

**Institut de Formation en Soins Infirmiers
Marcel HAY**

Rue Pamparoux

03100 - MONTLUCON

CHRETIEN Chloé
MICHEL Salomé
Promotion 2020/2023

Travail de fin d'études
22 mai 2023

Diplôme d'Etat d'Infirmier - *Grade de Licence*

UE 3.4 S6 – Initiation à la démarche de recherche.

&

UE 5.6 S6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles.

**DE LA COLLABORATION
NAÎT LA PERFORMANCE.**

Remerciements

A Mme VERHAEGHE Isabel, cadre infirmière et formatrice, pour les cours dispensés qui ont contribué à l'élaboration de notre travail de fin d'études ainsi que pour son aide et sa disponibilité tout au long de cet écrit.

A Mme BARANSKI Saïa, cadre infirmière et formatrice, pour son accompagnement, sa disponibilité et son aide durant ce travail de fin d'études.

Aux cadres infirmiers et formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Montluçon qui nous ont accompagné durant ces trois années, pour leur écoute, leurs conseils et leurs dévouements tout au long de notre formation.

A Mme BARBERIS Sandrine, documentaliste à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Montluçon, pour sa disponibilité, sa bienveillance et son investissement dans nos recherches.

Aux infirmières que nous avons interrogées lors de nos entretiens, au sein des différents lieux de vie.

A nos familles et nos proches, qui nous ont soutenu, aidé et encouragé durant nos trois années de formation infirmière.

Sommaire

Introduction	1
Elaboration de la question de départ.....	2
Situation de CHRETIEN Chloé.....	2
Situation de MICHEL Salomé.....	2
De la problématisation à la question de départ.....	7
Exploration de la question de départ	9
Enquêtes exploratoires.....	9
<i>Choix de la méthode</i>	10
<i>Population cible</i>	10
Analyse de contenu et synthèse	11
Cadre théorique et conceptuel	23
Lieux de vie et d'accueil (Salomé)	23
<i>Définition</i>	23
<i>Création des lieux de vie et d'accueil</i>	23
<i>Objectifs de la prise en charge</i>	24
<i>Types de lieux de vie et d'accueil</i>	25
Collaboration (Chloé).....	27
<i>Définition</i>	27
<i>Collaboration dans les soins</i>	27
<i>Législation</i>	28
<i>Travail en équipe</i>	29
<i>Pluridisciplinarité, un partenariat dans les soins</i>	35
<i>Transmissions</i>	37
Communication (Salomé).....	40
<i>Définition</i>	40
<i>Importance d'une bonne communication dans le domaine sanitaire et social</i>	40
<i>Conflits</i>	41
<i>Bonne entente</i>	47
Relation de confiance (Chloé)	48
<i>Définitions</i>	49
<i>Confiance en soi</i>	49
<i>Des relations de confiance pour des soins de qualité</i>	50
Problématique.....	53
Hypothèse	55
Conclusion.....	55

Introduction

Lors de notre cursus en Institut de Formation en Soins Infirmiers, nous avons été amenés à rencontrer un grand nombre de professionnels et des lieux de stage divers et variés. Nous avons pu observer des pratiques, une organisation, ou encore une collaboration différente en fonction des professionnels de santé mais aussi de l'établissement.

Ces différentes interactions entre les soignants nous ont amenés à nous poser de nombreuses questions. En effet, en tant qu'étudiantes, nous avons été confrontés à plusieurs facteurs qui peuvent poser problèmes tels que la qualité de la collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Dans le cadre de l'UE 3.4 – Initiation à la démarche de recherche et l'UE 5.6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles du semestre 6, nous avons dû évoquer une situation interpellante vécue au sein d'un stage.

Nous avons toutes les deux eu une situation avec pour point commun majeur : une discordance en matière de communication au sein d'une équipe pluri-professionnelle.

Nous avons donc trouvé intéressant de lier nos situations dans le but de distinguer les difficultés communes vécues entre deux services et établissements différents.

C'est pour cela que nous avons choisi d'aborder le sujet de la collaboration pluridisciplinaire et l'impact qu'elle peut avoir sur une prise en charge.

Ce sujet nous a intéressé car il concerne tous les professionnels de santé mais aussi tous les secteurs de santé tels que les lieux de vie, les centres hospitaliers, les centres de rééducation, etc.

