



*DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD  
DU d'Infirmier(ière) Référent(e) et coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD*

---

***Le rôle de L'IDEC et du MEDCO dans le vécu des familles lors de l'entrée de leur proche en institution***

---

Année universitaire 2024

**Directrice de mémoire :** Dr ANDRIEU Anne-Gaëlle

**Etudiantes :**

- KASSOU Lina
- RASOLONIRINA Véro

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier notre directrice de mémoire, le Dr Anne-Gaëlle ANDRIEU pour son soutien et ses conseils.

L'équipe pédagogique du DU et tous les intervenants lors des cours pour le partage de leurs connaissances.

Nous tenons également à remercier nos lieux de stage, et tous les professionnels ayant répondu à notre enquête pour la réalisation de ce mémoire.

# **Sommaire**

## **I. Introduction**

### **1.1. Contexte et Importance du Sujet**

## **II. Problématique de départ**

## **III. Présentation de la situation**

### **3.1 Tentative de compréhension du conflit familles-soignants**

### **3.2. Deuil face à l'Institutionnalisation**

#### **3.2.1 Vécu du deuil de l'institutionnalisation par les familles**

#### **3.2.2 Vécu du deuil de l'institutionnalisation par la personne âgée : la nécessité d'une préparation.**

## **IV. Relation soignants- famille.**

### **4.1. Points de tensions entre Soignants et Familles**

### **4.2. Basculement entre Conflit et Coopération : les déterminants de la relations famille/ soignants. Frustration et Attentes Non Satisfaites**

#### **4.2.1 Demande de communication ouverte et désir d'Information et implication des familles**

#### **4.2.2 Demande de partage relationnel et mauvaise compréhension des familles des conditions de travail des soignants**

#### **4.2.3 Stratégies de défense mises en place par les familles d'un côté, les soignants de l'autre.**

## **V. Soins centrés sur la personne âgée et maintien de sa dignité :**

### **5.1 Le projet de soins personnalisé, gestion de la relation soignant/ famille et les contraintes à sa parfaite mise en œuvre.**

### **5.2. L'abord de la notion de bientraitance en EHPAD : L'exemple de la formation Humanitude**

## **VI. Gestion des attentes et des frustrations : comprendre les difficultés des soignants**

### **6.1. Angoisse et épuisement professionnel.**

### **6.2 Attachement et engagement des soignants à leur métier malgré des contraintes institutionnelles de plus en plus difficiles à supporter**

### **6.3 Une exigence de soin croissante contradictoire avec une diminution des moyens toujours plus importante**

### **6.4 Gestion d'équipe et encadrement**

## **VII. Enquête :**

**7.1 Méthodologie de l'enquête**

**7.2 Résultats**

## **VIII Discussion**

**8.1 Analyse du questionnaire destiné aux soignants**

**8.1.1 Forces de l'étude**

**8.1.2. Limites de l'étude**

**8.2 Analyse du questionnaire destiné aux collègues du DU :**

**8.2.1 Forces de l'étude**

**8.2.2 Limites de l'étude**

**8.3 Analyse du questionnaire de satisfaction 2023 destiné aux familles :**

**8.3.1 Forces de l'étude**

**8.3.2 Limites de l'étude**

## **IX. Conclusion et Perspectives**

**9.1. Le trio directeur-infirmier coordinateur- médecin coordonnateur dans leur rôle de manager coach attentif à une ambiance de travail propice aux échanges.**

**9.2. Introduction la notion de renforcement positif auprès des soignants**

**9.3 Formation de l'équipe soignante : Stratégies de Communication avec la personne âgée : L'accès aux formations à la bientraitance**

**9.4. Ouverture sur les Solutions et l'Amélioration Continue**

**9.4.1 Mise en place de protocoles adaptés et rappel des bonnes pratiques gériatrique**

**9.4.2 Encouragement des soignants à la prise de parole au conseil de la vie sociale (CVS)**

**9.4.3 Rédaction et ré-actualisation régulière de la charte famille/soignants**

**Résumé**

**Abstract**

**Bibliographie**

**ANNEXES**

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS :**

MEDCOO : Médecin coordonateur

IDEC : Infirmier diplômée d'état coordonateur

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

HAS : Haute Autorité de Santé

INSP : institut national du service public

DU : Diplôme Universitaire

## **I. Introduction**

### **1.1. Contexte et importance du sujet**

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou EHPAD sont des structures médicalisées accueillant en moyenne entre 50 et 120 personnes âgées de plus de 60 ans (des personnes de moins de 60 ans peuvent être admises sous dérogation) en perte d'autonomie nécessitant une assistance médicale.

Le passage du domicile à l'EHPAD est l'une des expériences de vie les plus stressantes pour les personnes âgées. Le "stress du déménagement" est un facteur de risque important d'anxiété et/ou de dépression chez les résidents des établissements de soins pour personnes âgées. Qu'ils soient de longue durée ou récemment diagnostiqués, ces troubles de l'humeur sont associés à une dégradation du bien-être général, du fonctionnement quotidien et de l'autonomie.

Les familles des personnes qui entrent et vivent dans des établissements de soins pour personnes âgées ont un vécu émotionnel complexe, et il existe peu d'interventions de soutien au deuil liées à l'institutionnalisation fondées sur des données probantes, spécifiquement axées sur cette population.

L'expérience émotionnelle des familles rend l'entrée des résidents en institution plus complexe en raison d'une exigence accrue de prise en charge, ce qui contribue à la majoration d'un épuisement des soignants et l'apparition de conflits avec les familles.

Le MEDCOO et l'infirmier coordonnateur ont un rôle-clef dans l'expérience globale de l'accueil du résident et de ses proches au sein de la résidence : de la transition domicile / institutionnalisation à la reconnaissance des besoins des résidents en matière de santé mentale des résidents et de leurs proches aidants. Le MEDCOO et l'infirmière coordonnatrice ont également un rôle de supervision et management des équipes dans l'accompagnement de cette transition domicile/ institution.

Questions :

[A] Quel type de vécu émotionnel du résident et de ses proches est à considérer lors de l'entrée d'un résident en institution ?

[B] Quelles sont les stratégies de management que le MEDCOO et l'infirmier(-re) coordonnateur(trice) doivent adopter et transmettre aux soignants afin de préparer au mieux l'entrée en institution du résident?

## **II. Problématique de départ :**

En quoi la formation de l'équipe soignante par le MEDCOO et l'IDEC est-elle cruciale pour accompagner les proches aidants lors de l'admission d'un être cher en EHPAD?

## **III. Présentation de la situation**

### **3.1 Tentative de compréhension du conflit familles- soignants**

Les conflits entre les familles et les soignants peuvent avoir diverses causes. Certaines causes préexistent avant même l'entrée de l'être cher en institution et ne sont pas toujours directement liées à l'entrée du résident en EHPAD ce qui place les soignants dans une situation d'incompréhension.

Ces conflits peuvent découler de facteurs sous-jacents tels que des problèmes psychologiques ou psychiatriques au sein de la famille, des désaccords, ainsi que des problèmes financiers, indécatesse envers le parent ou d'autres difficultés relationnelles non exprimées par les familles. Ces conflits intrafamiliaux peuvent ainsi influencer les relations entre les familles et les soignants sans que ces derniers en soient responsables. <sup>1</sup>

Cette situation entraîne une incompréhension mutuelle et une frustration des deux côtés.

### **3.2. Deuil face à l'Institutionnalisation**

La décompensation des pathologies et le départ définitif du domicile familial peuvent avoir un impact traumatique sur la personne concernée, qui se retrouve menacée

---

<sup>1</sup> P Thomas, C Hazif Thomas, P Tho "Conflits intrafamiliaux et tensions famille-soignants en Ehpads" *Soins Gerontol*, 2018, Elsevier

dans son existence et déracinée de son environnement habituel. Ces situations affectent également tous les membres de la famille, indépendamment de leur degré de proximité, en les confrontant à la dissolution du foyer familial et à l'idée de la perte du parent concerné.

Une personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs, en perte d'autonomie, devient progressivement moins en mesure de fournir à sa famille les repères nécessaires pour établir une relation authentique. La personne âgée et sa famille font face à la réalité de la dépendance et la symbolique du déclin, générant un désordre tant sur le plan des pensées que des émotions. Les familles et les personnes âgées semblent souvent s'accrocher à une réalité d'une époque révolue, rendant difficile le passage à une nouvelle dynamique et créant une confusion sur les limites et sur les actions à entreprendre pour fournir un soutien efficace.<sup>2</sup>

### **3.2.1 Vécu du deuil de l'institutionnalisation par les familles**

Dans ces cas, nous pouvons parler d'un véritable deuil à réaliser pour lequel il est possible d'établir un parallèle avec les étapes du deuil décrites par Elisabeth Kübler-Ross. Tant l'aidant que la personne aidée doivent faire le deuil d'une époque où cette dernière était en bonne santé et autonome. Les étapes du deuil appliqué au processus d'institutionnalisation d'un proche : inclut des sentiments d'in concevabilité, d'ambivalence, de doute, d'impuissance, de culpabilité, et finalement de soulagement. Comme dans le cadre du deuil, chaque étape est facultative et peut parfois se chevaucher avec d'autres.<sup>3</sup>

### **3.2.2 Vécu du deuil de l'institutionnalisation par la personne âgée : la nécessité d'une préparation.**

Malgré le fait que 86 % des personnes âgées en établissement déclarent vivre « plutôt bien » l'institutionnalisation, la survenue d'épisodes de dépression y est plus fréquente

---

<sup>2</sup> P Thomas, C Hazif Thomas, P Tho "Conflits intrafamiliaux et tensions famille-soignants en Ehpad" Soins Gerontol, 2018, Elsevier

<sup>3</sup> D Benhaberou-Brun "L'Alzheimer vu sous l'angle des aidants." PRATIQUE CLINIQUE décembre 2014, vol. 11 n°5, [en ligne] Disponible sur [Alzheimers-from-the-point-of-view-of-the-caregiver.pdf](https://www.researchgate.net/publication/312111111-Alzheimers-from-the-point-of-view-of-the-caregiver) (researchgate.net) (consulté en juin 2024)



qu'à domicile. Au cours de la première année suivant leur admission, période qui semble influencer le bien-être futur, un épisode dépressif majeur est observé chez 10 à 15 % des résidents.

Le succès de la transition entre l'EHPAD et le domicile dépend fortement des stratégies d'adaptation mises en place par la personne âgée, qui lui permettent de se réengager dans des activités considérées comme essentielles.

Cela lui permet de conserver un certain contrôle sur le processus de vieillissement. Gérer et accepter les pertes liées à l'âge, éviter de céder à l'abandon. L'expérience de l'entrée en institution varie selon qu'elle est choisie par la personne, simplement acceptée ou imposée par un tiers.

