui
 - 1 n’a pas répondu n’ayant pas d’IRCo dans son établissement.

Soit au final :

- 33 personnes qui observent une amélioration des échanges,
- 2 en sont pleinement convaincus.
- 5 ne le constatent pas vraiment.
- 2 personnes se sont abstenues de répondre.
- 1 personne ne peut donner son avis car pas d’IRCo dans son établissement.

“L’infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) a-t-il (elle) facilité la communication entre vous et l’équipe soignante lors de situations conflictuelles ? Si oui de quelle manière ?”

Sur 10 familles répondantes (pour un total de 18 familles) :

- 5 reconnaissent que l’IRCo a facilité la communication en relayant les demandes et les besoins du résident exprimés par les familles.
- Les 5 autres ne l’ont pas constaté.

“Dans quelle mesure l’infirmière référente coordinatrice vous a-t-elle soutenu dans la résolution de problèmes ou de conflits avec les familles ? Pouvez-vous donner des exemples ?”

12 réponses sur 25 personnels soignants participantes au questionnaire d’enquête (la catégorie des IRCo ayant été retiré de cette question) :

- 5 AS se rejoignent sur le fait que l’IRCo grâce à sa position pourra, lors de situation conflictuelle avec la famille (exemple de la non satisfaction aux soins proposés, ou positionnement de l’AS incompris de la famille) prendre le temps avec les familles, lors de prise de RDV, d’évoquer le problème afin de les réécouter et de les rassurer.

Il y a aussi cette dimension de la réassurance des équipes et la fonction de conseiller qu'elle revêt lors de ces situations délicates.

- 2 MEDCO pensent que l'IRCo est une aide dans la collecte de solutions et d'information auprès des équipes soignantes. Le second MEDCO répond que l'IRCo est un soutien par le travail en binôme qu'ils effectuent.

- 1 CDS dit que l'IRCo est la personne la plus à même d'avoir les informations médicales après les médecins, sécurisant la transmission des données entre l'équipe IDE/médecin.

- 2 ASH FF AS : Un pense que l'IRCo est une source d'informations. Les échanges avec elle leur permettent d'avoir une meilleure gestuelle, attitude pour une meilleure prise en charge. Le second dit que l'IRCo est un soutien lorsqu'elle parle des problématiques familiales, et donne l'exemple de prise en charge complexe due à une famille quelque peu intrusive dans la prise en soins de son parent.

- 2 IDE: Le 1er IDE dit que l'IRCo est un soutien lors de conflits familiaux quand elle aborde le sujet immédiatement.

« Comment l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) vous informe-t-il (elle) des besoins et des attentes des familles ? »

Sur 25 personnes concernées par cette question (la catégorie famille et IRCo a été retirée)

➤ **Concernant les CDS** : Les deux cadres se rejoignent sur le support de la transmission de cette information, qui leur est faite à l'oral et par écrit.

Un des CDS précise que lorsque les équipes peuvent participer à la satisfaction de ce besoin, l'IRCo les en informe via le dossier de soins.

➤ **Concernant les médecins coordonnateurs** : 2 réponses

Les MEDCO se rejoignent sur le fait que ces informations leur sont transmises à l'oral (de vive voix ou par téléphone)

- Un MEDCO précise que lorsqu'il s'agit de l'écrit, il le voit dans le Dossier Patient Informatisé.

- L'autre MEDCO mentionne, en plus de la transmission orale, le fait que c'est au cas par cas au travers de mail ou de CODIR.

➤ **Concernant le personnel soignant** :

- 2 IDE prennent l'information en transmissions orales et écrites, une parle de discussion.

- 1 IDE via les mails de leur logiciel de soins.

- 10 AS sur 12 ont répondu à cette question :

- 1 AS dit ne pas avoir d'information quant aux besoins et attentes des familles

- La majorité des AS ont mentionné les transmissions écrites, 2 ont précisé lors des réunions de synthèses et 3 ont mentionné leurs boîtes mails liées à leur logiciel de soins comme moyen de communication.

- 1 AS parle du relais des informations par l'équipe IDE.

Sur 25 personnes concernées par la question suivante qui était de savoir si « oui » ou « non » ces informations étaient une aide au quotidien, 12 personnes ont répondu de manière affirmative. Les 13 autres personnes n'ont pas donné leur avis.

Les réponses sont orientées vers les transmissions écrites et orales, lors des réunions de synthèse et par le biais de messageries.

“Quelles suggestions ou recommandations avez-vous pour renforcer davantage le rôle de l’infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) dans l’instauration d’un climat de confiance avec les familles ?”

A cette question, les catégories « famille » et « IRCO » ont été retirées. Aussi 25 personnes étaient concernées par cette question.

Sur 25 personnes, 9 personnes nous ont répondu avec :

- 2/2 CDS qui s’accordent sur des rencontres, RDV familles réguliers pour un meilleur suivi (téléphone ou présentiel). 1 CDS recommande d’être transparent avec les familles.

- 2 MedCo sur 3 nous ont répondu. Le premier suggère également des rencontres régulières, une systématisation des rencontres famille dès la visite de pré-admission, ceci suivi dans le mois ou les deux mois suivant l’admission par un RDV pour faire le point et informer sur le projet de vie personnalisé (plan de soins...). Le second médecin a répondu « néant ».

- 1 IDE sur 5 suggère que l’IRCO ait une excellente connaissance des résidents et devrait se rendre disponible auprès des familles.

-1 AS sur 12 a suggéré de faire davantage de réunions mais n’a pas précisé le type, ni le sujet, ni le public visé.

2/3 ont répondu à la question, suggérant également une organisation de suivi de RDV famille afin de suivre l’évolution du résident. Le 2nd ASH FF AS recommande l’écoute, la communication envers les familles mais aussi envers les équipes.

“Quelles suggestions ou recommandations avez-vous pour renforcer davantage le rôle de l’infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) dans l’instauration d’un climat de confiance avec les familles ?”

Toutes les réponses des professionnels sont axées vers les rencontres avec les familles par des entretiens réguliers.

“Diriez-vous que l’infirmier (ère) coordinateur (trice) est facilitateur pour créer une relation de confiance entre les familles, l’équipe et l’institution ?”

A cette question, une seule catégorie de personnes a été retirée : celle des IRCO.

93 % des répondants, familles et professionnels confondus, considèrent qu’elle est un élément qui facilite la création d’un lien de confiance contre 7 % qui ne le pensent pas.

Aussi sur 43 participations attendues, nous avons bien eu 43 réponses :

- La totalité des CDS (2/2),
- La totalité des MEDCO (3/3),
- La majorité des familles (17 sur 18 familles),
- La majorité des IDE (4 sur 5),
- La majorité des AS (11 sur 12 AS),
- La totalité des ASH ff AS (3/3),

répondent que l’IRCO facilite la création d’une relation de confiance entre les familles, l’équipe et l’institution.

Le fait que nous ayons eu un retour de tous les participants montre déjà l’intérêt certain que chacun accorde à la qualité de la relation de confiance entre l’institution et l’entourage familial. Mais également la volonté d’exprimer leur ressenti, leur pensée quant au rôle de l’IRCO dans la création de cette relation de confiance. Seules trois

personnes (une IDE, une AS et une famille) ne considèrent pas l'IRCo comme moyen facilitant une instauration de climat de confiance.

Il était intéressant de se pencher sur l'analyse des situations où ces trois professionnels n'ont pas perçu l'IRCo comme moyen facilitateur d'instauration de climat de confiance entre l'entourage familial et la structure :

➤ l'IDE ayant répondu de manière négative à cette question est une jeune diplômée avec une expérience n'excédant pas 5 années d'exercice. Un peu plus haut dans le questionnaire, elle n'avait pas noté d'amélioration dans la relation entre l'équipe soignante/médicale et la famille depuis que l'IRCo était en poste. Ayant fait face à des situations conflictuelles avec l'entourage familial, les actions mises en place par ce professionnel, contrairement aux autres IDE, dit avoir analysé la situation et discuté entre collègues. Les autres IDE avaient pratiqué l'écoute et la réassurance auprès des résidents et de leurs familles, et il est mentionné qu'elles avaient recours à l'IRCo en tant que moyen de médiation. Ce même professionnel ne considère pas l'IRCo comme ayant un rôle médiateur lors de situation conflictuelle, ni comme garant de la qualité des soins, pourtant la positionne comme devant gérer les conflits. Plus tard dans le questionnaire, l'IDE note « plutôt » des échanges familles-soignants de meilleure qualité lorsque l'IRCo est présente.

➤ L'AS ayant répondu que l'IRCo ne facilitait pas la création d'une relation de confiance entre les familles, l'équipe et l'institution a une expérience n'excédant pas 5 années d'exercice également. Comme pour l'IDE, ce professionnel n'a pas noté d'amélioration dans la relation entre l'équipe soignante/médicale et les familles depuis l'arrivée de l'IRCo, face à ces situations préfère passer le relais à un autre collègue au lieu de faire intervenir l'IRCo. Sa connaissance sur les missions de l'IRCo ne se résumant qu'à la gestion des stocks. D'ailleurs sur la fonction AS c'est le seul professionnel qui pense que les événements indésirables altèrent irrémédiablement la relation entre la famille et les résidents alors que les autres répondants nuançaient leurs propos en disant que l'explication du problème permettait le désamorçage des éventuels conflits. De même, l'AS n'observe pas vraiment « plutôt non » des échanges familles/soignants de meilleure qualité en présence de l'IRCo. Concernant les questions sur l'aide apportée par l'IRCo sur l'information des besoins, des attentes familles, la manière dont l'IRCo l'a soutenu dans la résolution de conflits, l'AS n'a répondu à aucune de ces questions.