Elaboration de la question de départ

Ce travail s'effectuant en binôme, nous avons chacune rencontré une situation interpellante sur le domaine de la communication.

Situation de CHRETIEN Chloé

Je suis en stage en chirurgie, nous devons aller dans le service de réanimation avec l'infirmière chercher une patiente qui avait été hospitalisée à la suite d'une hypotension post-opératoire.

Lors de notre arrivée dans le service, personne n'est là pour nous accueillir, ni pour nous guider. Nous trouvons la chambre de la patiente grâce à une personne située au milieu des boxes.

Cependant, lorsque nous ramenons la patiente dans le service de chirurgie, en quittant le service de réanimation une infirmière du service arrive mais ne nous fait aucune transmission sur l'hospitalisation de la patiente. Elle ne nous donne aucun papier. Cela nous aurait permis d'assurer la continuité des soins et de prendre en charge la patiente dans sa globalité.

Mots clés : Communication – Transmissions – Posture professionnelle – Organisation.

Situation de MICHEL Salomé

Cette situation se déroule lors du semestre 4 dans un lieu de vie (maison d'accueil spécialisée).

Il s'agit de Mr M, 50 ans, tétraplégique suite à un accident de la route. C'est une personne qui ne présente pas de troubles cognitifs particuliers. Malgré son handicap, il est autonome pour ses déplacements (fauteuil roulant électrique avec lequel il parvient à se déplacer seul). De plus, il communique à travers le langage verbal avec les équipes soignantes.

Ce jour, Mr M a un rendez-vous pour des injections de toxines botuliques, une technique permettant un relâchement musculaire de façon temporaire au niveau des sites

injectés. Le rendez-vous est pris depuis quelques temps maintenant et les infirmières se chargent de transmettre ce rendez-vous aux aides médico-psychologiques (AMP) et aides-soignants (AS).

En effet, la maison d'accueil est composée de plusieurs secteurs d'une vingtaine de résidents chacun. Ces secteurs sont disposés dans 4 coins distincts de la maison d'accueil spécialisée. Dans chacun de ses secteurs se trouvent une équipe composée de trois AS et/ou AMP qui se chargent de procurer des soins d'hygiène et de confort ainsi que de réaliser des activités avec les différents résidents.

En ce qui concerne les infirmiers, ils sont 5 et ils restent essentiellement dans la salle de soins et le bureau des infirmiers, qui se trouve au centre de la maison d'accueil.

Cela veut donc dire que les infirmiers ne sont pas au cœur des résidents comme cela est en général dans un service de soins, comme à l'hôpital par exemple. Les infirmiers sont plutôt isolés des résidents.

La veille du rendez-vous de Mr M, une des infirmières présente ce jour-là, se charge de prévenir les AS et AMP qui s'occupent de Mr M, qu'il a un rendez-vous le lendemain matin à 9h30 dans une clinique de rééducation qui se situe à environ 45 minutes de la maison d'accueil.

L'infirmière leur précise que les ambulanciers viendront chercher Mr M à 8h30 et qu'il doit alors être prêt (toilette, petit déjeuner, prise des traitements) avant d'aller à son rendez-vous. Le personnel présent précise alors que l'information sera transmise à l'équipe du lendemain.

Pour être sûre que le rendez-vous ne soit pas oublié et que tous les soignants soient bien au courant du rendez-vous de Mr M, l'infirmière laisse un post-it sur lequel elle inscrit l'heure et la date du rendez-vous ainsi que le nom du résident. Elle va coller ce post-it sur l'ordinateur qui est à disposition des AS et AMP pour communiquer avec le reste du personnel.

Elle va également écrire un mot dans le cahier des transmissions qu'utilisent les AS et AMP car elle sait qu'il est regardé par chaque équipe étant donné qu'elles transmettent le moindre acte qui a été fait sur ce dernier.

Enfin, l'infirmière va envoyer un mail depuis le bureau infirmier à l'ordinateur qu'utilisent les AS et AMP car ils ne disposent pas de logiciel informatique pour la prise

en charge des résidents. De plus, les transmissions orales se font en l'absence des AS et AMP.