L'implication de la personne âgée dans la décision est cruciale : 74 % des résidents ayant pris seul leur décision se déclarent satisfaits, contre 59 % lorsque le choix a été fait en concertation avec la famille et seulement 37,5 % lorsque la décision a été prise uniquement par la famille. La négociation implique trois parties : le patient, la famille et l'équipe soignante. De ce fait, l'anticipation constitue un élément clé : plus de la moitié des résidents affirment ne pas s'être sentis suffisamment préparés, et 40 % estiment que leur entrée a eu lieu de manière précipitée. Le déménagement représente toujours un bouleversement. Dans leur domicile, la familiarité de l'environnement atténue la perception du vieillissement, tandis que l'admission en institution marque une nouvelle étape dans le parcours de la vieillesse.<sup>4</sup>

L'intégration dans l'environnement collectif est étroitement liée aux interactions avec les autres résidents, chacun évaluant son propre vieillissement en comparaison avec celui des autres.

---

<sup>4</sup> JLE "L'entrée des personnes âgées en institution : passer le deuil", Volume 15, numéro 8, Octobre 2019, [en ligne] Disponible sur [JLE - Médecine - L'entrée des personnes âgées en institution : passer le deuil](#) (consulté en juin 2024)

## **IV. Relation soignants- famille.**

### **4.1. Points de tensions entre Soignants et Familles**

Les conflits sont particulièrement fréquents dans les relations entre les équipes soignantes et les familles. Ces dernières ressentent souvent une culpabilité liée à l'institutionnalisation de leurs proches, car elles se voient contraintes de recourir à une institution, souvent perçue comme une restriction de liberté. De plus, la peur de la maltraitance en établissement, dont l'ampleur reste encore mal quantifiée, ainsi que celle de l'isolement, peuvent également contribuer à cette perception. Cette situation peut être difficile à gérer pour les professionnels.

D'après la DREES, les familles et proches expriment des attentes élevées concernant la qualité des services, que ce soit en termes d'hébergement, d'accompagnement relationnel ou de préservation des capacités, le tout étant souvent considéré comme coûteux. Par ailleurs, les professionnels constatent que les retours des familles se focalisent souvent sur les dysfonctionnements, plutôt que de mettre en avant les aspects positifs de l'accompagnement. <sup>5</sup>

### **4.2. Basculement entre Conflit et Coopération : les déterminants de la relation famille/ soignants.**

#### **4.2.1 Demande de communication ouverte et désir d'Information et implication des familles**

L'entrée en EHPAD ne signifie pas nécessairement la fin de l'engagement familial dans le soin. Naturellement, les familles qui ont souvent exercé des tâches au domicile et ont assuré une présence relationnelle ainsi qu'un soutien affectif pendant plusieurs années souhaitent continuer à participer aux soins et à s'impliquer dans les décisions concernant leurs proches, ce qui renforce leur sentiment d'appartenance et de soutien. Cependant, il est observé que les soignants semblent plus à l'aise avec les familles qui adoptent avec eux un échange plus superficiel et moins intrusif dans les soins.

---

<sup>5</sup> R Marquier, T Vroylandt (DREES) M Chenal, P Jolidon, T Laurent, C Peyrot, T Straub, C Toldre (ENEIS Conseil) "Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés", Les dossiers de la DRESS, Septembre 2016, [en ligne] Disponible sur conditions-travail-ehpad\_drees\_09-2016.pdf (ac-poitiers.fr) (consulté en juillet 2024)

#### **4.2.2 Demande de partage relationnel et mauvaise compréhension des familles des conditions de travail des soignants**

Le point de départ des conflits relationnels avec les familles est souvent le fait que les proches ou les résidents se plaignent d'une mauvaise prise en charge voire d'un manque d'attention. Les soins techniques envers leur proche âgé, qui incombent le plus souvent aux infirmiers, ne sont pas remis en cause. En revanche, la présence ou l'absence de la dimension relationnelle et émotionnelle est particulièrement scrutée par les familles qui l'associent à la qualité des soins prodigués à leur proche. C'est d'autant plus vrai que les familles payant pour leur parent, elles se comportent en clients et attendent un service irréprochable. Les familles décrivent les soignants comme dévoués mais jugent leur nombre insuffisant et leur formation potentiellement limitée.

En raison de contraintes de temps importantes, le personnel se concentre principalement sur les soins de base et les tâches prescrites, ce qui laisse peu de place pour le relationnel, pourtant essentiel pour les résidents, les familles et même pour les soignants eux-mêmes. Parfois ces mêmes soins de base sont ressentis par les familles comme bâclés par les soignants. L'alimentation est souvent évoquée, la nourriture est parfois considérée comme médiocre ou inadaptée. Une mauvaise installation au fauteuil signale, selon les proches, un manque d'attention symptomatiques non seulement d'une mauvaise prise en charge mais aussi d'une atteinte à l'image et à la dignité du résident. L'habillement est également une source potentielle de conflit : tandis que les soignants privilégient une tenue facile à porter et adaptée à l'état actuel du résident, les proches considèrent que celle-ci n'est pas respectueuse de sa personne.<sup>6</sup>

Les moments de plus grande intimité entre les résidents et les soignants cristallisent davantage les plaintes : les soins, la toilette, la pratique de ne changer les protections des résidents qu'à certaines heures indépendamment de leurs besoins.

Les soignants se plaignent à leur tour d'être maltraités par les familles et ressentent les critiques comme excessives et injustes au vu de leurs propres contraintes de

---

<sup>6</sup> M Spranzi, C Le Bon, C Meuris "Les conflits de territorialités en gériatrie : les enjeux éthiques", September 2019, Pages 111-119

temps et d'énergie. Ils sentent également une remise en cause de leur travail et de leur identité professionnelle. Certaines demandes appuyées et répétées des proches sont ressenties également comme des ordres par les professionnels qui déplorent un manque de reconnaissance voire un mépris.<sup>7</sup>

#### **4.2.3 Stratégies de défense mises en place par les familles d'un côté, les soignants de l'autre.**

Ces manifestations d'agressions mutuelles suscitent de part et d'autre des stratégies de défense qui aggravent plus qu'elles apaisent les difficultés relationnelles de départ. La première stratégie de défense adoptée par les soignants consiste à éviter certaines interactions, ce qui peut renforcer chez les proches un sentiment de négligence et confirmer, voire accentuer, leurs critiques initiales. Dans ce contexte, les familles peuvent intensifier leur présence sur place pour accomplir les tâches quotidiennes et surveiller le travail des soignants, ce qui engendre une méfiance accrue de la part de ces derniers. Les soignants, à leur tour, se retranchent derrière des pratiques organisationnelles défailtantes dont ils seraient eux-mêmes victimes : les contraintes de temps notamment. Les proches, en réponse, déploient également des stratégies contre-productives en faisant appel à la hiérarchie (IDEC, médecin, directeur) pour tenter d'obtenir gain de cause ou en tentant de casser la solidarité entre les soignants en s'appuyant sur ceux avec qui ils entretiennent de bonnes relations.<sup>8</sup>

### **V. Soins centrés sur la personne âgée et maintien de sa dignité**

#### **5.1 Le projet de soins personnalisé, gestion de la relation soignant/ famille et les contraintes à sa parfaite mise en œuvre.**

La famille (et les proches) se concentre sur la qualité de vie et le respect de la dignité du résident, tout en reconnaissant que cela influence sa propre perception de la qualité de vie. Elle cherche à se rassurer et à alléger sa culpabilité concernant les

---

<sup>7</sup> M Spranzi, C Le Bon, C Meuris "Les conflits de territorialités en gériatrie : les enjeux éthiques", September 2019, Pages 111-119

<sup>8</sup> P. Thomas, C. Hazif-Thomas, "Prendre le risque d'investir les familles, une école de vie pour les soignants", NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, Volume 15, Issue 89, October 2015, Pages 290-297, [en ligne] Disponible sur Prendre le risque d'investir les familles, une école de vie pour les soignants - ScienceDirect (consulté en juillet 2024)

décisions d'institutionnalisation, en se basant sur le bien-être observé ou supposé de leur proche dans son nouvel environnement de vie.

La dignité de la personne, bien que complexe, est un concept fondamental qui se situe au cœur des soins centrés sur la personne âgée, notamment dans le cadre de projets de soins personnalisés. Cette notion peut également être à l'origine des tensions entre familles et soignants en EHPAD.

Dans le discours des soignants, l'EHPAD est souvent décrit comme un lieu de vie où les soins et la prise en charge des personnes âgées sont associés à un accompagnement individualisé dans le cadre d'un projet consenti et partagé. Cependant, en réalité, l'EHPAD demeure principalement un établissement de soins, où la question de la personnalisation peine à s'imposer. Bien que des outils visant à favoriser l'individualisation soient disponibles et en développement.

Les procédures d'élaboration et de mise en œuvre des projets de vie individualisés présentent une certaine uniformité. Elles s'appuient sur des échanges entre l'équipe pluridisciplinaire, la personne concernée et sa famille, visant à aboutir à un projet accepté par toutes les parties. Cependant, ces échanges peuvent être limités en fonction de l'état cognitif de la personne et de la participation de sa famille à l'élaboration du plan d'aide. Une fois formalisé, le projet se présente sous la forme d'un document qui recueille l'histoire et les habitudes de vie de la personne accueillie en EHPAD, ainsi que des informations médicales. Ce document précise également les objectifs en matière de soins quotidiens, la toilette, les repas, les déplacements, etc. en tenant compte des besoins et des souhaits de la personne. Pour chaque objectif, les membres responsables de sa mise en œuvre sont identifiés. Ce document constitue donc une synthèse des données biographiques, sociales et cognitives, accompagnée d'objectifs déclinés en actions concrètes.<sup>9</sup>

Dans de nombreux cas, face à une dépendance croissante des résidents en institution, ceux-ci n'ont plus la capacité de s'exprimer. Dans ces situations, le recueil des informations se fait généralement avec l'aide des familles, qui en jugent la

---

<sup>9</sup> Mélina Éloi, Philippe Martin, "La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations" *Revue française des affaires sociales*, 2017, pages 21 à 40, [en ligne] Disponible sur [La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations | Cairn.info](https:// Cairn.info) (consulté en juillet 2024)

pertinence. Bien que le résident soit consulté au préalable et que le document qui en résulte lui soit présenté pour validation ou modification, les observations sur le terrain montrent que peu d'établissements élaborent ce document en temps réel en collaboration avec le résident. La formalisation et la mise à jour des Projets de Vie Personnalisés posent donc des difficultés. De plus, ces tâches sont souvent perçues comme chronophages.<sup>10</sup>

Il apparaît que l'enjeu principal des projets de vie individualisés réside dans la clarification des modalités de prise en charge avec les familles. Ainsi, le PP peut être considéré comme un outil de gestion de la relation avec les familles, même si les professionnels affirment qu'ils s'efforcent d'adapter leurs pratiques quotidiennes aux souhaits du résident, à son individualité et à son niveau d'autonomie.