➤ La famille ayant répondu que l'IRCo ne facilitait pas la mise en place d'une relation de confiance entre elle et l'établissement a son proche dans l'établissement depuis moins de 5 ans. Elle avait été neutre (elle aurait pu mettre "insatisfaisant" ou laisser le champ vide) quant à la question sur la qualité de la communication entre la famille et les soignants dans l'établissement. Elle n'avait pas noté de changement depuis l'arrivée de l'IRCo, positionne l'indicateur de la collaboration avec la famille et leur implication en 4^{ème} position sur un ordre d'importance de 1 à 6. Les missions que cette famille donne à l'IRCo sont la gestion de l'équipe pluridisciplinaire et la garantie de la qualité des soins auprès du résident. Elle se tournerait vers l'équipe de soins en premier lieu et non vers l'IRCo. Elle pense que la famille devrait être incluse dans la prise en charge des résidents car « qui mieux que la famille connaît les habitudes du résident ? », en revanche, elle ne s'est pas positionnée sur les moyens de cette implication (nursing, accompagnement RDV, gestion administrative etc.). Elle a précisé « autre » puis dans « autre » : « aucune ». De même que pour l'AS, cette famille pense que lorsqu'il y a eu un conflit la confiance envers l'équipe est

irréremédiablement altérée, ne voit pas de changement notable en présence de l'IRCo, qui n'est finalement pour elle pas facilitateur de relation de confiance.

Les résultats de cette dernière partie de l'enquête indiquent que la majorité des participants reconnaissent l'importance de l'infirmière coordinatrice dans la création d'une relation de confiance entre l'institution de soins et l'entourage familial. L'étude de ces profils ne partageant pas cette perspective met à jour quatre notions clés :

- L'expérience professionnelle des soignants : les deux professionnels ayant exprimé des doutes quant au rôle de l'IRCo dans la création d'une relation de confiance ont une expérience relativement limitée dans le domaine des soins (avec moins de cinq années d'exercice). Cela pouvant influencer leur perception et leur compréhension du rôle de l'IRCo. Il semble donc avoir une corrélation entre l'expérience professionnelle et la perception du rôle de l'IRCo.
- La perception des actions de l'IRCo : l'enquête a pu montrer en parallèle que cette perception pouvait être différente d'un soignant à l'autre. Cette différence pourrait être due à des attentes divergentes quant au rôle de l'IRCo.
- La méconnaissance des missions de l'IRCo, engendrant des non recours vers notre fonction en cas de conflit, souvent avec la conviction que lorsqu'il y a eu des conflits, cette relation de confiance est indéniablement altérée sans recours possible pour y remédier. Cette méconnaissance des responsabilités de l'IRCo peut expliquer pourquoi ces profils de soignants ne perçoivent pas son rôle plus large dans la coordination des soins et la relation avec les familles.

C) Discussion

L'intégration d'un proche en EHPAD constitue une réelle épreuve pour la famille comme nous l'avons précédemment évoqué dans notre cadre théorique. Il s'agit donc d'instaurer une dynamique relationnelle de bonne qualité et évolutive entre l'institution, représentée par l'équipe soignante pluridisciplinaire ainsi que le comité de direction et l'entourage du résident afin d'optimiser son accompagnement.

Pour y parvenir, il est nécessaire de connaître les différents éléments facilitateurs de la création d'une relation de confiance. Dans l'enquête exploratoire, à la question "*Pensez-vous que la famille peut être incluse dans la prise en charge des résidents?*", 98 % des répondants, soignants et familles confondus, ont répondu par l'affirmative. Ceci démontre l'importance de la création d'une relation triangulaire "institution, résident, famille". Celle-ci peut être amorcée dès le moment de la visite de pré-admission à laquelle l'IRCo peut participer.

De l'analyse des questionnaires, on peut relever que 76,6 % des personnes interrogées estiment que la visite de pré-admission permet d'établir un lien de confiance entre la famille et l'établissement. On constate que la majorité des familles interrogées ont bénéficié d'une visite de pré-admission, (66,7%). Elle leur permet de s'approprier visuellement l'environnement, d'échanger avec les professionnels sur les problématiques ainsi que leurs attentes qui doivent être prises en compte par l'IRCo, pour la construction d'un plan de soins personnalisé adapté aux besoins du futur résident. Cet échange entre professionnels, familles et résidents permet de prévenir certaines incompréhensions qui pourraient survenir. C'est un "*moment d'écoute et de réassurance sur les besoins du résident*". Il permet de créer "*un climat de confiance*".

“C'est un moment privilégié où les familles souvent épuisées peuvent exprimer leur épuisement et difficultés avec une écoute attentive. [...] Il faut renforcer à ce moment-là le sentiment d'être chez soi.” Nous avons émis l'hypothèse que la visite de pré-admission était indispensable à une bonne prise en charge des résidents, et joue un rôle clé dans le processus de création de confiance. Grâce à notre questionnaire et nos recherches documentaires, nous pouvons confirmer cette hypothèse. L'inclusion des familles dans l'accompagnement de leurs proches apparaît comme étant un levier à disposition de l'institution pour garantir une entente harmonieuse, et qui influera positivement et de manière qualitative sur l'accompagnement des résidents.

L'ANESM recommande de reconnaître la place des proches dans l'accompagnement des résidents dans son volet 3 sur la qualité de vie en EHPAD²⁸ afin de favoriser le bien-être et la bonne intégration des résidents. De manière générale, lors de notre enquête de terrain, nous avons relevé que la sollicitation des familles est souhaitée par tous, familles et soignants, pour la gestion administrative ainsi que le nursing par exemple. Les répondants au questionnaire indiquent que la famille peut également être sollicitée dans d'autres actions telles que l'accompagnement aux différents rendez-vous, les contrôles des produits de toilettes, les souhaits de fin de vie, la vie de l'EHPAD... On en déduit que la famille tout comme l'institution souhaite une participation conjointe de chacun pour tout ce qui concerne le résident.

Comme le stipule l'ANESM dans ses recommandations, il est nécessaire de mettre l'accent sur des relations apaisées et sereines entre l'institution et les familles. Ainsi, l'IRCo apparaît comme un élément central de cette dynamique relationnelle. Au regard des résultats de notre questionnaire, on constate que la grande majorité des familles interrogées sont satisfaites des relations qu'ils entretiennent avec l'IRCo. En effet, elles ont répondu que les entretiens avec cette professionnelle avaient influencé positivement les relations avec les soignants et qu'elles se sentaient plus confiantes vis-à-vis d'eux et de la prise en soins de leurs proches.

90% d'entre elles remarquent un changement dans la dynamique relationnelle entre les familles et les soignants depuis son arrivée. Quels sont les éléments de réponse qui permettent d'affirmer que cette professionnelle est facilitatrice d'une dynamique relationnelle positive entre l'institution et les familles ? Elle représente le chef d'orchestre dans l'organisation des soins et grâce à son expertise du terrain et sa bonne connaissance de leurs organisations et le contrôle de leurs mises en œuvre, elle est en capacité de répondre aux questionnements et aux attentes exprimés par les familles à l'égard de l'institution. 39% des personnes interrogées lors de notre enquête de terrain la qualifient en ces termes “*médiatrice*”, “*trait d'union*” et “*lien*”. La construction d'un partenariat efficace entre les familles et l'institution paraît grandement facilitée par la présence de cette professionnelle. On constate lors de notre enquête, qu'en cas de conflit avec une famille, les soignants se dirigent plus facilement vers l'IRCo, perçue comme un soutien précieux dans ces circonstances, ce qui démontre qu'elle est à l'écoute et disponible pour son équipe mais également qu'elle occupe un rôle de médiatrice entre d'une part, les soignants et d'autre part, les familles. En revanche, selon notre questionnaire, les familles rencontrant des problématiques dans la prise en soins de leur proche ont tendance à aller à la rencontre des soignants directement. Ce qui nous amène à penser que les familles essaient de résoudre directement le problème auprès des soignants (personnes

²⁸https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements_de_contexte_9_nov_def_mis_en_page.pdf

s'occupant quotidiennement de leurs parents) tandis que les soignants préfèrent se diriger vers l'IRCo (supérieur hiérarchique) pour éviter toute situation conflictuelle avec les familles. On constate donc que l'IRCo est principalement l'intermédiaire des soignants avec les familles. Le point de départ d'une relation de confiance étant au préalable une relation de proximité et des échanges de qualité, autant dire que l'IRCo doit cultiver cette confiance et en prendre soin.