En effet, les transmissions orales se font seulement entre les infirmiers, le médecin, et la psychologue, en début d'après-midi. Il n'y a pas d'infirmier la nuit, uniquement des infirmiers de garde qui sont appelés s'il y a une urgence.

A ce moment-là, je suis avec l'infirmière qui transmet l'information par les différents moyens cités. Cependant, même si le résident s'avère être cohérent, à aucun moment je la vois lui transmettre l'information et je ne sais pas s'il était au courant de ce rendez-vous. La situation ne se déroulant pas dans le secteur que je prends en charge habituellement, je ne fais que suivre l'infirmière et observer la situation.

Le lendemain matin, jour du rendez-vous de Mr M, les ambulanciers arrivent pour venir chercher le résident et l'emmener à son rendez-vous. L'infirmière (celle qui avait transmis toutes les informations aux équipes la veille) appelle au téléphone le personnel qui prend en charge Mr M pour prévenir que les ambulanciers sont là et qu'ils viennent chercher Mr M.

Les AS et AMP disent qu'ils ne sont pas au courant de ce rendez-vous, que l'information n'a pas été transmise et que Mr M n'est pas prêt. L'infirmière surprise demande alors aux ambulanciers de patienter quelques instants.

Elle se précipite d'aller voir l'équipe, son expression du visage change et elle ne comprend pas comment la situation a pu se produire.

Pendant ce temps, l'équipe est aussi en stress, réveille en urgence le résident en lui rappelant qu'il a son rendez-vous pour les injections de toxines botuliques, et que les ambulanciers l'attendent pour aller à son rendez-vous. Il a donc été habillé rapidement puis mis dans son fauteuil aussitôt, sans toilette, sans avoir pris ses traitements, ou encore eu de petit déjeuner.

J'accompagne une autre infirmière et le résident au rendez-vous. Nous arrivons juste à temps puisque le médecin prend en charge Mr M dès notre arrivée.

Lors du rendez-vous auquel l'infirmière a assisté, Mr M aurait fait part de ce désagrément. Cependant, le médecin présent et l'infirmière n'ont pas réagi à ses dires malgré l'embarras de l'infirmière face à cette situation.

Lors de notre retour à la maison d'accueil, l'infirmière (celle qui avait transmis toutes les informations la veille) et moi-même nous dirigeons vers l'équipe qui a pris en charge Mr M avant d'aller à son rendez-vous. A ce moment-là je suis spectatrice et j'écoute la discussion qu'il y a entre l'infirmière, les AS et les AMP.

L'infirmière demande alors comment se fait-il qu'ils n'aient pas eu l'information puisque qu'elle a été transmise. L'équipe répond que personne ne leur a fait la transmission de l'information et qu'ils n'étaient donc pas au courant. L'infirmière répond à son tour qu'un mail a été envoyé et qu'il y un post-it qui a été laissé sur l'ordinateur avec l'information du rendez-vous écrite dessus.

Ils répondent qu'ils n'ont rien trouvé. L'infirmière va donc voir l'ordinateur accompagnée des soignants (les 3 AS/AMP, l'infirmière et moi-même). Ils constatent donc tous ensemble qu'en effet le post-it est toujours là avec l'information écrite sur ce dernier. L'infirmière leur dit que ce n'est pas possible d'avoir oublié le rendez-vous, que l'information a été transmise à l'équipe de la veille, que cela a été transmis par mail et par écrit dans leur cahier de transmissions.

Elle ajoute qu'il va falloir régler ce problème de transmissions. C'est alors qu'un des AS se met à sourire quand il constate le post-it. De mon point de vue j'ai l'impression que c'est un mécanisme de défense car il a l'air gêné de la situation.

Il dit, pour le groupe, qu'ils feront plus attention la prochaine fois et qu'ils sont désolés. Les autres à ce moment-là ne disent rien, ils observent la discussion entre l'infirmière et l'AS.

Pendant que l'on retourne dans le bureau infirmier, je demande alors à l'infirmière comment cette situation a pu se produire malgré tous les moyens de transmissions qui ont été mis en place. Elle me répond qu'il y a toujours eu « un problème de communication entre les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les infirmiers ». Il y a également un « problème de confiance » entre eux.