## **5.2. L'abord de la notion de bientraitance en EHPAD : L'exemple de la formation Humanitude**

La posture de bientraitance est définie par l'ANESM comme « une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus ». Thématique émergente de la certification V2010 de la HAS, ce concept du « prendre soin », s'étendant au-delà des seuls aspects techniques, prend tout son sens en établissement sanitaire.<sup>11</sup>

Les acteurs prédisposés à la bientraitance sont le professionnel de santé, l'établissement, l'institution ainsi que la personne âgée et son entourage. La bientraitance est donc multifactorielle et nécessite une vision globale de la prise en charge au-delà de l'acte technique et de la posture professionnelle. Centrée sur le résident, la bientraitance est le miroir de l'équilibre entre qualité souhaitée et attendue et qualité délivrée et ressentie. Garante d'une prise en charge personnalisée du résident, l'institution et le management ont un rôle essentiel à jouer dans la promotion

---

<sup>10</sup> Mélina Éloi, Philippe Martin, "La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations" Revue française des affaires sociales, 2017, pages 21 à 40, [en ligne] Disponible sur La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations | Cairn.info (consulté en juillet 2024)

<sup>11</sup> HAS, "Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD Groupe Bientraitance" FORAP-HAS, Mai 2012 [en ligne] Disponible sur bientraitance\_-\_rapport.pdf (has-sante.fr) (consulté en juillet 2024)

de la bientraitance. L'accompagnement par le questionnement, la sensibilisation, la formation sont indispensables pour les équipes.

Le professionnel de santé favorise la bientraitance par la mobilisation de ses connaissances, son savoir-être (sa posture professionnelle, son humanisme), et son savoir-faire (ses compétences). Le savoir-être contribue au climat de confiance, au respect et à l'écoute du résident. Le savoir-faire se décline tout au long de la prise en charge du résident de l'admission à la sortie. Le management, la hiérarchie au niveau de l'institution favorisent la bientraitance du patient par l'intégration de cette dimension dans l'ensemble de ses processus dont le processus de pilotage et de support<sup>12</sup>

Une formation qui peut contribuer à améliorer la communication entre les soignants et les résidents, est la formation Humanitude, élaborée par Yves Gineste et Rosette Marescotti. Cette formation vise à redéfinir l'approche des soins aux personnes âgées en respectant leur dignité, leurs droits et leur individualité. Elle propose également une méthode de soins bienveillante pour favoriser de meilleures relations entre les soignants et les personnes âgées dépendantes.

Il existe cinq principes à la philosophie de l'Humanitude : <sup>13</sup>

1. « Zéro soin de force » : Ce principe stipule qu'aucun soin ne doit être administré de manière coercitive ou violente. Les soins doivent être acceptés par la personne âgée, même s'ils doivent parfois être différés, sans pour autant abandonner l'accompagnement.
2. « Lieu de vie, lieu d'envies » : L'objectif est de proposer un projet d'accompagnement individualisé de chaque établissement, afin de favoriser un environnement de travail et de vie motivant au sein de la structure de soins.
3. « Vivre et mourir debout » : Humanitude encourage les personnes âgées à rester le plus possible en position debout ou à se déplacer quotidiennement. Selon Yves Gineste et Rosette Marescotti, 20 minutes de verticalisation par jour peuvent prévenir

---

<sup>12</sup> HAS, "Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD Groupe Bientraitance" FORAP-HAS, Mai 2012 [en ligne] Disponible sur [bientraitance\\_-\\_rapport.pdf](#) (has-sante.fr) (consulté en juillet 2024)

<sup>13</sup> F-X Albouy, A Moret, "Analyse des dispositifs de formation des soignants en EHPAD", Etude réalisée avec le soutien de la Caisse des Dépôts, Juin 2021 [en ligne] Disponible sur [Rapp final TDTE juin 2021 - Analyse des dispositifs de formations des soignants en EHPAD.pdf](#) (caissedesdepots.fr) (consulté en juillet 2024)

la grabatisation et ses complications à la fin de la vie.

4. « Ouverture vers l'extérieur » : Les établissements suivant la philosophie de l'Humanitude doivent favoriser l'accès à des ressources extérieures, telles que les familles, les bénévoles, les associations, les écoles et les activités culturelles.

5. « Respect de la singularité et de l'intimité » : Il est essentiel de respecter les rythmes de vie de chaque personne, notamment en ce qui concerne le sommeil, les repas et les activités, et respecter leurs choix personnels.

L'Humanitude est aussi fondée sur trois piliers de communication : le regard, la parole et le toucher et un pilier identitaire : la verticalité, le fait d'être debout. Ces quatre piliers sont le fondement de l'Humanitude et sont considérés comme vitaux pour maintenir des relations humaines dignes tout au long de la vie.

La philosophie de l'Humanitude cherche à redéfinir le rôle des soignants en évoluant de la bienveillance vers la bienveillance, en considérant les patients comme des clients des soins. Dans cette approche, les personnes âgées ne sont plus perçues comme des bénéficiaires passifs des soins, mais comme des individus actifs impliqués dans leur propre gestion de la dépendance.

## **VI. Gestion des attentes et des frustrations : comprendre les difficultés des soignants**

### **6.1. Angoisse et épuisement professionnel.**

Les principaux motifs d'épuisement professionnel des soignants sont identifiés<sup>14</sup>: l'augmentation de la charge de travail, qui peut devenir intolérable, ainsi qu'une évolution du secteur médico-social vers un modèle plus sanitaire. De plus, on observe une diminution des pratiques d'entraide et de solidarité au sein des équipes, accompagnée d'une tendance vers une prise en charge plus individualisée, qui répond aux attentes des nouvelles générations de personnes âgées dépendantes, mais qui est difficile à concilier avec les contraintes de l'organisation en collectivité. Par ailleurs, les exigences croissantes des usagers en matière de présence, de disponibilité et

---

<sup>14</sup> R Marquier, T Vroylandt (DREES) M Chenal, P Jolidon, T Laurent, C Peyrot, T Straub, C Toldre (ENEIS Conseil) "Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés", Les dossiers de la DRESS, Septembre 2016, [en ligne] Disponible sur conditions-travail-ehpad\_drees\_09-2016.pdf (ac-poitiers.fr) (consulté en juillet 2024)



d'hygiène ajoutent à la pression sur les soignants.

La médicalisation accrue des établissements, en réponse à des niveaux de dépendance plus élevés chez les résidents, suscite également des inquiétudes parmi les professionnels. Cela s'oppose à la manière dont ils définissent leur identité professionnelle, qui privilégie le « care » c'est à dire l'accompagnement global et la relation humaine, par rapport à la technicité des soins.

## **6.2 Attachement et engagement des soignants à leur métier malgré des contraintes institutionnelles de plus en plus difficiles à supporter**

Quelles que soient les raisons qui les ont conduits à choisir leur orientation professionnelle, qu'elles soient liées à des normes sociales ou à des convictions personnelles, une grande majorité des professionnels interrogés<sup>15</sup> lors des entretiens expriment une réelle satisfaction à l'égard de leur métier. Leur attachement semble principalement lié à la signification et à l'importance de leur rôle au sein de la collectivité, qui consiste à prendre soin des autres, à favoriser le bien-être et à apporter du soulagement aux personnes fragiles. Parmi les tâches qu'ils accomplissent, les pratiques d'accompagnement, telles que la discussion et l'échange, ainsi que les activités de stimulation, sont mises en avant. Les soins liés aux besoins quotidiens, tels que l'alimentation, l'hygiène et le repos, sont aussi évoqués surtout lorsqu'ils permettent de créer un moment de convivialité avec le résident.

## **6.3 Une exigence de soin croissante contradictoire avec une diminution des moyens toujours plus importante**

L'organisation institutionnelle présente une certaine rigidité qui affecte la capacité des équipes à s'ajuster aux rythmes de vie des résidents. La question des moyens contraints concerne toutes les catégories d'EHPAD.

D'après la DREES<sup>16</sup>, les logiques de rentabilité et de productivité, généralement

---

<sup>15</sup> R Marquier, T Vroylandt (DREES) M Chenal, P Jolidon, T Laurent, C Peyrot, T Straub, C Toldre (ENEIS Conseil) "Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés", Les dossiers de la DRESS, Septembre 2016, [en ligne] Disponible sur conditions-travail-ehpad\_drees\_09-2016.pdf (ac-poitiers.fr) (consulté en juillet 2024)

<sup>16</sup> R Marquier, T Vroylandt (DREES) M Chenal, P Jolidon, T Laurent, C Peyrot, T Straub, C Toldre (ENEIS Conseil) "Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels

attendues dans les établissements à but lucratif et, dans une moindre mesure, dans ceux relevant d'autres statuts, sont également signalées et critiquées par les professionnels. Ils font face, d'une part, à un manque de moyens disponibles (pour augmenter les effectifs, organiser des activités, acquérir du matériel, etc.) et, d'autre part, à des préoccupations concernant le coût financier de l'institutionnalisation pour les résidents et leurs familles.

D'une part, les professionnels apprécient les échanges avec les résidents, bien que le temps consacré à ces activités, considérées comme non prioritaires par rapport aux tâches soignantes, soit limité. Comme mentionné précédemment, ils se sentent généralement valorisés lorsqu'ils ont la possibilité non seulement de « soigner », mais aussi de « prendre soin ». Cependant, ces interactions, qui peuvent renforcer le sens du travail et la motivation des professionnels, peuvent être source de frustration lorsque les relations entre les acteurs et les bénéficiaires de la prise en charge se détériorent. Les professionnels peuvent alors constater une dégradation de la relation, estimant que l'accompagnement offert aux usagers est de moins bonne qualité. Ils attribuent souvent cette dégradation à la qualité de leur propre travail ou aux conditions contraignantes dans lesquelles ils exercent. Cela se traduit principalement par une adaptation du résident au soignant, qui représente des horaires, des règles et une organisation, plutôt que l'inverse pourtant prôné par la réglementation sur la qualité des établissements.

#### **6.4 Gestion d'équipe et encadrement**

Ces difficultés concrètes liées aux activités professionnelles exercées au quotidien détériorent l'image d'un établissement.