Les fondements de cette relation se construisent sur différentes bases qui confèrent à l'IRCo, une légitimité dans ce rôle de fédérateur permettant d'assurer la cohésion de ces deux acteurs essentiels, familles et professionnels, de l'entrée à la sortie de l'établissement du résident. Ces bases qui sont fondatrices d'une dynamique relationnelle positive et vertueuse sont l'écoute, la bienveillance, l'empathie, la communication et la transparence. Ces éléments sont d'ailleurs cités par nos interrogés comme faisant partie des qualités et compétences pré-requises et inhérentes de l'IRCo pour permettre l'instauration d'une relation de confiance nécessaire à cette dynamique. La transparence et la communication s'exprimeront lors "*des réunions de synthèse, d'intégration*" pour les familles et "*des échanges lors des temps de transmission, de l'analyse de pratique ou encore par un staff dédié*" pour les soignants et durant lesquels l'IRCo sera partie prenante et modératrice. En effet, cette actrice institutionnelle est en capacité, grâce à sa position de manager de proximité, assurant un suivi qualitatif et évaluatif des soins, d'informer les familles de ce qui est mis en place pour leurs proches et de suivre l'évolution de leur intégration. Elle permet également de dialoguer autour d'un projet commun, lors de la construction des projets d'accompagnement personnalisés. Elle s'assure que les informations recueillies auprès des familles et du résident lui-même s'intègrent et s'appliquent dans le processus de prise en soins, permettant aux proches de se sentir inclus et participatifs à l'accompagnement de leurs parents. Cette considération apportée lors des échanges avec les familles que ce soit lors d'entretiens individuels ou lors de réunions en équipe pluridisciplinaire participe à mettre en œuvre l'écoute, la bienveillance et l'empathie que ce soit en direction du résident ou des familles.

L'analyse de l'enquête de terrain suggère que l'IRCO joue également un rôle significatif dans la promotion de la qualité des soins.

Au travers des réponses que nous ont apportées ces familles et soignants, nous avons pu objectiver notre hypothèse que l'IRCo occupait une place primordiale dans l'instauration d'une relation de confiance entre les familles et les soignants.

De même, « Être en confiance » pouvant se décrire comme être en sécurité, l'IRCo est décrite au travers de ces retours du questionnaire comme la personne la plus à même de sécuriser la transmission des données entre les équipes, les médecins et la famille. Ceci ayant pour effet de favoriser le sentiment de sécurité chez les familles et un sentiment de soutien chez les soignants. Certains soignants la voient comme une aide pour pouvoir mieux se positionner (en termes de gestuelle, d'attitude) face aux familles. La réflexion initiée par l'IRCo autour de situations complexes renforce ce sentiment de confiance vécu par les soignants.

72,1% des soignants se sentent soutenus par l'IRCo dans la résolution des conflits par le travail d'écoute qu'elle effectue auprès des familles, par la réassurance des équipes et par les conseils donnés. Du côté des MEDCO, l'IRCo est une aide dans la

récolte d'informations et de solutions et un soutien par le travail en binôme qu'ils effectuent.

Pour reprendre nos hypothèses, l'IRCo semble bien être le contact privilégié de tous en cas de conflit, problème ou questionnement en apportant son expertise des soins grâce à sa connaissance du terrain.

CONCLUSION

Pour finir, ces analyses nous ont également fourni des informations essentielles pour évaluer le rôle de l'IRCo dans l'instauration d'une relation de confiance entre familles et soignants. Elles ont permis la mise en évidence des points forts et des domaines à améliorer. Ceci pouvant servir de base à des actions visant à renforcer le rôle de l'IRCo dans l'intérêt du bien-être des résidents en EHPAD.

Pour exemple :

- Le besoin de sensibilisation des professionnels et des familles afin de clarifier le rôle, les compétences et responsabilités de l'IRCo. Une meilleure compréhension de ces derniers pourrait encourager un recours approprié en cas de besoin et pourrait contribuer à renforcer la coordination des soins, améliorant la confiance entre toutes les parties impliquées dans les soins en EHPAD.
- L'amélioration de la communication, tant à l'égard des familles que des professionnels de santé, permettant la compréhension des enjeux afin de garantir une coordination efficace des soins et une meilleure collaboration avec les familles.

En 2019, un article paru dans le magazine "Le Monde"²⁹, faisait le constat en se basant sur les statistiques du ministère des Affaires sociales (Panel national des aidants BVA Novartis, 2010) que, sur la totalité de la population concernant les aidants familiaux en France, un tiers de ces derniers vivent leur situation comme étant délétère, alors que l'autre tiers pense au contraire, qu'être aidant leur ouvre de nouvelles perspectives.

Le monde de la santé contraint de composer avec les contextes sociopolitiques et économiques sous-jacents, le volet "grand âge et autonomie" repense désormais la place des aidants. Un remaniement des cartes semble se profiler à l'horizon, ouvrant le débat sur la reconnaissance de ces aidants comme des acteurs d'un nouveau type de lien social, « des experts de la situation du proche ».

La politique de santé voulant reconnaître davantage le statut d'aidant familial et souhaitant montrer l'importance de développer une expertise sur la prise en charge de ses aidants familiaux auprès des futurs professionnels de santé. Le Haut Conseil de la Santé Publique projette de créer une unité d'enseignement réservée à l'accompagnement des proches aidants dans le cursus des étudiants en soins infirmiers. Cette expertise des professionnels de santé liée à une coordination efficace au sein de la structure permettra une prise en charge optimisée de la personne âgée ainsi que de sa famille.

²⁹https://www.lemonde.fr/emploi/article/2019/09/02/il-ne-faut-pas-envisager-les-aidants-familiaux-comme-des-corps-exclusivement-souffrants-ou-victimises_5505308_1698637.html

RÉSUMÉ

La prise en soins des résidents en EHPAD ne se limite pas au seul fait de prodiguer des soins ; les professionnels de santé qui entourent le résident doivent sans cesse collaborer avec les membres de sa famille.

Bien que résidant dans un établissement de santé, la personne âgée n'en perd pas moins son identité et sa place au sein de sa famille.

Entre le résident devant faire le deuil de son ancienne vie versus sa vie en collectivité et l'entourage familial devant se réinventer afin de continuer à exister, les professionnels de santé doivent pouvoir, avec l'aide de l'infirmière coordinatrice, comprendre les enjeux et discerner les leviers qui se présentent à eux pour arriver au seul but recherché : le bien-être de la personne âgée accueillie.

ABSTRACT

The care provided to residents in nursing homes (EHPAD) goes beyond the mere provision of healthcare. The healthcare professionals surrounding the resident must constantly deal with the involvement of family members. Even though the elderly person resides in a healthcare facility, they do not lose their identity and their place within their family. The resident has to reconcile the mourning of their former life with their life in a communal setting, while the family members must reinvent themselves in order to continue to exist. With the assistance of the Nurse Coordinator, healthcare professionals need to understand the challenges and identify the strategies available to them to achieve the sole objective: the well-being of the elderly person residing in the nursing home.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage :

- Emile DURKHEIM : Introduction de la sociologie de la famille - 1888
- WEINBERG Achille, « Qu'est-ce que la confiance ? », Sciences Humaines, 2015/6 (N° 271), p. 22-22.

Ouvrage sur CAIRN.INFO :

- La perspective configurationnelle sur les familles : concepts centraux et illustrations empiriques Éric D. Widmer
- Les valeurs familiales des Européens, Jean-François Tchernia
- Revue Afrique contemporaine 2008/2 (N°226), pages 61 – Une perspective historique
- Thomas P. Entrée en institution des déments. L'étude Pixel. Gérontologie et Société 2005 ; 112 : 141-56
- Aider les proches - Judith Mollard - Dans Gérontologie et société 2009/1-2 (vol. 32 / n° 128-129), pages 257 à 272
- Darnaud T. (1999). L'entrée en Maison de Retraite. Paris. ESF Editeur. 191 p.

Internet :

- <https://www.logement-seniors.com/articles-ls/etre-resident-en-ehpad.html>
- [https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1465#:~:text=Une%20famille%20est%20la%20partie,m%C3%A9me%20m%C3%A9nage%20\(famille%20monoparentale\)](https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1465#:~:text=Une%20famille%20est%20la%20partie,m%C3%A9me%20m%C3%A9nage%20(famille%20monoparentale))
- Définition "Conflit", le Robert, Dico en ligne : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/conflit>
- Définition "Charge", LAROUSSE, Dico en ligne : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/charge/14743#11072849>
- <https://calenda.org/198126?lang=pt>
- Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés - DREES - Septembre 2016 n°5 :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles>