Lorsque l'infirmière me donne cette information je la sens dérangée par la situation mais aussi démunie, du fait de son intonation de voix. Cette situation dure depuis longtemps m'explique-t-elle et lorsqu'elle me parle j'ai l'impression que tous les moyens ont été essayés pour régler ce problème mais que rien ne fonctionne (transmissions orales + transmissions écrites par plusieurs moyens).

Par la suite, la situation autour de Mr M a été évoquée entre les infirmiers mais sans trouver de solution pour autant.

Concernant mon ressenti, je suis un peu perplexe face à cette situation qui ne m'était encore jamais arrivée. Lors de cette situation, je me suis donc demandée si les AMP étaient formées aux transmissions et si cela pouvait avoir un lien.

Mots clés : Communication – Collaboration – Travail d'équipe – Transmissions – Organisation – Lieux de vie.

Le lien entre ces deux situations est la prise en charge d'une personne dans sa globalité par une équipe pluridisciplinaire grâce à différents moyens de transmissions (écrites et orales) afin d'assurer la continuité des soins.

Nous pouvons voir au travers de ces deux situations qu'il y a eu un problème au niveau de la collaboration, ce qui a rendu difficile la prise en charge d'un patient dans la situation de Chloé et d'un résident dans la situation de Salomé.

Nous pouvons observer un écart entre la situation vécue et la situation "idéale". En effet, le résident aurait dû être réveillé bien avant que les ambulanciers viennent le chercher dans le service afin d'avoir le temps de faire sa toilette, de prendre son petit déjeuner tranquillement ainsi que ses traitements. De plus, l'information du rendez-vous de Mr M aurait dû être constatée par l'équipe car plusieurs moyens ont été mis en œuvre pour cela.

Après une première guidance collective nous avons pris la décision de garder la situation de Salomé car elle possède plus de détails permettant de comprendre et d'approfondir la situation. Celle de Chloé ayant été vécue trop à distance, cela rend donc impossible de retrouver des informations clés pour mener à bien notre devoir.

De la problématisation à la question de départ

La situation interpellante que nous avons gardé porte sur le problème suivant : le défaut de communication. Cette situation nous a amené à nous questionner sur nos différents mots clés : communication/transmissions, organisation, collaboration/travail d'équipe, lieux de vie.

Tout d'abord, nous nous sommes questionnées sur la communication entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire :

- Qu'est-ce qui fait que l'information n'est pas passée ?
- Qu'est-ce qui fait penser à un problème de communication au sein de l'équipe ?
- Comment réagissent les professionnels face à un défaut de communication ?

En lien avec la communication, la mise en œuvre des transmissions au sein d'un établissement de soins nous a interpellée :

- Les AMP sont-elles formées aux transmissions ?
- Quelle est l'importance des outils de transmissions ?
- La manière dont sont effectuées les transmissions écrites et orales a-t-elle un impact sur la prise en charge des résidents ?
- En quoi la qualité des transmissions écrites et orales va permettre une prise en charge optimale des résidents ?

Concernant l'organisation, nous nous sommes interrogées sur la situation éprouvée afin de comprendre si elle pouvait avoir un lien avec les problèmes rencontrés :

- Cette situation peut-elle avoir des répercussions dans la prise en charge du résident ?

- En quoi l'événement indésirable vécu au sein de l'établissement peut-il avoir un impact sur le déroulement de la journée ?

Quelques questions se sont soulevées sur le travail d'équipe et la collaboration entre tous les professionnels de l'établissement :

- Existe-il une collaboration pluridisciplinaire optimale ?
- Quelle est l'importance du travail d'équipe dans la prise en charge des résidents ?

Afin de légitimer notre problème, nous nous sommes référées au rapport annuel d'activités de 2020 élaboré par la HAS.

Tout d'abord, la HAS répertorie les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) de 2020 dans son cahier technique validé en décembre 2021.

Dans cette étude, la HAS cherche à identifier les origines des EIGS par secteurs de soins.

Elle en compte 1081, en France, dans tous les secteurs de soins. Au vu des résultats de la HAS, nous pouvons déceler que 14,4% de ces EIGS ont été recensés en lieux de vie (établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, pour adultes et enfants handicapés et au domicile du patient).

En 2020, on observe que 5,6% des personnes déclarant des EIGS sont des professionnels de santé paramédicaux. Parmi eux, on en compte 1,9% déclarés par des infirmiers.