Le rôle de la hiérarchie, et notamment du cadre de proximité, est souligné par les professionnels. Il est attendu de sa part qu'il soit garant du professionnalisme des personnels. Le cadre interviendrait de manière impartiale pour encadrer les conflits interpersonnels ou en accordant les visions de chacun sur ce que serait une prise en charge personnalisée et de qualité pour les résidents. Parfois cette voie de recours normale, l'appel au cadre de soins, se révèle non seulement infructueux mais

---

très engagés”, Les dossiers de la DRESS, Septembre 2016, [en ligne] Disponible sur conditions-travail-ehpad\_drees\_09-2016.pdf (ac-poitiers.fr) (consulté en juillet 2024)

également contre-productif, du fait d'une pression engendrée par les familles qui les pousserait à accepter leurs exigences.

De la même manière, les temps collectifs formels comme informels sont présentés comme essentiels à la constitution du collectif de travail. Les temps de transmission ou de réunion, mais aussi de pause, sont appréciés pour les échanges qu'ils permettent de susciter. Ils sont néanmoins plus ou moins valorisés par la structure et l'encadrement, lorsque les pauses font l'objet d'une tolérance moyenne.

Au-delà du management de proximité, la question du collectif de travail se joue également à l'échelle de l'établissement. Se reconnaître dans le projet de l'établissement, dans les principes de prise en charge proposés mais également dans les pratiques professionnelles mises en œuvre est important pour les professionnels. Ce qui renforce le sentiment d'appartenance à l'établissement et le distingue vis-à-vis des autres établissements, décrits comme moins accueillants, moins chaleureux ou moins compétents.<sup>17</sup>

## **VII. Enquête**

### **7.1 Méthodologie de l'enquête**

La réalisation d'entretiens semi-directifs avec des professionnels s'est avérée complexe en raison des disponibilités de chaque personnel soignant. Par conséquent, nous avons opté pour des questionnaires au format Google Forms, qui sont simples à créer et à distribuer, permettant ainsi à chaque professionnel de répondre à leur convenance.

Google form est un logiciel facilitant l'analyse des réponses en proposant différents graphiques, et en indiquant le nombre de réponses.

Afin d'augmenter notre population cible, nous avons créé deux questionnaires avec des questions ouvertes et des questions fermées, un premier destiné aux soignants IDE et AS (Cf Annexe 1) et un second destiné aux IDEC et aux MEDCO (Cf Annexe 2). Les questions fermées nous permettent de récolter des données précises, et les

---

<sup>17</sup> R Marquier, T Vroylandt (DREES) M Chenal, P Jolidon, T Laurent, C Peyrot, T Straub, C Toldre (ENEIS Conseil) "Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés", Les dossiers de la DRESS, Septembre 2016, [en ligne] Disponible sur conditions-travail-ehpad\_drees\_09-2016.pdf (ac-poitiers.fr) (consulté en juillet 2024)

questions ouvertes permettent d'avoir des réponses plus développées.

Nous avons contacté plusieurs EHPAD de la région parisienne afin de récolter le maximum de réponses. Au total, 69 questionnaires ont été envoyés et nous avons espéré avoir plus de cinquante réponses.

Finalement, nous n'avons eu que 20 retours, ce qui représente 13.8% du nombre de questionnaire envoyé.

Parallèlement, notre directrice de mémoire a suggéré d'utiliser les questionnaires de satisfaction de notre structure (Cf Annexe 3), destinés aux familles pour l'année 2023, afin d'enrichir notre enquête. Nous y avons sélectionné seulement la partie destinée à l'accompagnement et au soin.

## 7.2 Résultats

- **Réponses des soignants :**

1. Fonction dans l'établissement :

- 10% d'aides-soignants
- 90% d'infirmiers

2. Soignants satisfait au travail :

- 0% Non
- 40% Moyennement : Charge de travail, manque de personnel, manque de matériel
- 60% Oui : bonne cohésion d'équipe, bonne implication du personnel

3. Sur une échelle de 0 à 5, relation avec les résidents (1 = catastrophique et 5 = parfait) :

- 1 : 0%
- 2 : 0%
- 3: 10%
- 4: 10%
- 5 : 80%

4. Sur une échelle de 0 à 5, relation avec les familles (1 = catastrophique et 5 = parfait)

:

- 1 : 0%
- 2 : 10%
- 3 : 30%
- 4 : 30%
- 5 : 30%

5. Facilité de communication avec l'IDEC :

- Oui : 100% : à l'écoute, disponible, bonne gestion des effectifs
- Non : 0%

6. Facilité de communication avec le MEDCOO

- Non : 10% : car absence de MEDCOO
- Moyennement : 20% : MEDCOO partiellement présent
- Oui : 70% : disponible, à l'écoute

7. Accompagnement suffisant par le MEDCOO et l'IDEC lors d'une entrée d'un nouveau résident et la gestion des familles

- Oui 70% : bonne transmission des dossiers et des informations
- Moyennement : 30% : il y a souvent des imprévus

8. Quels plans d'actions peuvent être mis en place par le MEDCOO et l'IDEC afin d'optimiser la prise en charge d'un nouveau résident et la gestion de sa famille ?

Recrutement de personnel compétent, faire preuve d'écoute et d'empathie, faire des formations, réunion avant et après chaque entrée, temps d'entretien individuel avec le personnel, temps conviviaux avec les familles, plus de temps de travail pour le MEDCOO

● **Réponses des collègues de DU :**

1. Fonction au seins de l'établissement :

- IDEC : 60%

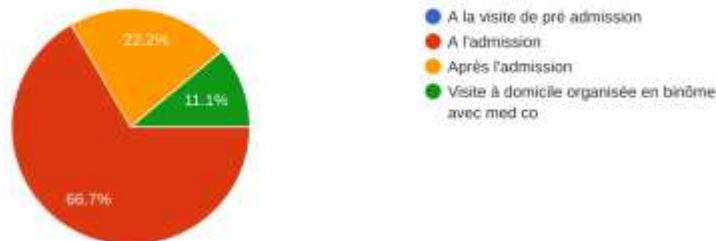
- MEDCOO : 40%
2. Sur une échelle de 0 à 5, relation avec les soignants (1 étant catastrophique et 5 parfait) :
- 1: 0%
  - 2 :20%
  - 3: 30%
  - 4: 40%
  - 5: 10%
3. Difficultés à communiquer avec l'équipe soignante :
- Non : 50%
  - Oui : 50% : épuisement professionnel, charge de travail, difficultés à comprendre les attentes des soignantes, équipe très épuisée par la charge de travail donc fermée à la discussion
4. Organisation de formation sur l'accueil des résidents et la gestion des familles :
- Oui : 40%
  - Non : 60% : pas de formations réellement organisées, par manque de temps mais discute en transmission pour savoir comment s'organiser pour l'entrée du résidant et particularités à mettre en place, en cours en poste depuis moins d'un mois
5. Pistes d'améliorations que l'IDEC / MEDCOO peuvent apporter :
- L'accompagnement de l'équipe soignante dans leur difficulté manque de connaissances des pathologies
  - Protocole d'admission
  - la communication entre les acteurs intervenants en EHPAD.
  - la communication avec les résidents et les familles
  - Rencontre avec attitude professionnelle +++
  - Faire attention à la posture professionnelle
  - Accompagnement quotidien des équipes et conseils
  - Formation régulière des équipes
  - Formation plus complète et mise en situation

- Partager les informations importantes du nouveau résident afin de personnaliser la prise en charge dès son entrée. Exemple : s'il y a une barrière de langue, la provenance, la raison de l'admission ....

6. A quel moment faites-vous connaissance avec le résident :

A quel moment faites-vous connaissance avec le nouveau résident ?

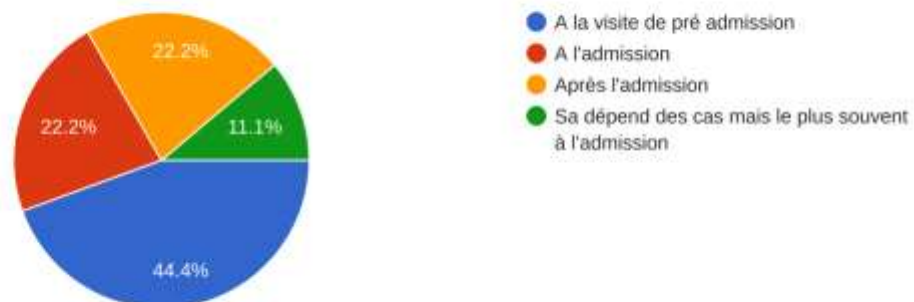
9 responses



7. A quel moment faites-vous connaissance la famille du résident :

A quel moment faites-vous connaissance avec la famille du résident?

9 responses



8. organisation de réunions à 30 jours avec les familles, le psychologue :

- Oui : 40%
- Non : 60% manque de temps, manque de disponibilités des familles et du personnel du staff, juste pour les résidents problématiques

9. Éléments essentiels pour résoudre un désaccord de prise en charge avec la famille lors de l'entrée du résident :

- La communication, l'écoute, rassurer la famille, mettre en avant tout ce qu'on propose au sein de la structure (kiné psychomotricien animation ..)
- Demande d'une prise en charge par une professionnelle spécifiée
- Réunion
- il faut faire le point avec la famille sur l'état clinique et psychologique du patient et apprendre à travailler ensemble famille-équilibre pour une bonne prise en charge
- L'écoute et l'empathie
- Réunion famille + paramed + direction + medcoo
- Se réunir avec l'équipe soignante et les membres du staff pour avoir le même discours auprès de la famille. Puis rencontre de la famille par la direction MEDCOO et IDEC
- Faire preuve d'écoute et de disponibilité
- Discussion autour d'une réunion pluridisciplinaire

10. Vécu d'une situation difficile lors de l'entrée d'un résident :

- Oui : 70% sentiment de culpabilité des familles, familles dans le déni de la perte d'autonomie de leur proche, famille très demandeuse et jamais satisfaite, famille frustrée par l'institutionnalisation,
- Non : 30%

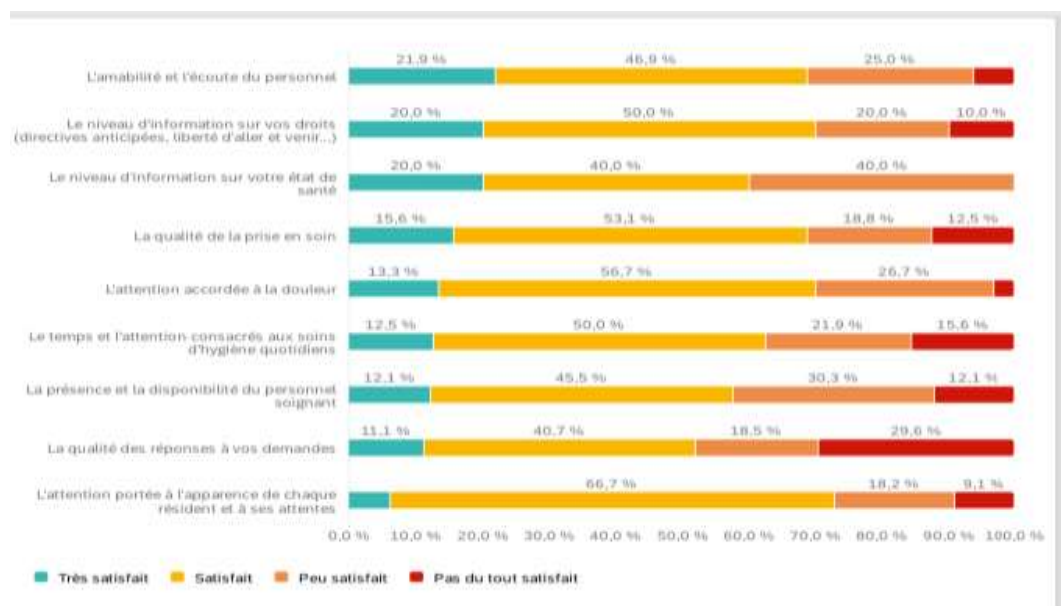
11: Plan d'action que le MEDCOO ou l'IDEC peuvent proposer pour améliorer l'accueil des nouveaux résidents et leur familles :