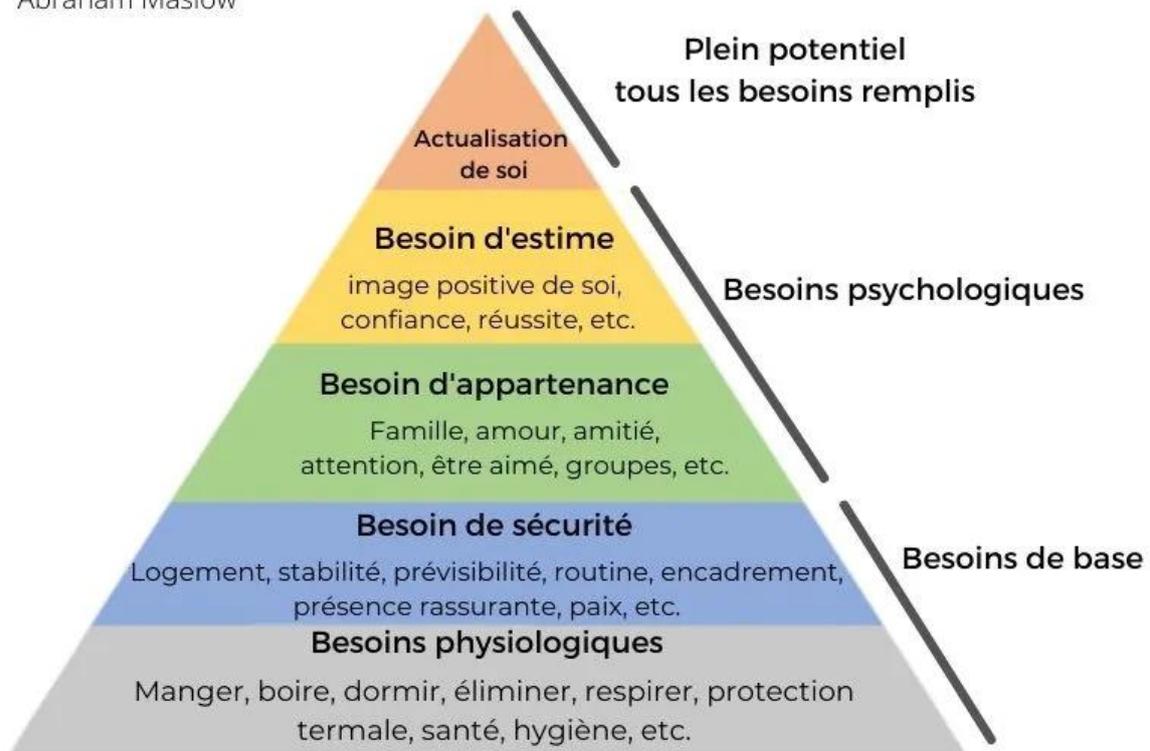
- <https://senior-tech.fr/metiers-de-soignants-ehpad-diplomes/>
- La relation de soins, une relation de confiance qui se nourrit du soupçon - Marie-Olivia Chandesris Louis Mühlethaler - 20 décembre 2022 : <https://www.ehess.fr/fr/carnet/conna%C3%A9tre-l%C3%A8re-soup%C3%A7on/relation-soins-relation-confiance-qui-se-nourrit-soup%C3%A7on>
- LA RELATION DE CONFIANCE, ÉLÉMENT ESSENTIEL DU SOIN - Nathalie Szapiro-Manoukian - L'infirmière n° 006 du 01/03/2021 : <https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-006/la-relation-de-confiance-element-essentiel-du-soin-INF00604001.html>
- <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/la-relation-soignant-soigne-la-confiance>
- Le concept de relation en psychologie sociale, Gustave Nicolas Fischer, RENCONTRE : <https://lapetitecordee.files.wordpress.com/2019/01/relation-definition.pdf>
- <http://www.syndicat-infirmier.com/IDEC-infirmiere-coordinatrice-ou-referente-en-EHPAD.html>
- <https://www.domusvi.com/maisons-de-retraite/metiers/infirmier-coordonateur-idec>
- <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-ou-questionnaire/>
- Qualité de vie en EHPAD (volet 3) La vie sociale des résidents en EHPAD - Anesm : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elements_de_contexte_9_nov_def_mis_en_page.pdf
- https://www.lemonde.fr/emploi/article/2019/09/02/il-ne-faut-pas-envisager-les-aidants-familiaux-comme-des-corps-exclusivement-souffrants-ou-victimises_5505308_1698637.html

ANNEXE 1 : Pyramide de Maslow



Abraham Maslow

La pyramide des Besoins fondamentaux



blog.creasources.ca

ANNEXE 2 : Questionnaire pour les familles

Résultats

Partager

Enquête exploratoire Diplôme Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD (IRCO)

Ce formulaire a pour but de valider ou non certaines hypothèses énoncées dans notre mémoire universitaire concernant les fonctions de l'Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD, dit "IRCO". Il est anonyme et succinct. Nous vous remercions par avance de l'intérêt que vous porterez à y répondre.

Début : 1 / 2

Présentez-vous

Quel est votre statut au sein de la structure ? *

Famille

Depuis combien de temps votre proche a-t-il été admis en EHPAD?

- de 1 ans
- 1 à 5 ans
- 5 - 10 ans
- 11- 20 ans
- + de 20 ans

La dynamique relationnelle entre la famille et l'institution

Dans quelle mesure pensez-vous que la communication entre les familles et les soignants de l'EHPAD est satisfaisante ?

- Aucun(e) -

Rappelez-vous de l'admission de votre proche dans l'institution. Diriez-vous que vous étiez dans un climat de confiance avec les professionnels de santé ?

	Plutôt confiant	Confiant	Plutôt méfiant	Méfiant
Le jour de l'admission, j'étais :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La première semaine, j'étais:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le premier mois, j'étais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous bénéficié, vous et votre proche, d'une visite de pré admission avec l'IRCO et/ou le Médecin coordonnateur.

- Oui
 Non

Quel en a été l'objectif? (Plusieurs réponses possibles)

- Présentation du médecin coordonnateur : missions, rôles
 Présentation de l'infirmier (ière) référent (e)coordinateur (trice): missions, rôles
 Présentation de l'équipe de soin
 Présentation de l'établissement
 Présentation du projet d'établissement
 Présentation d'une journée type (les différents moments rythmant une journée dans l'EHPAD)

Quelles sont les types d'interactions que vous avez eus avec l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) ?

- réunion informative
 entretien individuel
 réunion familiale

Comment ces interactions ont-elles influencé votre relation avec les soignants

Avez-vous remarqué des changements dans la dynamique relationnelle entre les familles et les soignants depuis l'arrivée de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice), ou lorsqu'il(elle) est présent(e) ?

- Oui
 Non

Avez-vous noté des améliorations dans la relation entre l'équipe soignante/médicale et les familles depuis l'arrivée de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice)?

- Oui
 Non

Quelles sont les compétences ou les qualités spécifiques de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) qui contribuent à instaurer un climat de confiance avec les familles?

A la recherche d'une relation de confiance

Classez ces indicateurs selon l'importance que vous leur attribuez pour une relation de confiance optimale : *

	1ère position	2ème position	3ème position	4ème position	5ème position	6ème position
Communication ouverte et régulière *	<input type="radio"/>					
Ecoute active *	<input type="radio"/>					
Respect de la confidentialité *	<input type="radio"/>					
Collaboration avec la famille et leur implication *	<input type="radio"/>					
Transparence *	<input type="radio"/>					
Gestion proactive des conflits (anticipation des risques) *	<input type="radio"/>					

Pensez-vous que le moment de la visite de pré admission permettrait d'établir un lien de confiance avec l'établissement ? *

- Oui
 Non

Il y a t-il un/e Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur dans l'établissement ? *

- Oui
 Non

D'après -vous quel(s) serait(aient) le/les rôles de l'infirmier(ère) référent(e)coordinateur(trice)? *

- Gestion de stock
 Gestion de conflit
 Gestion de l'équipe pluridisciplinaire
 Médiateur lors de situations conflictuelles avec les familles
 Garant de la qualité des soins auprès du résident

Vers une culture de la qualité

Vers quel professionnel de la structure vous dirigeriez-vous instinctivement en cas de problématique rencontrée dans la prise en soin de votre proche ?

- Aucun(e) -

Pensez-vous que la famille peut être incluse dans la prise en charge des résidents ? *

- Sélectionner -

Préciser pour quelle(s) raison(s) ? *

Dans quelle mesure la famille peut-elle être sollicitée ? *

- Dans le nursing (Soins, prise de repas)
- Dans la gestion administrative (papier administratif : mutuelle santé, mutuelle décès, déclarations d'impôts...)
- Autre

Choisissez la phrase qui illustre le mieux votre pensée: *

- Les événements indésirables altèrent irrémédiablement la relation de confiance entre la famille et les soignants
- Le risque zéro n'existe pas, mais l'explication du problème permet le désamorçage des éventuels conflits

L'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) et vous

Avez-vous déjà interagi avec l' infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice)?

- Pas de poste IDEC dans l'établissement
- Oui
- Non

Avez-vous bénéficié de conseil/soutien de la part de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) pour mieux comprendre les besoins et les attentes de votre proche résidant dans l'EHPAD ?

- Oui
- Non

Pour les établissements ayant un poste d'infirmier (ère) référent(e) coordinateur (trice): observez-vous des échanges « familles-soignants » de meilleure qualité lorsqu'il/elle est présent(e):

- Plutôt oui
- Plutôt non
- Absolument !

L'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) a-t-il (elle) facilité la communication entre vous et l'équipe soignante lors de situations conflictuelles?