On note également que sur les 1 081 EIGS déclarés en 2020, environ 43,4% sont liés à l'équipe. Un taux qui n'a fait qu'augmenter en 4 ans (augmentation d'environ 318 % d'EIGS liés à l'équipe).

Lorsque l'on détaille la catégorie de cause : "les facteurs liés à l'équipe", nous pouvons remarquer que les natures de causes profondes telles que :

- La communication entre professionnels ;

- Les transmissions et alertes ;
- Les informations écrites (dossier patient...) ;

ont été remises en cause 631 fois lors des 1 081 EIGS déclarés en 2020.

Il existe 5 autres natures de causes profondes dans cette catégorie, cependant, celles-ci ne relèvent pas du domaine de la communication interprofessionnelle.

Dans ce rapport, la HAS évoque différentes conséquences pour les résidents liées aux EIGS.

De par notre questionnement et nos recherches, nous avons élaboré la question de départ suivante :

Dans un lieu de vie, en quoi le travail en collaboration du professionnel infirmier au sein d'une équipe pluri-professionnelle influence la qualité des transmissions et impacte la prise en charge des résidents ?

Exploration de la question de départ

Enquêtes exploratoires

Cette partie consiste à mener des entretiens auprès de professionnels, sur le terrain, afin de légitimer davantage notre problème identifié précédemment.

Au vu de notre question de départ qui évoque la collaboration du professionnel infirmier dans un lieu de vie, nous avons réalisé cinq entretiens (cf. annexes n°1, n°2, n°3, n°4 et n°5.) dont deux dans des foyers d'accueil médicalisés (FAM) différents et trois au sein d'Établissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dont deux sont au sein d'un même établissement (entretiens n°1 et n°2).

Cependant, nous avons interrogé les deux infirmières du même EHPAD séparément. Nous avons effectué les trois autres entretiens ensemble, cela nous a permis d'avoir un point de vue plus large concernant le non verbal des infirmières.

Choix de la méthode

Pour ce faire, nous avons mené des entretiens semi-dirigés dans l'intention de recueillir des données qualitatives dans lesquelles les professionnelles nous font part de leurs expériences et de leurs opinions.

Nous avons donc élaboré des questions ouvertes pour permettre aux interlocuteurs de s'exprimer librement. De plus, nous avons construit une grille d'entretien (cf. annexe n°6) contenant treize questions, posées dans un ordre chronologique reprenant les trois dimensions principales de notre question de départ : la collaboration du professionnel infirmier, l'équipe pluri-professionnelle et la prise en charge des résidents.

Afin de détailler le non verbal des infirmières lors des entretiens, nous les avons retranscrits en utilisant des sigles spécifiques (cf. annexe n°7).

Population cible

Premièrement, nous avons établi des critères d'inclusions et d'exclusions afin de cibler des professionnels à interroger.

Nos critères d'inclusions sont d'être diplômé depuis plus d'un an et de travailler au sein du même établissement depuis au moins 1 an.

En effet, nous avons considéré qu'il était plus judicieux d'interroger des professionnels ayant un minimum d'expériences dans cet établissement, pour obtenir des réponses développées.

Cependant, nous avons mis en place un critère d'exclusion qui était de ne pas avoir eu de formation aux transmissions ciblées, orales et écrites au sein de l'établissement.

Ce critère nous semblait important car nous voulions que les professionnels nous fassent part de la manière dont ils assurent le suivi du résident sans avoir eu de formation spécifique mise à part les apports théoriques et pratiques lors de leur formation en soins infirmiers. Autrement dit, nous avons souhaité récolter des données sur la réalité des pratiques professionnelles lors des transmissions.

Nous avons donc contacté différents lieux de vie aux alentours de Montluçon afin de leur faire part du but de notre étude. Ensuite, nous leur avons envoyé nos disponibilités ainsi que les critères d'inclusions et d'exclusions par mail. Enfin, nous avons planifié des rendez-vous avec les premiers établissements qui nous ont donné un retour parmi lesquels il y avait des professionnels qui répondaient à nos critères.

Bien évidemment, nous nous sommes assurées de respecter la confidentialité des entretiens. Pour cela, nous leur avons précisé que les entretiens étaient enregistrés et anonymes et qu'ils seraient supprimés une fois retranscrits. De plus, nous avons pris soin d'obtenir le consentement des professionnelles interrogées avant de commencer les entretiens.