- Former les équipes à accueillir le résident et sa famille, discuter et écouter l'avis de chaque soignant sur une prise en charge
- Créer une relation de confiance entre les soignants et les familles à travers l'écoute, la bienveillance, le respect de la dignité ...
- En amont je pense que les directeurs doivent écouter l'avis du médecin qui analyse le milieu du futur résident et donc sait si nous sommes aptes à répondre à sa prise en charge
- Rester professionnel
- Formation des équipes, donner la parole aux soignantes. Analyse approfondie des dossiers avant admission
- Appuyer et former l'équipe soignante, accompagner et écouter les familles



- Créer une bonne cohésion d'équipe
- La relation de confiance

- **Questionnaire de satisfaction 2023 des familles sur le thème accompagnement et soin :**



## **VIII Discussion**

### **8.1 Analyse du questionnaire destiné aux soignants :**

D'après les données, les réponses semblent davantage orientées vers une vision infirmière plutôt qu'aide-soignante. En effet, les aides-soignants constituent seulement 10 % des réponses, tandis que les infirmiers représentent 90 %.

Globalement, les soignants considèrent leur travail comme satisfaisant lorsqu'il existe une bonne cohésion d'équipe et un engagement adéquat de la part de leurs collègues. L'entraide et la solidarité au sein de l'équipe apparaissent comme des éléments essentiels au bien-être au travail. Néanmoins, des problèmes tels que le manque de matériel, le manque de personnel et une charge de travail en constante augmentation posent des difficultés pour les personnels soignants.

Les soignants définissent leur relation avec les résidents bien meilleure que celle avec les familles. En effet, d'après la littérature, les familles ont une certaine exigence et les conflits entre familles et soignants sont fréquents. D'une part, les familles éprouvent souvent des sentiments de culpabilité, de peur et de frustration liés à l'institutionnalisation de leur proche et d'autre. D'autre part, les soignants se concentrent essentiellement sur les soins prodigués au résident et les tâches prescrites, ce qui laisse peu de place au relationnel avec les familles.

En adéquation avec nos lectures, les familles manifestent certaines attentes, et des conflits entre elles et les soignants sont courants. Les soignants se concentrent principalement sur les soins à apporter aux résidents et les tâches qui leur sont assignées, ce qui limite les interactions avec les familles.

La disponibilité de l'IDEC et du MEDCOO semble être le facteur principal permettant une bonne communication entre le personnel soignant et les cadres. Le temps accordé au personnel est très apprécié et renforce le travail collectif. Une équipe qui communique facilement avec ses cadres est une équipe qui se sent écoutée et soutenue.

Cependant, il est important de noter qu'à travers leurs réponses, les soignants mettent en avant l'absence complète ou partielle, de MEDCOO dans leurs structures. En effet, les médecins coordonnateurs en EHPAD sont parmi les professionnels qui manquent le plus. Cette question a été soulevée par M. GENET Fabien (Saône-et-Loire - Les

Républicains-R) et publiée le 28/07/2022 dans la rubrique “*question écrite Pénurie de médecins référents dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes en milieu rural*” (Question écrite n°01731 - 16e législature) du site officiel du sénat. <sup>18</sup>

En ce qui concerne la gestion de l’entrée d’un nouveau résident et de sa famille en établissement, les soignants se disent suffisamment accompagnés par le MEDCOO et l’IDEC lorsque la transmission d’information sur le dossier du nouveau résident est suffisante et bien communiquée. Les temps de transmission ou de réunion sont essentiels au bon fonctionnement et à l’optimisation de la continuité de soin. 30% des soignants relèvent tout de même les “imprévus”, liés au caractère unique de chaque résident et de chaque famille.

Les soignants proposent plusieurs plans d’actions à mener par les cadres afin d’optimiser les prises en charges d’entrées de nouveaux résidents et de leurs familles :

- Les temps de réunions et de transmissions reviennent le plus. Il est visiblement très important de faire des réunions avant une entrée, mais aussi après, afin de relever les points positifs et les axes d’améliorations.
- La formation du personnel revêt une importance capitale, tant pour les soignants que pour la hiérarchie. Elle permet une amélioration des compétences et des connaissances tout en augmentant la qualité des soins. Elle joue un rôle clé dans l’épanouissement personnel et professionnel des soignants, qui sont visiblement en demande de formation.
- Le recrutement de personnel compétent vise à renforcer le collectif et la qualité des prises en charge.

On retrouve aussi dans les réponses que les soignants sont en demande d’écoute, et d’empathie face aux difficultés qu’ils peuvent rencontrer. Ils parlent aussi de mise en place d’entretiens individuels avec leurs cadres. Ces temps d’échange, d’encadrement et de bienveillance renforcent le sentiment d’appartenance à l’établissement, l’envie d’effectuer ses missions au mieux et l’esprit d’équipe. Une

---

<sup>18</sup> Sénat, “Pénurie de médecins référents dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes en milieu rural” Question écrite n°01731 - 16e législature [en ligne] Disponible sur <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220701731.html> (consulté en août 2024)

équipe peut d'ailleurs se définir comme « *un petit groupe de personnes ayant des compétences complémentaires, qui s'engagent vers un but, des objectifs de performances et des méthodes de travail en commun dont elles sont mutuellement responsables* » (Katzenbach et Smith, 1993, p.41).<sup>19</sup>

### **8.1.1 Forces de l'étude**

Cette étude a révélé des éléments présents dans la littérature, notamment le manque de temps général, tant pour améliorer la qualité des soins relationnels envers les résidents que pour participer aux formations internes proposées par l'IDEC ou du MEDCOO, malgré la demande de leur mise en place. L'étude souligne également l'importance de l'entraide entre les soignants, qui contribue à améliorer le bien-être au travail. De plus, elle met en évidence une relation plus favorable des soignants avec les résidents par rapport à celle qu'ils entretiennent avec les familles.

Les soignants signalent des difficultés de communication avec le personnel d'encadrement. Ils expriment également un besoin d'écoute et d'empathie de la part de l'encadrement, ainsi que des problèmes liés au manque de matériel.

L'étude met en lumière le rôle de l'IDEC et MEDCOO . La présence et la disponibilité de l'IDEC et du MEDCOO est perçue comme un facteur clé favorisant une bonne communication entre le personnel soignant et les cadres. Le temps consacré au personnel est très apprécié et contribue à renforcer le travail d'équipe. Une équipe qui communique aisément avec ses cadres se sent écoutée et soutenue.

### **8.1.2. Limites de l'étude**

Nous avons contacté plusieurs EHPAD de la région parisienne afin de récolter le maximum de réponses. Au total, 69 questionnaires ont été envoyés et nous avons espéré avoir plus de cinquante réponses.

Finalement, nous n'avons eu que 20 retours, ce qui représente 13.8% du nombre de questionnaire envoyés.

Les difficultés/limites de cette phase exploratoire :

---

<sup>19</sup> Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. "The Wisdom of Teams : Creating the High-Performance Organization" Boston, MA : Harvard Business School Press.(1993)

- La période estivale, le renouvellement du personnel plus fréquent, ce qui ne permettait pas d'avoir un échantillon de personnel soignant connaissant bien le fonctionnement de la résidence.
- Le manque de réponse de la part des AS
- Plusieurs soignants ne se sont pas sentis concernés par le sujet

Parallèlement, notre directrice de mémoire a suggéré d'utiliser les questionnaires de satisfaction de notre structure, destinés aux familles pour l'année 2023, afin d'enrichir notre enquête.

## **8.2 Analyse du questionnaire destiné aux collègues du DU :**

Au regard des données, les réponses sont plutôt axées sur une vision IDEC que MEDCOO. En effet, les IDEC représentent 60% des réponses contre 40% pour les MEDCOO.

La relation entre soignants et cadres apparaît variable selon les réponses. Le renouvellement fréquent du personnel en EHPAD, en raison du manque de personnel et de l'épuisement, pourrait expliquer cette fluctuation. Le cadre doit donc adapter sa communication et son management en fonction des changements au sein de son équipe, ce qui représente un travail constant pour l'encadrement.

La difficulté de communication entre les cadres et les soignants est étroitement liée au bien-être au travail des soignants. Une équipe épuisée par le rythme de travail soutenu est souvent bloquée dans ses tâches journalières, et fermée aux pistes d'amélioration proposées par un encadrement (IDEC et MEDCOO) lui-même affecté par une organisation institutionnelle présentant une certaine rigidité.

En ce qui concerne la mise en place de formation des équipes soignantes sur l'entrée des nouveaux résidents et la gestion de leurs familles, les IDEC et MEDCOO soulignent le manque de temps. Mais les transmissions journalières semblent être un bon substitut pour discuter et mettre en place des actions face à une nouvelle entrée.

Néanmoins, plusieurs plans d'action (autres que les formations formelles) visant à améliorer la gestion des entrées et de leurs familles sont proposés par les IDEC et MEDCOO; la mise en place de protocoles d'admission, l'accompagnement des équipes dans leurs difficultés, le partage d'informations, la personnalisation de chaque entrée en fonction des dossiers et des rencontres de pré admissions ... Ce sont des

formes de formations (informelles) quotidiennes auprès de chaque soignant.

La communication et la posture professionnelle semblent être des mots clés. En effet, Il est attendu de la part des cadres, qu'ils soient garant du professionnalisme des personnels, et de la bonne entente dans l'équipe. On peut entendre par posture professionnelle, l'ensemble des attitudes et des valeurs qu'adopte un individu dans le cadre de ses fonctions. La posture professionnelle influence non seulement la performance individuelle du cadre, mais également la dynamique de l'équipe de soin.