- Oui
- Non

Direz-vous que l'infirmier (ère) coordinateur (trice) est facilitateur pour créer une relation de confiance entre les familles, l'équipe et l'institution ? *

- Oui
- Non

SOUMETTRE

ANNEXE 3 : Questionnaire pour les soignants

Résultats Partager

Enquête exploratoire Diplôme Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD (IRCO)

Ce formulaire a pour but de valider ou non certaines hypothèses énoncées dans notre mémoire universitaire concernant les fonctions de l'Infirmière Référente et Coordinatrice en EHPAD, dit "IRCO". Il est anonyme et succinct. Nous vous remercions par avance de l'intérêt que vous porterez à y répondre.

Début : 1 / 2

Présentez-vous

Quel est votre statut au sein de la structure ? *

Cadre de santé

Vos années d'exercice dans la profession ?

- de 1 ans
 1 à 5 ans
 5 - 10 ans
 11- 20 ans
 + de 20 ans

Avez-vous noté des améliorations dans la relation entre l'équipe soignante/médicale et les familles depuis l'arrivée de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice)?

- Oui
 Non

Quelles sont les compétences ou les qualités spécifiques de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) qui contribuent à instaurer un climat de confiance avec les familles?

A la recherche d'une relation de confiance

Classez ces indicateurs selon l'importance que vous leur attribuez pour une relation de confiance optimale : *

	1ère position	2ème position	3ème position	4ème position	5ème position	6ème position
Communication ouverte et régulière *	<input type="radio"/>					
Ecoute active *	<input type="radio"/>					
Respect de la confidentialité *	<input type="radio"/>					
Collaboration avec la famille et leur implication *	<input type="radio"/>					
Transparence *	<input type="radio"/>					
Gestion proactive des conflits (anticipation des risques) *	<input type="radio"/>					

Pensez-vous que le moment de la visite de pré admission permettrait d'établir un lien de confiance avec l'établissement ? *

- Oui
 Non

Avez-vous déjà été confronté à un conflit avec la famille d'un résident?

- Aucun(e) -

Quelle serait en moyenne la fréquence que vous donneriez aux situations conflictuelles dans la prise en charge des résidents ? *

- Rare (1 à 2 par année)
 Régulière (mensuelle)
 Constante (toutes les semaines)

Il y a t-il un/e Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur dans l'établissement ? *

- Oui
 Non

D'après -vous quel(s) serait(aient) le/les rôles de l'infirmier(ère) référent(e)coordinateur(trice)? *

- Gestion de stock
 Gestion de conflit
 Gestion de l'équipe pluridisciplinaire
 Médiateur lors de situations conflictuelles avec les familles
 Garant de la qualité des soins auprès du résident

Vers une culture de la qualité

Vers quelle personne de l'équipe de gestion, vous dirigeriez-vous instinctivement en cas de conflit avec une famille, en vue de sa résolution?

- Aucun(e) -

Pensez-vous que la famille peut être incluse dans la prise en charge des résidents ? *

- Sélectionner -

Préciser pour quelle(s) raison(s)? *

Qu'avez-vous mis en place à l'EHPAD (procédure et les politiques de l'établissement) pour favoriser une dynamique relationnelle positive ?

Dans quelle mesure la famille peut-elle être sollicitée? *

- Dans le nursing (Soins, prise de repas)
- Dans la gestion administrative (papier administratif : mutuelle santé, mutuelle décès, déclarations d'impôts...)
- Autre

Choisissez la phrase qui illustre le mieux votre pensée: *

- Les événements indésirables altèrent irrémédiablement la relation de confiance entre la famille et les soignants
- Le risque zéro n'existe pas, mais l'explication du problème permet le désamorçage des éventuels conflits

La reconnaissance de votre travail par la famille vous paraît-elle importante?

- Aucun(e) -

Comment résolvez-vous majoritairement ces conflits?

- Par de l'analyse de pratique
- En transmission
- Lors d'un staff médicale dédié
- Autre

L'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) et vous

Pour les établissements ayant un poste d'infirmier (ère) référent(e) coordinateur (trice): observez-vous des échanges « familles-soignants » de meilleure qualité lorsqu'il/elle est présent(e):

- Plutôt oui
- Plutôt non
- Absolument !

Dans quelle mesure l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) vous a-t-elle soutenu dans la résolution de problème ou de conflits avec les familles? Pouvez-vous donner des exemples?

Comment l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) vous informe-t-il (elle) des besoins et des attentes des familles?

Quelles suggestions ou recommandations avez-vous pour renforcer davantage le rôle de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) dans l'instauration d'un climat de confiance avec les familles?

Direz-vous que l'infirmier (ère) coordinateur (trice) est facilitateur pour créer une relation de confiance entre les familles, l'équipe et l'institution ? *

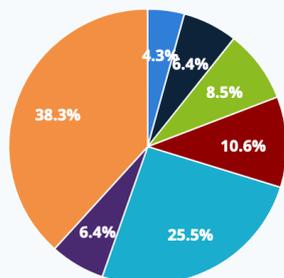
- Oui
- Non

SOUMETTRE

Annexe 4 : Résultats de l'enquête

Quel est votre statut au sein de la structure ?

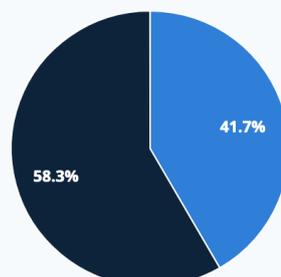
[Chart options »](#)



Cadre de santé	2
Médecin Coordonateur	3
Infirmier(e) Référent(e) et Coordinateur(trice)	4
Infirmier(e)	5
Aide soignant(e)	12
ASH faisant fonction d'AS	3
Famille	18

Depuis combien de temps votre proche a-t-il été admis en EHPAD ?

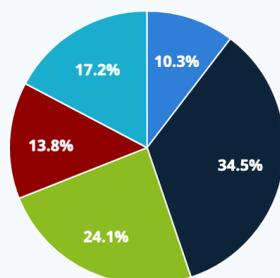
[Chart options »](#)



- de 1 ans	5
1 à 5 ans	7

Vos années d'exercice dans la profession ?

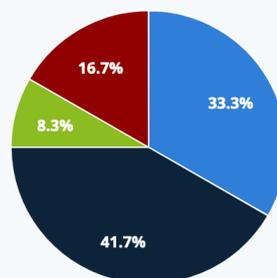
[Chart options »](#)



- de 1 ans	3
1 à 5 ans	10
5 - 10 ans	7
11- 20 ans	4
+ de 20 ans	5

Dans quelle mesure pensez-vous que la communication entre les familles et les soignants de l'EHPAD est satisfaisante ?

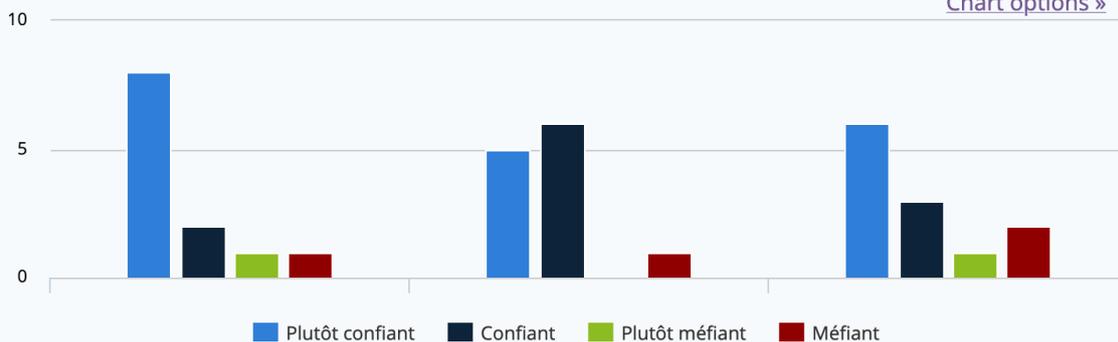
[Chart options »](#)



Très satisfaisante	4
Satisfaisante	5
Neutre	1
Insatisfaisante	2

Rappelez-vous de l'admission de votre proche dans l'institution. Diriez-vous que vous étiez dans un climat de confiance avec les professionnels de santé ?

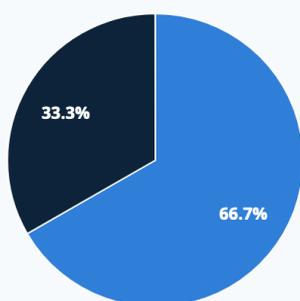
[Chart options »](#)



	Plutôt confiant	Confiant	Plutôt méfiant	Méfiant
Le jour de l'admission, j'étais :	8	2	1	1
La première semaine, j'étais :	5	6	0	1
Le premier mois, j'étais :	6	3	1	2

Avez-vous bénéficié, vous et votre proche, d'une visite de pré admission avec l'IRCO et/ou le Médecin coordonnateur.