Analyse de contenu et synthèse

Nous allons analyser ces entretiens dans le but de faire ressortir des concepts qui ne sont pas d'emblée visibles dans notre question de départ, mais que nous allons aborder par la suite.

Entretien n°1 (EHPAD) :

L'IDE nous fait part que l'absence de certains membres de l'équipe aux transmissions orales peut être un inconvénient dans la prise en charge du résident. Leur présence pourrait enrichir cette prise en charge, ils pourraient apporter des données que les infirmiers ou aides-soignants n'ont pas perçues.

Comme elle nous le dit, "tout le monde a un jeu à faire dans la prise en charge", elle donne l'exemple des agents de ménage qui ne font plus partie du temps de transmissions orales et que cela "manque un petit peu" car "elles ont plus de contact avec eux".

Elle le dit totalement, "l'équipe pluridisciplinaire est importante pour la prise en charge". On comprend donc que, pour elle, pour que la prise en charge du résident soit efficace, il est nécessaire qu'il y ait une collaboration entre tous les professionnels qui gravitent autour du résident.

Cependant, lorsque nous demandons à l'infirmière s'il y a des réunions d'équipe au sein de l'établissement, elle nous répond que non, que les problèmes rencontrés sont abordés

lors des transmissions orales mais seulement sur une courte durée, elle insiste plusieurs fois sur le fait que “cela ne sert pas à grand chose”.

Pour elle, cela faciliterait la collaboration et orienterait tous les professionnels sur la prise en charge car, comme elle le mentionne “la prise en charge aurait été différente, parce que là tout le monde était mal finalement”.

Cela veut donc bien dire que le temps prévu pour le suivi des résidents est alors réduit. Nous pouvons faire le lien avec les dires de l'infirmière concernant la déformation des propos lors des transmissions qui peut avoir un impact sur la prise en charge.

En effet, la qualité des transmissions est essentielle. Au regard des problèmes observés par l'infirmière dans le service, nous pouvons nous demander si l'absence de temps pour des réunions d'équipe ne nuit pas à la qualité des transmissions. Devant faire “plus vite”, les transmissions peuvent donc être mal interprétées et alors impacter la prise en charge du résident.

Néanmoins, la collaboration passe également par la relation de confiance. Elle semble importante pour l'infirmière, nous le remarquons d'après ses dires “donner une mission à quelqu'un et savoir qu'elle va être faite comme on l'a demandé”. Elle n'aura donc pas besoin de vérifier si ce dernier a bien été effectué puisqu'elle fait confiance à sa collègue.

L'infirmière nous évoque la mise en place et la réévaluation des projets de vie des résidents en collaboration avec l'animatrice, la psychologue, la cadre, une infirmière, un agent de service et une aide-soignante. Cela est mis en place en collaboration dans le but d'améliorer la prise en charge des résidents.

Malheureusement, dans la collaboration il peut y avoir des problèmes lorsqu'un membre du personnel refuse de faire un acte. Cela a un impact sur la collaboration et sur la prise en charge.

En effet, des conséquences sur le résident ont été démontrées dans cet établissement. Peut-être que, si l'infirmière en avait discuté avec sa collègue, le problème aurait pu être résolu et donc limiter l'impact sur le résident.

Cela montre aussi à quel point le travail d'équipe est important. Lorsqu'une personne ne se sent pas capable ou ne souhaite pas réaliser un acte, elle peut compter sur sa collègue et établir une solution avec l'équipe. Nous pouvons mettre en lien, dans cette situation, la relation de confiance qui permet de déléguer un acte lorsqu'on ne souhaite pas le faire.

Entretien n°2 (EHPAD) :

Selon l'infirmière, la bonne entente avec les résidents est un critère à prendre en compte car on aura moins de difficultés dans les soins. Travailler en bonne collaboration permet aux professionnels d'être "plus détendus", cela impactera positivement la prise en charge car le résident "y ressent".

Pour elle, la collaboration passe par "l'amour du métier", le fait de vouloir aller travailler et aimer travailler auprès des personnes âgées. Sans cette envie, la prise en charge des résidents sera donc impactée.