Selon Loubat J.-R: « *La procédure d'accueil possède un autre but : elle ne décide plus de rentrer du bénéficiaire dans l'établissement, mais vise à définir le cadre de la relation (...). Il s'agit tout à la fois de créer un climat rassurant et de confiance* ». <sup>20</sup>

On remarque que dans la majorité des cas, les IDEC et MEDCOO rencontrent les familles avant les résidents. Ces rencontres permettent de créer un lien de confiance avec les familles et de discuter d'une prise en charge personnalisée et adaptée au futur résident. La visite de pré-admission vise également à rassurer et à alléger la culpabilité des familles concernant les décisions d'institutionnalisation, c'est à ce moment-là que la prise en charge de la famille débute. La question 10 nous montre que dans 70% des réponses, les encadrants ont déjà vécu une situation difficile à l'entrée du résident et 100% des explications sont centrée sur les familles (sentiment de culpabilité des familles, familles dans le déni de la perte d'autonomie de leur proche, famille très demandeuse et jamais satisfaite, famille frustrée par l'institutionnalisation) d'où l'importance d'instaurer une relation saine dès la visite de pré admission.

D'ailleurs, dans la question 8 on remarque que pour 60% des réponses, le lien de confiance n'est pas entretenu à travers les réunions à 30 jours, par manque de temps, de disponibilité des familles.

Certains soulignent que les réunions à 30 jours ne se font qu'avec les prises en charges problématiques. Ce qui est contradictoire avec la demande d'attention constante des familles qui positionnent le relationnel entre eux et les équipes, comme

---

<sup>20</sup> Loubat J.-R. « Mettre en œuvre un projet personnalisé de promotion » 18 Portail nationale d'information pour les personnes âgées et leurs proches, Les EHPAD [en ligne] mise à jour le 17/03/22. Disponible sur Les EHPAD | Pour les personnes âgées (pour-les-personnes-agees.gouv.fr) (consulté en août 2024)

un point essentiel à la bonne prise en charge.

Les encadrants sont tout de même conscients de cette contradiction, car les réunions avec les familles, la communication, l'écoute, l'empathie, la disponibilité...sont des éléments définis comme étant essentiels pour résoudre un désaccord de prise en charge entre familles et encadrement.

Même si les échanges et les réunions avec les familles sont appréciés par les MEDCOO et IDEC, les tâches institutionnelles prennent énormément de temps et semblent être prioritaires.

On retrouve d'ailleurs dans les plans d'actions proposés par les IDEC et MEDCOO pour essayer d'améliorer l'accueil du nouveau résident et de sa famille cette relation de confiance entre les équipes et la famille à travers des temps d'échange et d'écoute. La question 11 résume, en effet, plusieurs mots clés évoqués lors de cette analyse, à savoir, la posture professionnelle, la bonne cohésion d'équipe, les concepts d'éthique (bienveillance, écoute, respect...) et bien évidemment les formations.

### **8.2.1 Forces de l'étude**

Les résultats de cette étude montrent une cohérence avec les données de la littérature, notamment en ce qui concerne l'impact de la communication sur la qualité du travail des soignants, ainsi que la nécessité d'adapter la communication et le management en fonction du renouvellement fréquent des effectifs.

Un manque de temps a été souligné par les IDECs et les médecins coordonnateurs concernant la formation des soignants, qui est essentielle pour améliorer la qualité des soins. Pour remédier à cette situation, plusieurs initiatives ont été mises en place, telles que des transmissions régulières et journalières, ainsi que divers plans d'action informels (en dehors des formations formelles) proposés par les IDECs et MECCOOs. Ces initiatives visent à améliorer la gestion des admissions et les interactions avec les familles, incluant la mise en place de protocoles d'admission, un accompagnement des équipes face à leurs difficultés, le partage d'informations, et la personnalisation des admissions.

### **8.2.2 Limites de l'étude**

Un échantillon de petite taille. Sur les 69 questionnaires envoyés sur plusieurs EHPAD de la région parisienne, nous n'avions eu que 20 retours ce qui représente 13.8% du nombre de questionnaire envoyés.

Les réponses ont été majoritairement fournies par les IDECs (60% contre 40% de médecins coordonnateurs). Le manque de temps induit par la surcharge de travail émise par nos collègues MEDCOOs et IDECs ce qui ne permettait pas de recevoir beaucoup de réponses

### **8.3 Analyse du questionnaire de satisfaction 2023 destiné aux familles :**

Neuf thèmes ont été abordés lors de ce questionnaire ; l'amabilité et l'écoute du personnel, le niveau d'information sur les droits (Liberté d'aller et venir), le niveau d'information sur l'état de santé, la qualité de la prise en soin, l'attention accordée à la douleur, le temps et l'attention consacrée aux soins d'hygiène et de confort, la présence et la disponibilité du personnel soignant, la qualité des réponses aux demandes et l'attention portée à l'apparence de chaque résident.

Nous pouvons classer ces thèmes en deux catégories, d'une part la relation soignant/résidents et d'autre part la relation soignant /famille.

En ce qui concerne la relation soignant / résidents, regroupant les thèmes « qualité de la prise en soin » « l'attention accordé à la douleur » « attention consacré aux soins d'hygiène quotidiens » « l'attention portée à l'apparence de chaque résident », le taux de satisfaction globale oscille entre 62,5% et 76.7%.

D'autre part, pour la relation soignant / famille, regroupant les thèmes « amabilité et écoute du personnel » « présence et disponibilité du personnel soignant » « qualité des réponses à vos demandes », le taux de satisfaction globale oscille entre 51.8% et 68.8%.

Le taux de satisfaction globale est calculé en additionnant les réponses « très satisfait » et « satisfait ».



On remarque alors très clairement que les thèmes regroupant le côté relationnel entre la famille et les soignants sont moins bien notés.

### **8.3.1 Forces de l'étude**

Les résultats de l'étude montrent une concordance avec les réponses des soignants, la relation soignant / famille est visiblement plus conflictuelle et délicate que les relations soignant / résidents.

### **8.3.2 Limites de l'étude**

L'échelle de satisfaction proposée ne permet pas aux familles de commenter leurs réponses. De plus, seulement 27 familles ont répondu à ce questionnaire, ce qui représente seulement 27,5 % du taux d'occupation de cette résidence.

Par souci de confidentialité, le document complet n'apparaîtra pas dans ce mémoire. Une partie se trouve en annexe.

## **IX. Conclusion et Perspectives**

L'évolution des profils des résidents admis en institution, aujourd'hui plus dépendants, a modifié les conditions de travail des soignants, rendant celles-ci plus difficiles sur les plans physique et psychique. Le personnel soignant exprime des préoccupations concernant la pénibilité du travail, la perte de sens et l'augmentation des tâches sanitaires, au détriment des interactions relationnelles. Cette situation entraîne un malaise croissant et des conséquences telles que l'usure professionnelle, le turnover et l'absentéisme. Ces signes de souffrance nuisent à la motivation, à la cohésion et à la coopération et affecte la qualité de l'accompagnement des résidents et la bientraitance, conformément à la Loi 2002-2 sur l'action sociale et médico-sociale. Le vécu des familles lors de l'entrée en institution de leur proche âgé et les relations familles-soignants qui en découlent en est également impacté

### **9.1. Le trio directeur-infirmier coordinateur- médecin coordonnateur dans leur rôle de manager coach attentif à une ambiance de travail propice aux échanges.**

La direction, en collaboration avec l'IDEC et le médecin coordonnateur, joue un rôle essentiel dans l'établissement d'une dynamique collective de coopération au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Le directeur d'EHPAD par son positionnement a pour rôle de rassembler les équipes autour d'un projet commun et de valeurs partagées, en transmettant sa vision à son staff et en s'assurant de la pérennité de cette cohésion sur le terrain.

Un exemple de cette capacité à unir les équipes lors d'une cause commune était la période de la pandémie de Covid-19, qui a nécessité des ajustements dans les pratiques et les organisations des services. Cette période a également favorisé un esprit de solidarité, d'entraide et de bienveillance parmi les équipes mobilisées pour faire front commun face à la situation.

Le trio composé du directeur, de l'IDEC et du MEDCOO doit prendre en compte les dimensions émotionnelles de ses collaborateurs tout en promouvant un sens du collectif. Favoriser des objectifs communs expliqués à tous et une conception du soin partagé avec l'ensemble de l'équipe. Il est important qu'il fasse preuve de bienveillance en installant une ambiance de travail propice aux échanges, permettant à chacun d'oser apporter ses solutions tout en établissant un cadre clair pour le travail d'équipe.

Il a été décrit trois stades d'évolution positive vers la maturité d'une équipe selon Whitmore (2001) <sup>21</sup> : 1. Inclusion (intégration) : Chaque membre est encouragé à ressentir son appartenance à l'équipe, cherchant soutien et reconnaissance auprès du leader désigné.

2. Affirmation de soi (contrôle, pouvoir, influence) : À ce stade, la hiérarchie et les

---

<sup>21</sup> INSP, "Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management" Article Petit Renaud 2017 page 31-54 [ en ligne ] Disponible sur [attractivite-fidelisation-et-implication-du-personnel-des-ehpad-une-problematique-sectorielle-et-de-management.pdf](#) (consulté en septembre 2024)

rôles sont clairement définis, permettant aux membres d'explorer et de reconnaître leurs propres forces.

3. Coopération (ouverture) : L'équipe développe diverses qualités, telles que l'entraide, la confiance, l'engagement, l'adaptabilité et l'enthousiasme. Le rôle du manager consiste à guider ses collaborateurs vers une dynamique de coopération.

Favoriser la prise en compte des projets personnels et professionnels du personnel soignant par des entretiens individuels réguliers pour mieux connaître les professionnels. La problématique des horaires, fortement soulignée, est extrêmement sensible car elle influence le rythme de vie extra-professionnelle des salariés. Une concertation plus régulière et individualisée permet de traiter en amont les éventuelles difficultés de fidélisation, et de trouver des modalités horaires davantage compatibles.

## **9.2. Introduction à la notion de renforcement positif auprès des soignants**

Afin de renforcer la motivation des soignants dans leur rôle autour du résident, le MEDCOO et l'IDEC sont encouragés à adopter une attitude de renforcement positif. Le renforcement positif est une méthode de reconnaissance utilisée par les managers pour valoriser des comportements ou des actions spécifiques des personnes qu'ils encadrent<sup>22</sup>. Dans ce contexte, les encadrants peuvent inclure le directeur, l'IDEC et le MEDCOO. Cette technique est particulièrement efficace pour encourager le personnel soignant, en les aidant à prendre conscience des progrès réalisés dans leur développement professionnel. Pour être véritablement impactant, le renforcement positif doit être sincère, personnalisé, spécifique et fondé sur des faits concrets. Il vise à renforcer la confiance en soi des individus, à mettre en lumière leurs avancées et à soutenir leurs efforts pour adopter de nouveaux comportements. Cette approche nécessite également une écoute attentive et une observation active de la part des encadrants, afin de bien comprendre et valoriser les contributions de chaque personne ou équipe.