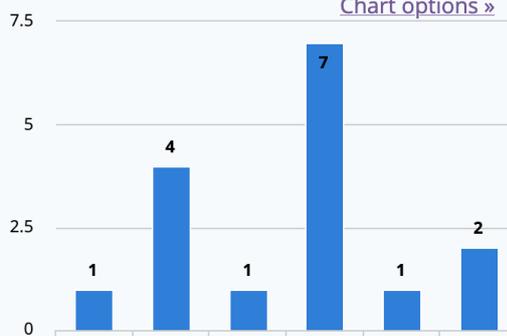
[Chart options »](#)



Oui	8
Non	4

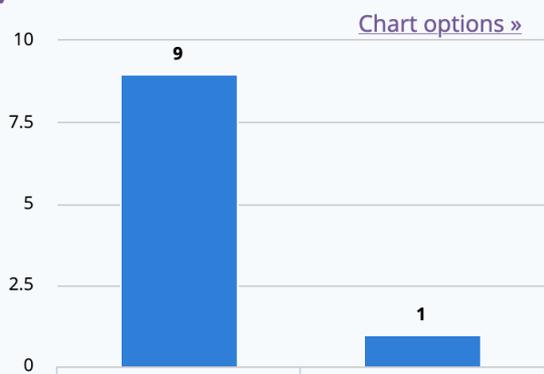
Quel en a été l'objectif? (Plusieurs réponses possibles)

[Chart options »](#)



Présentation du médecin coordonnateur : missions, rôles	1
Présentation de l'infirmier (ière) référent (e)coordinateur (trice): missions, rôles	4
Présentation de l'équipe de soin	1
Présentation de l'établissement	7
Présentation du projet d'établissement	1
Présentation d'une journée type (les différents moments rythmant une journée dans l'EHPAD)	2

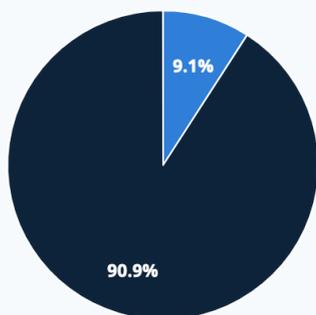
Quelles sont les types d'interactions que vous avez eues avec l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) ?



entretien individuel	9
réunion familiale	1

Avez-vous remarqué des changements dans la dynamique relationnelle entre les familles et les soignants depuis l'arrivée de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice), ou lorsqu'il(elle) est présent(e) ?

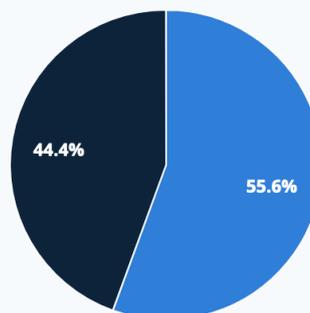
Chart options »



Oui	1
Non	10

Comment ces interactions ont-elles influencé votre relation avec les soignants

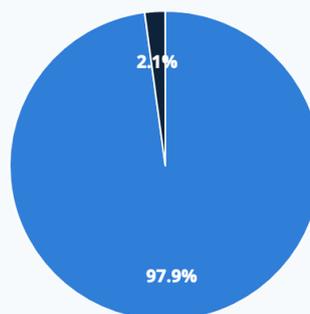
Chart options »



Laissé vide	10
Valeur entrée par l'utilisateur	8
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	5.63

Si oui, quels sont ces changements et comment les percevez-vous ?

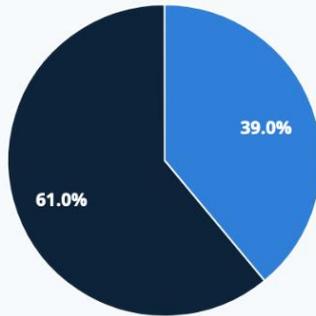
Chart options »



Laissé vide	46
Valeur entrée par l'utilisateur	1
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	3.00

Avez-vous noté des améliorations dans la relation entre l'équipe soignante/médicale et les familles depuis l'arrivée de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice)?

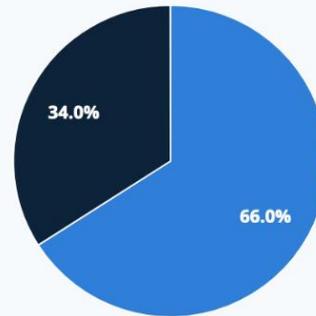
[Chart options »](#)



Oui	16
Non	25

Si oui, pouvez-vous décrire ces améliorations

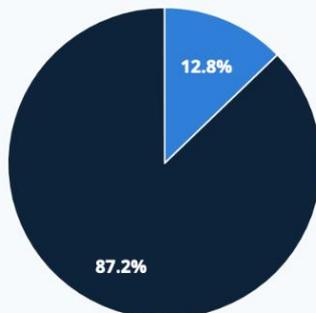
[Chart options »](#)



Laissé vide	31
Valeur entrée par l'utilisateur	16
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	16.69

Quelles sont les compétences ou les qualités spécifiques de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) qui contribuent à instaurer un climat de confiance avec les familles?

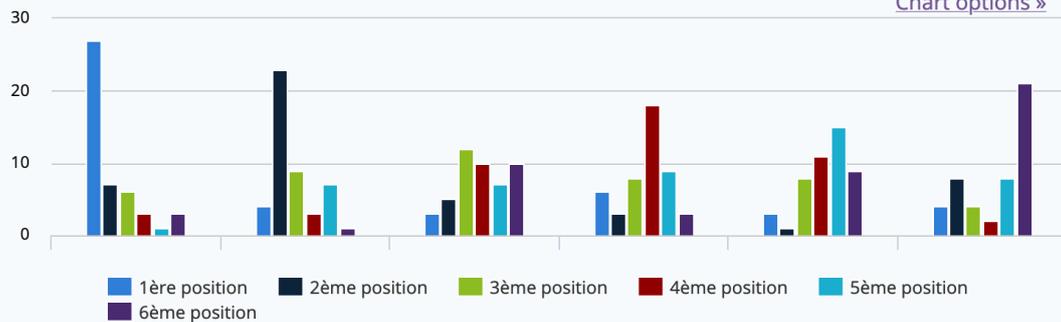
[Chart options »](#)



Laissé vide	6
Valeur entrée par l'utilisateur	41
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	11.05

Classez ces indicateurs selon l'importance que vous leur attribuez pour une relation de confiance optimale :

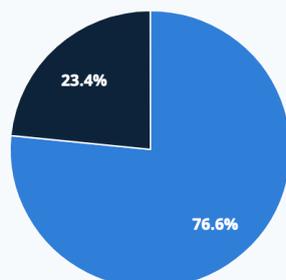
[Chart options »](#)



	1ère position	2ème position	3ème position	4ème position	5ème position	6ème position
Communication ouverte et régulière	27	7	6	3	1	3
Ecoute active	4	23	9	3	7	1
Respect de la confidentialité	3	5	12	10	7	10
Collaboration avec la famille et leur implication	6	3	8	18	9	3
Transparence	3	1	8	11	15	9
Gestion proactive des conflits (anticipation des risques)	4	8	4	2	8	21

Pensez-vous que le moment de la visite de pré admission permettrait d'établir un lien de confiance avec l'établissement ?

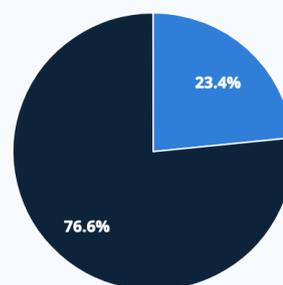
[Chart options »](#)



Oui	36
Non	11

Pourquoi?

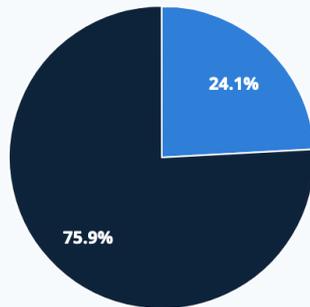
[Chart options »](#)



Laissé vide	11
Valeur entrée par l'utilisateur	36
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	20.06

Avez-vous déjà été confronté à un conflit avec la famille d'un résident?

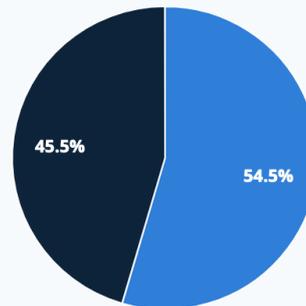
[Chart options »](#)



Non	7
Oui	22

Si oui, cela a-t-il impacté la prise en soin du résident?

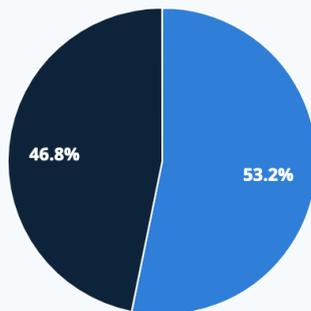
[Chart options »](#)



Oui	12
Non	10

Quelles actions mettez-vous en place pour faire face à cette situations conflictuelles en tant que soignants ?

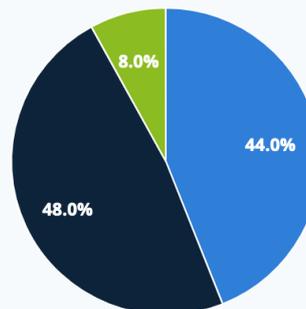
[Chart options »](#)



Laissé vide	25
Valeur entrée par l'utilisateur	22
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	10.64

Quelle serait en moyenne la fréquence que vous donneriez aux situations conflictuelles dans la prise en charge des résidents ?