## **9.3 Formation de l'équipe soignante : Stratégies de Communication avec la**

---

<sup>22</sup> B Ammiar, O Kohneh-Chahri "boîte à outils du coaching" Outil 17. Le renforcement positif, page 66 à 67, 2020 [en ligne] Disponible sur <https://shs.cairn.info/la-boite-a-outils-du-coaching--9782100791408-page-66?lang=fr> (consulté en août 2024)

## **personne âgée : L'accès aux formations à la bientraitance**

Les conditions de travail sont aussi bien pénibles physiquement que psychologiquement et peuvent affecter la bientraitance des personnes âgées. Dès lors, tout faire pour améliorer l'attractivité de ce métier est une priorité ; il fait partie des métiers les plus demandés par les employeurs alors même que l'on constate les plus grandes difficultés de recrutement.

Il a été noté dans nos résultats qu'en plus d'une communication fluide et simple avec la hiérarchie, les soignants sont en demande de temps dédié formation sur la qualité des soins, l'appréhension de la relation aux familles et l'admission du résident à l'entrée.

Des formations de bientraitance à destination des encadrants et des soignants en structure de prise en charge de personnes âgées peuvent améliorer considérablement la prise en charge de la perte d'autonomie. Elles peuvent faire partie du projet d'établissement.

Les bénéfiques : Elles améliorent significativement les capacités cognitives, les capacités à communiquer, à s'alimenter seul des personnes âgées et permettent de reconnecter le patient au réel. Elles améliorent les relations entre soignants et patients âgés, avec une meilleure acceptation des soins. Les conditions de travail pour les soignants sont améliorées grâce à ces formations, ils gèrent mieux les situations de conflits, ils se sentent moins stressés et davantage heureux sur leur lieu de travail. La formation Humanitude a la particularité d'être très englobante et de proposer une formation par un prestataire extérieur à tout le personnel des équipes des établissements médico-sociaux. C'est une formation inclusive et qui demande l'adhésion de l'équipe d'encadrement et la formation de tout le personnel, directeur, MEDCO et IDEC inclus. <sup>23</sup>

Les formations aux soignants sont déclinées en plusieurs volets : la manutention relationnelle, la formation de l'équipe soignante du médico-social, la toilette, le

---

<sup>23</sup> F-X Albouy, A Moret, "Analyse des dispositifs de formation des soignants en EHPAD", Etude réalisée avec le soutien de la Caisse des Dépôts, Juin 2021 [en ligne] Disponible sur Rapp final TDTE juin 2021 - Analyse des dispositifs de formations des soignants en EHPAD.pdf (caissedesdepots.fr) (consulté en juillet 2024)

programme spécifique interdisciplinaire et l'acte soignant et le médecin. Ces formations de soin ont pour objectif de réaliser des soins en douceur suivant les principes de l'Humanité décrits précédemment

#### **9.4. Ouverture sur les Solutions et l'Amélioration Continue**

##### **9.4.1 Mise en place de protocoles adaptés et rappel des bonnes pratiques gériatrique**

Lors de la visite de pré-admission, l'IDEC et le MEDCOO rencontrent les familles, soit avant, soit simultanément avec les résidents. Ce moment marque le début de la prise en charge des familles et du futur résident. Les soignants ne participent pas directement à cette visite. Il paraît donc essentiel de mettre en place des protocoles d'admission, incluant des transmissions d'informations systématiques entre les soignants et les encadrants durant la période qui sépare la visite de pré-admission de l'admission effective du résident, car ces échanges facilitent l'établissement d'un partenariat personnalisé avec la personne concernée et sa famille et modifient les interactions que les soignants pourront avoir avec elles à l'avenir. Planifier un moment régulier dans la semaine pour ces échanges facilite la prise en soins des futurs résidents.

Par ailleurs, les pratiques managériales sont très peu formalisées et peu valorisées en EHPAD. Le directeur d'un EHPAD, ne peut, à lui seul et sur le terrain, manager la variété des métiers à l'intérieur de l'établissement. Le MEDCOO et l'IDEC ont un rôle de promotion de la transversalité des pratiques et la cohésion interne, autour d'événements variés, qu'il s'agisse d'un décès, d'une manifestation ou d'une formation interne (mini-formations) et externes (humanité). Ce management induit un plan d'actions visant à réduire l'absentéisme extrêmement répandu et perturbateur, tant pour les personnels que pour les personnes âgées accueillies.<sup>24</sup>

##### **9.4.2 Encouragement des soignants à la prise de parole au conseil de la vie**

---

<sup>24</sup> INSP, "Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management" Article Petit Renaud 2017 page 31-54 [ en ligne ] Disponible sur [attractivite-fidelisation-et-implication-du-personnel-des-ehpad-une-problematique-sectorielle-et-de-management.pdf](#) (consulté en septembre 2024)

## **sociale (CVS)**

Le conseil de la vie sociale est une instance de concertation et de représentation des usagers dans l'EHPAD mise en place régulièrement et qui est composée de représentants des usagers, de leurs familles et de professionnels de l'établissement<sup>25</sup>. Le CVS se réunit régulièrement pour discuter de divers sujets liés à la vie de l'établissement et à la prise en charge des usagers et a pour mission de favoriser l'expression des besoins et des attentes des usagers, de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie au sein de l'établissement, et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de vie.

L'interaction du personnel soignant au sein du conseil de la vie sociale pourrait présenter un intérêt pour la dynamique de communication entre les soignants et les familles des usagers. En participant à ces échanges, les professionnels de santé qui peuvent être représentés par l'IDEC et le MEDCOO peuvent partager les difficultés rencontrées au quotidien dans la prise en charge des résidents, ainsi que les obstacles qui les empêchent de répondre pleinement aux attentes des familles. Cette instance de concertation, qui a lieu régulièrement au sein de la résidence, permettrait aux soignants d'exprimer leur réalité, de clarifier les contraintes liées à leur travail et d'informer les familles sur les enjeux du quotidien. En facilitant une meilleure compréhension des défis auxquels le personnel est confronté, le CVS peut contribuer à instaurer un climat de confiance et à renforcer la collaboration entre les soignants et les familles, favorisant ainsi une approche plus empathique et éclairée des soins.

### **9.4.3 Rédaction et ré-actualisation régulière de la charte famille/ soignants**

Une charte soignant-résidents à l'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes constitue un outil essentiel pour garantir la qualité de la prise en charge des résidents. Elle définit les droits et les devoirs de chaque partie prenante, favorisant ainsi une relation de confiance entre les soignants et les

---

<sup>25</sup> R Janvier, Y Matho, "Chapitre 6. Le conseil de la vie sociale", Le droit des usagers , Pages 93 à 126, 2013, [en ligne] Disponible sur [https://shs.cairn.info/article/DUNOD\\_JANVI\\_2013\\_01\\_0093](https://shs.cairn.info/article/DUNOD_JANVI_2013_01_0093) (consulté en septembre 2024)

résidents<sup>26</sup>. En établissant des principes clairs de respect, d'écoute et de dignité, cette charte contribue à créer un environnement propice à un accompagnement personnalisé et respectueux des besoins individuels des résidents. L'établissement de ces principes de base de prises en soin se fait en concertation avec le directeur, IIDEC, le MEDCOO

ainsi que le psychologue. De plus, elle peut servir de référence régulière pour les équipes soignantes, en les guidant dans leur pratique quotidienne et en assurant une continuité des soins. La lecture régulière de cette charte par le personnel encadrant pendant les temps de transmissions ou de réunions pluri-disciplinaire pourrait être un bon moyen de rappel à tous des bonnes pratiques adoptées au sein de l'établissement. Enfin en incluant pleinement les familles dans la rédaction de cette charte, l'établissement assure ainsi soutien social et émotionnel dans le vécu de l'entrée en institution de leur proche âgé. La charte peut faire régulièrement l'objet d'une révision au décours des réunions du conseil de la vie sociale.

---

<sup>26</sup> M Eloi, P Martin. "Ethique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Règles, pratiques et représentations". [Rapport de recherche] Université de Bordeaux. 2016.

## Résumé

Ce mémoire analyse les défis émotionnels auxquels les familles font face lorsqu'un parent âgé est placé en institution. Des préoccupations subsistent concernant le niveau d'engagement du personnel soignant et une communication insuffisante, créant des malentendus avec les familles. Le rôle de l'IDEC et du MEDCOO est crucial car fournit un soutien adéquat et une communication claire entre toutes les parties. Des formations spécifiques sur les soins aux personnes âgées en institution existent mais ne sont pas toujours dispensées. L'objectif de notre étude est d'analyser l'implication de l'IDEC et du MEDCOO dans cette relation dynamique et d'identifier des pistes d'amélioration du soutien apporté aux soignants et aux familles.

Deux questionnaires ont été élaborés, l'un destiné aux soignants (infirmiers diplômés d'État et aides-soignants) et l'autre aux IDEC's et médecins coordonnateurs. Parallèlement, nous nous sommes aidées des questionnaires de satisfactions envoyés aux familles et aux résidents de notre établissement afin de récolter leur point de vue.

La disponibilité de l'IDEC et du MEDCOO est considérée comme essentielle pour renforcer la cohésion au sein de l'équipe soignante cependant, les soignants soulignent l'absence totale ou partielle de MEDCOO dans leurs établissements.

Les soignants suggèrent plusieurs actions à mettre en place pour améliorer l'accueil des nouveaux résidents et de leurs familles : organiser des temps de transmission d'informations avant et après l'entrée d'un résident, former le personnel afin d'améliorer ses compétences et d'augmenter la qualité des soins, un recrutement de personnel compétent est jugé essentiel pour optimiser la prise en charge des résidents. Le temps accordé au personnel est également valorisé, renforçant le travail d'équipe et le sentiment d'écoute et de soutien au sein de l'équipe. Les infirmiers coordinateurs et médecin coordonnateurs soulignent un manque de temps pour mettre en place des formations sur l'entrée des nouveaux résidents et la gestion de leurs familles. Les transmissions journalières en constituent une bonne alternative. Des plans d'actions d'amélioration de la gestion des entrées et des familles sont proposés : l'établissement de protocoles d'admission, d'accompagnement des équipes face à leurs difficultés, le partage d'informations, la personnalisation des entrées en fonction des dossiers et des rencontres de pré-admissions.