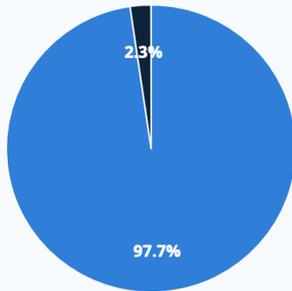
[Chart options »](#)



Rare (1 à 2 par année)	11
Régulière (mensuelle)	12
Constante (toutes les semaines)	2

Il y a t-il un/e Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur dans l'établissement ?

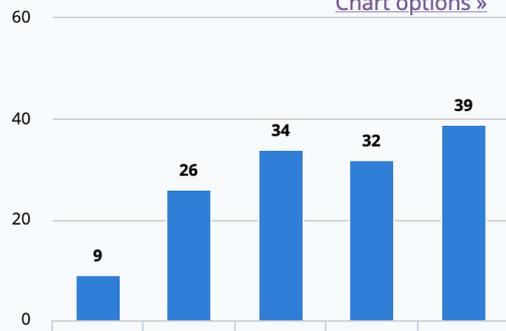
[Chart options »](#)



Oui	42
Non	1

D'après -vous quel(s) serait(aient) le/les rôles de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) ?

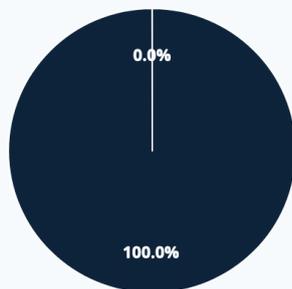
[Chart options »](#)



Gestion de stock	9
Gestion de conflit	26
Gestion de l'équipe pluridisciplinaire	34
Médiateur lors de situations conflictuelles avec les familles	32
Garant de la qualité des soins auprès du résident	39

Quelle(s) action(s) mettez-vous en place pour prévenir les conflits?

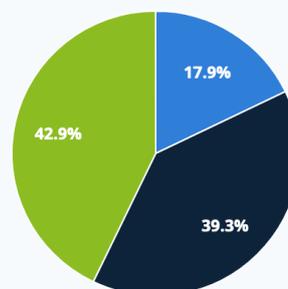
[Chart options »](#)



Laissé vide	0
Valeur entrée par l'utilisateur	4
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	18.25

Vers quelle personne de l'équipe de gestion, vous dirigeriez-vous instinctivement en cas de conflit avec une famille, en vue de sa résolution?

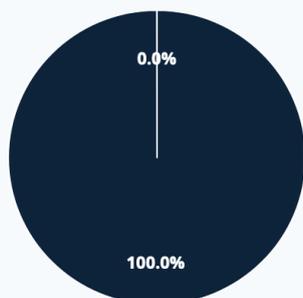
[Chart options »](#)



Le Directeur	5
L'infirmier(e) Référent(e) et Coordinateur(trice)	11
Le Cadre de santé	12

Préciser pour quelle(s) raison(s)?

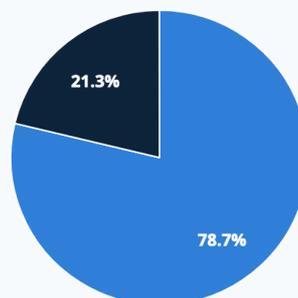
[Chart options »](#)



Laissé vide	0
Valeur entrée par l'utilisateur	47
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	8.74

Qu'avez-vous mis en place à l'EHPAD (procédure et les politiques de l'établissement) pour favoriser une dynamique relationnelle positive ?

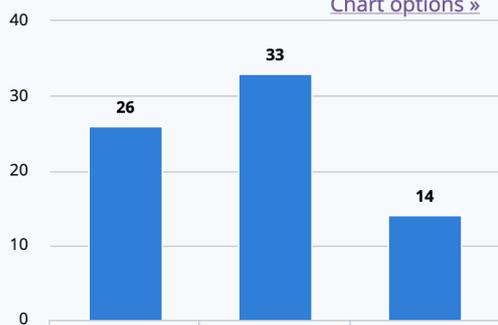
[Chart options »](#)



Laissé vide	37
Valeur entrée par l'utilisateur	10
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	18.60

Dans quelle mesure la famille peut-elle être sollicitée?

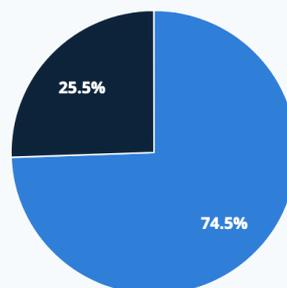
[Chart options »](#)



Dans le nursing (Soins, prise de repas)	26
Dans la gestion administrative (papier administratif : mutuelle santé, mutuelle décès, déclarations d'impôts...)	33
Autre	14

Si autres, précisez:

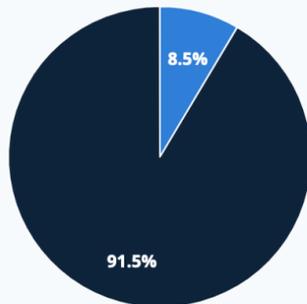
[Chart options »](#)



Laissé vide	35
Valeur entrée par l'utilisateur	12
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	6.25

Choisissez la phrase qui illustre le mieux votre pensée:

[Chart options »](#)

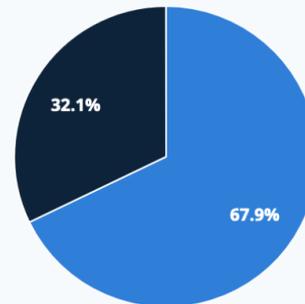


Les évènements indésirables altèrent irrémédiablement la relation de confiance entre la famille et les soignants 4

Le risque zéro n'existe pas, mais l'explication du problème permet le désamorçage des éventuels conflits 43

La reconnaissance de votre travail par la famille vous paraît-elle importante?

[Chart options »](#)

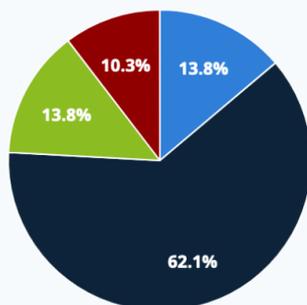


Oui, c'est essentiel 19

Non, ça ne me paraît pas essentiel 9

Comment résolvez-vous majoritairement ces conflits?

[Chart options »](#)



Par de l'analyse de pratique 4

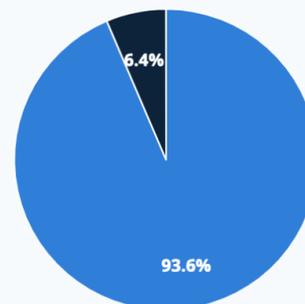
En transmission 18

Lors d'un staff médicale dédié 4

Autre 3

Si autre, précisez:

[Chart options »](#)



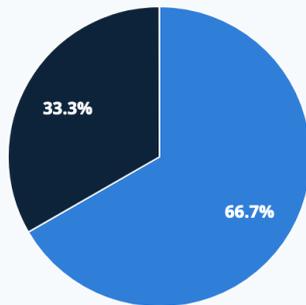
Laissé vide 44

Valeur entrée par l'utilisateur 3

Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs) 10.00

Avez-vous déjà interagi avec l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice)?

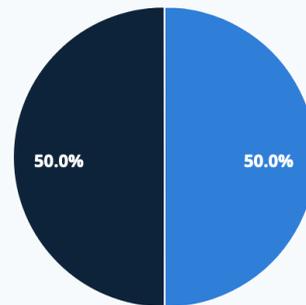
[Chart options »](#)



Oui	8
Non	4

Comment évaluez-vous ces interactions ?

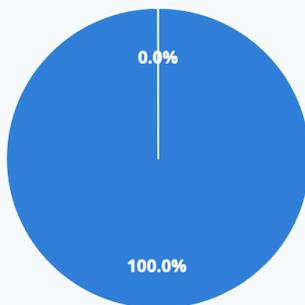
[Chart options »](#)



Constructives	4
Rassurantes	4

Si inutiles, pourquoi?

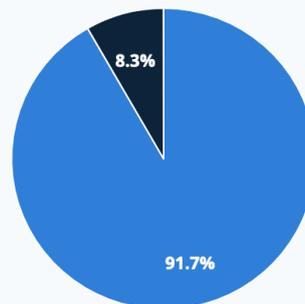
[Chart options »](#)



Laissé vide	43
Valeur entrée par l'utilisateur	0
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	0

Avez-vous bénéficié de conseil/soutien de la part de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) pour mieux comprendre les besoins et les attentes de votre proche résidant dans l'EHPAD ?

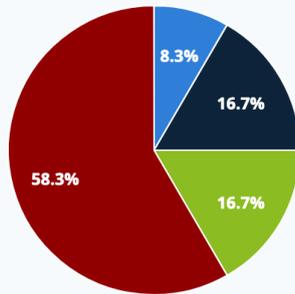
[Chart options »](#)



Oui	11
Non	1

Vers quel professionnel de la structure vous dirigeriez-vous instinctivement en cas de problématique rencontrée dans la prise en soin de votre proche ?