Le MEDCOO et l'IDEC jouent un rôle important dans la cohésion de l'équipe soignante en favorisant les échanges et le renforcement positif entre les soignants. Ils soutiennent également l'équipe en favorisant la formation aux stratégies de communication et en donnant l'accès à des formations à la bientraitance et à l'actualisation des bonnes pratiques. Ces actions compensent le manque de temps lié aux obligations institutionnelles et contribuent à créer un environnement de travail favorable et harmonieux pour toute l'équipe soignante. IDEC et Médecin coordonnateurs encouragent le personnel soignant à participer aux réunions et à s'exprimer au sein du conseil de la vie sociale. Enfin, la rédaction collective et la mise à jour régulière de la charte soignants- résidents distribuée aux familles lors de l'admission de leur proche âgé contribue à améliorer les relations avec les familles.



## **Abstract**

This report discusses the challenges faced by families when their elderly relatives are placed in institutions. The report emphasizes the importance of the nurse coordinator and coordinating doctor in providing support and clear information to families. Families have high expectations for the care given in these institutions and are concerned about the commitment of the staff and the lack of communication. The care staff expect the nurse coordinator and coordinating doctor to intervene and manage conflicts between families and staff. Training courses specifically tailored for the care of elderly people in institutions are being developed but are not always provided. The study aims to analyze the role of the nurse coordinator and coordinating doctor in this relationship and to find ways to improve support for caregivers and families.

Two questionnaires were drawn up, one for care staff (qualified nurses and care assistants) and the other for nurse coordinators and coordinating doctors. At the same time, we used satisfaction questionnaires sent to families and residents in our establishment to gather their views.

The caregiver questionnaire highlight the importance of having a nurse coordinator and coordinating doctor in the care team to improve cohesion. However, many caregivers reported a lack of coordinating doctors in their establishments. Suggestions to enhance the reception of new residents and their families include arranging time for information sharing before and after the resident's arrival, providing training to improve staff skills and enhance care quality, and recruiting competent staff to optimize resident care. The questionnaire for DU colleagues revealed that nurse coordinator and coordinating doctors faced difficulties in organizing training courses for new residents and managing their families due to time constraints. As an alternative, daily transmissions were considered effective. Proposed action plans to improve admissions and family management included implementing admission protocols, supporting teams in handling difficulties, sharing information, personalizing admissions based on files and pre-admission meetings, among others.

The coordinating doctor and nurse have an important role in fostering a cohesive care team. They act as manager-coaches, supported by the director, to create a working environment that encourages communication and positive reinforcement among carers. In order to support the care team, they promote training in effective communication strategies with the elderly, offering access to training programs on good care and keeping up with geriatric practices. This compensates for their limited time due to institutional obligations. Additionally, they encourage carers to actively participate in meetings and express their opinions on the social life council. They also draft and regularly update a family-carer charter that is distributed to families when their elderly relatives are admitted, which helps to enhance relationships with families. Overall, these efforts aim to improve collaboration and communication within the care team and foster positive relationships with families.

## **Bibliographie :**

1. P Thomas, C Hazif Thomas, P Tho “Conflits intrafamiliaux et tensions famille-soignants en Ehpad” *Soins Gerontol*, 2018, Elsevier
2. D Benhaberou-Brun “L’Alzheimer vu sous l’angle des aidants.” *PRATIQUE CLINIQUE* décembre 2014, vol. 11 n°5, [en ligne] Disponible sur [Alzheimers-disease-and-the-grieving-caregiver-Alzheimers-from-the-point-of-view-of-the-caregiver.pdf \(researchgate.net\)](#) (consulté en juin 2024)
3. JLE “L’entrée des personnes âgées en institution : passer le deuil”, Volume 15, numéro 8, Octobre 2019, [en ligne] Disponible sur [JLE - Médecine - L’entrée des personnes âgées en institution : passer le deuil](#) (consulté en juin 2024)
4. M Spranzi, C Le Bon, C Meuris “Les conflits de territorialités en gériatrie : les enjeux éthiques”, September 2019, Pages 111-119
5. R Marquier, T Vroylandt (DREES) M Chenal, P Jolidon, T Laurent, C Peyrot, T Straub, C Toldre (ENEIS Conseil) “Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés”, *Les dossiers de la DRESS*, Septembre 2016, [en ligne] Disponible sur [conditions-travail-ehpad\\_drees\\_09-2016.pdf \(ac-poitiers.fr\)](#) (consulté en juillet 2024)
6. P. Thomas, C. Hazif-Thomas, “Prendre le risque d’investir les familles, une école de vie pour les soignants”, *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, Volume 15, Issue 89, October 2015, Pages 290-297, [en ligne] Disponible sur [Prendre le risque d’investir les familles, une école de vie pour les soignants - ScienceDirect](#) (consulté en juillet 2024)
7. Mélina Éloi, Philippe Martin, “La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations” *Revue française des affaires sociales*, 2017, pages 21 à 40, [en ligne] Disponible sur [La personne](#)

[au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations | Cairn.info](#) (consulté en juillet 2024)

8. HAS, “Le déploiement de la bientraitance Guide à destination des professionnels en établissements de santé et EHPAD Groupe Bientraitance” FORAP-HAS, Mai 2012 [en ligne] Disponible sur [bientraitance - rapport.pdf \(has-sante.fr\)](#) (consulté en juillet 2024)
9. F-X Albouy, A Moret, “Analyse des dispositifs de formation des soignants en EHPAD”, Etude réalisée avec le soutien de la Caisse des Dépôts, Juin 2021 [en ligne] Disponible sur [Rapp final TDTE juin 2021 - Analyse des dispositifs de formations des soignants en EHPAD.pdf \(caissedesdepots.fr\)](#) (consulté en juillet 2024)
10. Sénat, “Pénurie de médecins référents dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes en milieu rural” Question écrite n°01731 - 16e législature [en ligne] Disponible sur <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220701731.html> (consulté en août 2024)
11. Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. “The Wisdom of Teams : Creating the High-Performance Organization” Boston, MA : Harvard Business School Press.(1993)
12. Loubat J.-R. « Mettre en œuvre un projet personnalisé de promotion » 18 *Portail nationale d’information pour les personnes âgées et leurs proches, Les EHPAD* [en ligne] mise à jour le 17/03/22. Disponible sur [Les EHPAD | Pour les personnes âgées \(pour-les-personnes-agees.gouv.fr\)](#) (consulté en août 2024)
13. B Ammiar, O Kohneh-Chahri “boîte à outils du coaching” Outil 17. *Le renforcement positif*, page 66 à 67, 2020 [en ligne] Disponible sur <https://shs.cairn.info/la-boite-a-outils-du-coaching--9782100791408-page-66?lang=fr> (consulté en août 2024)

14. A Parmantier “Le manager-coach au service de la coopération des équipes en EHPAD” *Projectics / Proyéctica / Projectique* 2022/HS Hors Série, Pages 179 à 203 [en ligne] Disponible sur <https://shs.cairn.info/revue-projectique-2022-HS-page-179?lang=fr> (consulté en août 2024)
15. INSP, “Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management” *Article Petit Renaud* 2017 page 31-54 [ en ligne ] Disponible sur <attractivite-fidelisation-et-implication-du-personnel-des-ehpad-une-problematique-sectorielle-et-de-management.pdf> (consulté en septembre 2024)
16. A. Djellal, “Accueil de la personne âgée en institution, L'Aide-Soignante” Volume 34, Issue 218, 2020, Pages 22-24, [en ligne] Disponible sur [https://doi.org/10.1016/S1166-3413\(20\)30138-X](https://doi.org/10.1016/S1166-3413(20)30138-X). (consulté en septembre 2024)
17. R Janvier, Y Matho, “Chapitre 6. Le conseil de la vie sociale”, *Le droit des usagers* , Pages 93 à 126, 2013, [en ligne] Disponible sur [https://shs.cairn.info/article/DUNOD\\_JANVI\\_2013\\_01\\_0093](https://shs.cairn.info/article/DUNOD_JANVI_2013_01_0093) (consulté en septembre 2024)
18. M Eloi, P Martin. “Ethique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Règles, pratiques et représentations”. [Rapport de recherche] Université de Bordeaux. 2016.

## **ANNEXES :**

### **Annexe 1 :**

#### **Questionnaire : destiné aux soignants (google forms)**

1. Quelle est votre fonction au sein de votre structure ?
2. Etes-vous satisfaits de votre travail au sein de l'établissement ? Et pourquoi ?
3. Comment définissez-vous votre relation avec les résidents ? Cotation de 1 à 5
4. Comment définissez-vous votre relation avec les familles des résidents ?  
Cotation de 1 à 5
5. Est-il facile de communiquer avec votre infirmier référent ou coordinateur ? Et pourquoi ?
6. Est-il facile de communiquer avec votre médecin coordonnateur?
7. Estimez-vous être suffisamment accompagnés par votre infirmier/ médecin coordinateur lors de l'entrée d'un nouveau résident ? Si non : quelles sont vos difficultés?
8. Quels plans d'actions peuvent être mis en place par le MEDCOO et l'IDEC afin d'optimiser la prise en charge d'un nouveau résident et la gestion de sa famille ?

## **Annexe 2 :**

### **2nd questionnaire : destiné aux collègues du DU**

#### **Relation équipe soignante - équipe cadre**

1. Quelle est votre fonction au sein de votre établissement ?
2. Comment évaluez-vous votre relation avec l'équipe soignante (IDE + AS ) ?  
Cotation de 1 à 5
3. Eprenez-vous des difficultés à communiquer avec l'équipe soignante, tous domaines confondus? si oui: lesquelles?
4. Avez-vous organisé ou donné des formations à l'équipe soignante concernant l'accueil du résident ? si non : quelles sont vos difficultés?
5. Quels sont selon vous les pistes d'améliorations que le MEDCOO et l'IDEC peuvent apporter ?
6. A quel moment faites-vous connaissance avec le résident?
  - à la visite de pré-admission
  - à l'admission
  - après l'admission
7. A quel moment faites-vous connaissance avec la famille du résident?
  - à la visite de pré-admission
  - à l'admission
  - après l'admission
8. Les rencontres régulières programmées avec les familles sont une occasion d'échanges concernant les premiers temps de la prise en soin et généralement, les rassurent. Pour ce faire, une rencontre à 30 jours est souvent préconisée. Arrivez-vous à organiser des réunions de 30 jours avec les familles , le psychologue ? si non : quelles sont vos difficultés?
9. Quels éléments vous semblent essentiels pour résoudre un désaccord de prise en charge avec la famille lors de l'entrée du résident ?
10. Avez-vous déjà vécu une situation difficile avec une famille lors de l'entrée d'un résident ? Si oui, la décrire succinctement
11. Quels plan d'action peuvent être mis en place par le MEDCOO ou l'IDEC pour améliorer l'accueil des nouveaux résidents et leur familles ?

## Annexe 3 :

### Questionnaire de satisfaction 2023 de notre établissement destiné aux familles:

Par souci de confidentialité, seulement une partie du questionnaire sera présentée.