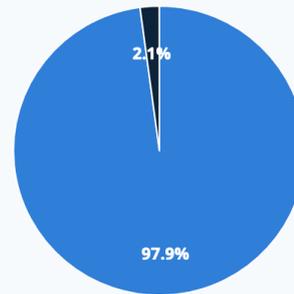
[Chart options »](#)



Le directeur	1
L'IRCO/cadre de santé	2
Le médecin coordonnateur	2
Les soignants (aide soignant, infirmier, aide médico psychologique)	7

Pensez-vous que la famille peut être incluse dans la prise en charge des résidents ?

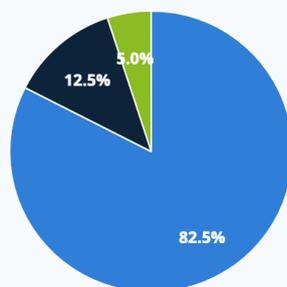
[Chart options »](#)



Oui	46
Non	1

Pour les établissements ayant un poste d'infirmier (ère) référent(e) coordinateur (trice): observez-vous des échanges « familles-soignants » de meilleure qualité lorsqu'il/elle est présent(e):

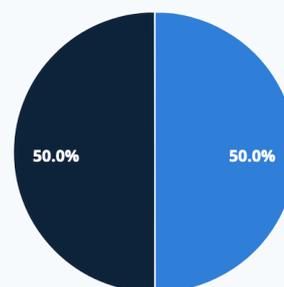
[Chart options »](#)



Plutôt oui	33
Plutôt non	5
Absolument !	2

L'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) a-t-il (elle) facilité la communication entre vous et l'équipe soignante lors de situations conflictuelles?

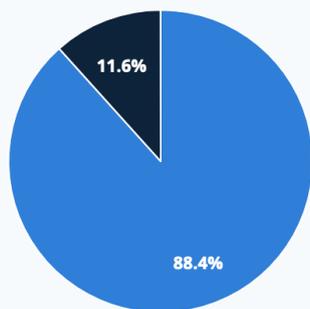
[Chart options »](#)



Oui	5
Non	5

Si oui, de quelle manière ?

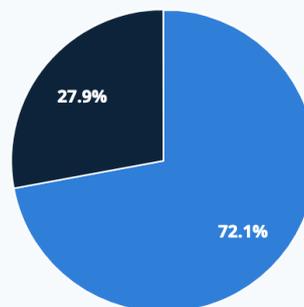
[Chart options »](#)



Laissé vide	38
Valeur entrée par l'utilisateur	5
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	4.80

Dans quelle mesure l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) vous a-t-elle soutenu dans la résolution de problème ou de conflits avec les familles? Pouvez-vous donner des exemples?

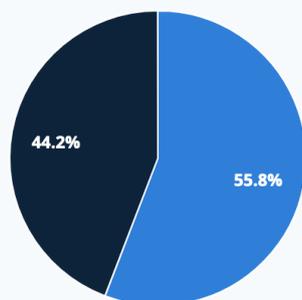
[Chart options »](#)



Laissé vide	31
Valeur entrée par l'utilisateur	12
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	20.83

Comment l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) vous informe-t-il (elle) des besoins et des attentes des familles?

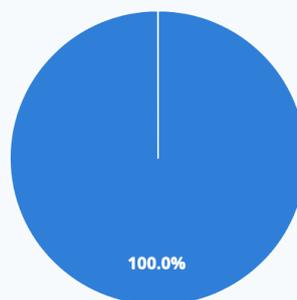
[Chart options »](#)



Laissé vide	24
Valeur entrée par l'utilisateur	19
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	7.95

Est-ce que cela vous aide au quotidien ?

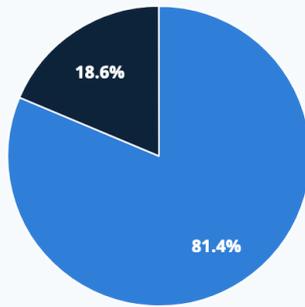
[Chart options »](#)



Oui	12
-----	----

Quelles suggestions ou recommandations avez-vous pour renforcer davantage le rôle de l'infirmier(ère) référent(e) coordinateur(trice) dans l'instauration d'un climat de confiance avec les familles?

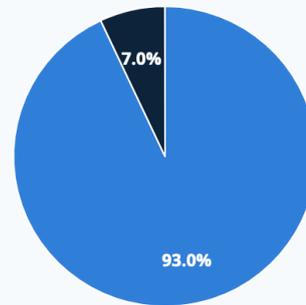
[Chart options »](#)



Laissé vide	35
Valeur entrée par l'utilisateur	8
Longueur moyenne des soumissions en mots (sans les blancs)	19.13

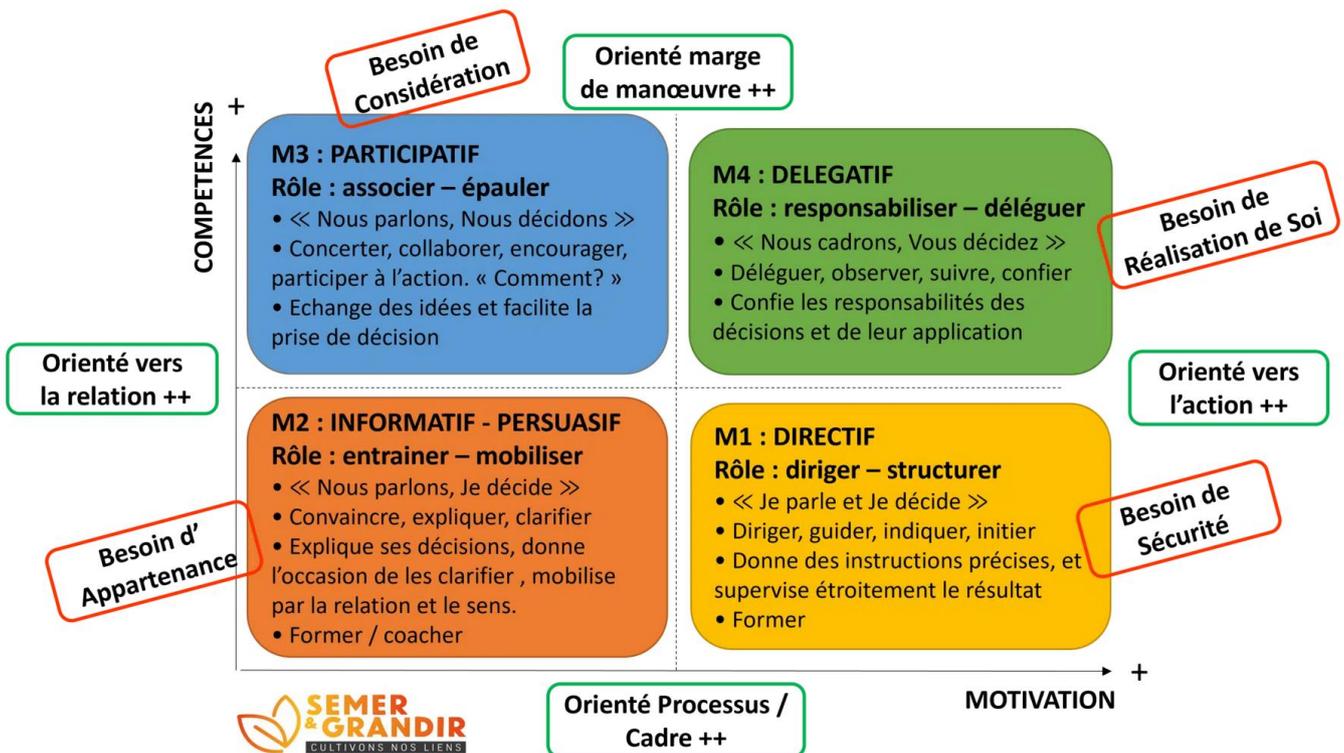
Direz-vous que l'infirmier (ère) coordinateur (trice) est facilitateur pour créer une relation de confiance entre les familles, l'équipe et l'institution ?

[Chart options »](#)



Oui	40
Non	3

Annexe 5 : Style de management



MANAGEMENT DIRECTIF	Objectif : structurer, diriger. Tendance : « Je parle, je décide. » Actions du Manager : il décide, donne ses instructions. Il utilise sa force hiérarchique si besoin, il impose, organise et contrôle + il forme.	
MANAGEMENT PERSUASIF	Objectif : Persuader, mobiliser, coacher, entraîner. Tendance : « Nous parlons, je décide. » Actions du Manager : il donne des instructions précises, explique ses choix. Il utilise sa force de persuasion et de conviction + il forme.	
MANAGEMENT PARTICIPATIF	Objectif : Associer, encourager, soutenir. Tendance : « Nous parlons, nous décidons. » Actions du Manager : il écoute, donne son avis, partage la décision. Il utilise sa force de conseil et de négociation. Il interroge sur « comment faire ? »	
MANAGEMENT DELEGATIF	Objectif : Responsabiliser. Tendance : « Nous parlons, vous décidez. » Actions du Manager : il reste en retrait et accompagne selon les besoins, au soutien. Il utilise sa force de délégation et transmet les responsabilités.	