D'après l'infirmière, la mauvaise entente complique la collaboration. En revanche, la relation de confiance semble importante pour une prise en charge optimale.

En effet les soignants vont pouvoir se dire entre eux ce qui ne va pas afin de s'améliorer. Le fait de pouvoir compter sur ses collègues, de savoir que l'information transmise est bien la réalité et que les suites de prise en charge vont être adaptées comme il se doit sont des points importants dans la communication et la collaboration pluri-professionnelles.

D'autre part, pour elle, l'équipe a une bonne collaboration car il y a une bonne entente entre eux.

En conséquence, la mauvaise entente peut compliquer la collaboration et donc impacter la prise en charge des résidents. Par ailleurs, la bonne entente au sein d'une équipe favorise la collaboration et la prise en charge adaptée du résident.

L'infirmière souligne la complémentarité des professionnels qui est fondamentale dans la collaboration puisque chacun apporte quelque chose de différent aux résidents. Nous pouvons donc dire que le travail d'équipe est essentiel.

Entretien n°3 (Foyer de vie) :

L'infirmière nous fait part qu'il y a des réunions d'équipe au sein du service d'entrée de jeu, sans que nous lui posions de questions à ce sujet.

Ces réunions permettent d'avoir différents avis sur une prise en charge du fait de la pluridisciplinarité de l'établissement (socio-éducatif et médical).

On peut donc voir les différents aspects de la prise en charge et avoir différents points de vue.

L'infirmière mentionne l'importance de ces réunions du fait qu'il n'y ait pas de temps de transmissions formel en affirmant "c'est là où on peut vraiment faire un point, surtout que lors de la réunion il y a la cheffe de service avec l'infirmière co et le psychologue". Les infirmières effectuent simplement des échanges sur la journée.

Comme elle le dit "on va rencontrer les AMP, les aides-soignantes, les moniteurs, on les rencontre automatiquement quand on va sur chaque aile. Et de là on échange avec eux, s'ils ont des problèmes ils nous interpellent, même si nous on a des questions ou autres, on les interpelle, c'est naturel en fait."

Cela met l'accent sur la bonne coordination. Dès le début de l'entretien, l'infirmière précise "Après notre mission c'est aussi d'assurer les... la bonne coordination au niveau des rendez-vous des résidents". Elle ajoute également, "sans collaboration heu, il y aurait pas de suivi."

Dans cet établissement, elle mentionne que des temps de transmissions "orales, où vraiment c'est des temps définis, on n'y est pas, c'est entre AS et AMP. Sauf le dimanche matin, y'a que le dimanche matin qu'on y est, bon...".

Il est donc essentiel d'avoir une bonne coordination et de pouvoir s'interpeller à n'importe quel moment pour assurer l'efficacité des soins et le suivi des résidents.

Cela marque le fait que cette collaboration est importante car les AS, AMP peuvent observer des choses que les infirmières ne voient pas du fait de leur courte présence dans les chambres des résidents. Elle insiste sur le fait que les infirmières ne peuvent pas travailler sans les AS, AMP, AES et que le médecin ne peut travailler sans ces dernières également.

Pour elle, “c’est hyper impactant”. On comprend donc qu’un défaut de collaboration et de communication entre ces professionnels peut avoir de grandes conséquences sur le résident. Elle réplique à nouveau que “sans elles, on ne peut rien faire de toute façon. Donc leur suivi aurait un impact.”, ce qui marque l’insistance. Il y a donc besoin d’une certaine communication entre les AS/AMP/AES, IDE et le médecin afin d’avoir une bonne collaboration pour prendre en charge le résident dans sa globalité.

De plus, la relation de confiance participe à cette collaboration. En effet, l’infirmière précise que sans cette relation de confiance, elle serait plus réticente. On peut le voir lorsqu’elle dit, “Une personne en qui j’ai pas confiance je sais pas si toute suite heu... j’aurai eu l’idée de le faire ou je me serai un peu reculée dans sa prise en charge quoi...”. Pour finir, elle évoque le fait que “ce qui est bien avec le fait d’avoir confiance en quelqu’un c’est qu’on peut avoir des avis divergents sur une prise en charge et pour autant avancer ensemble sans créer un conflit”. Cette dernière citation montre l’importance aux yeux de l’infirmière de la relation de confiance.

Enfin, l’infirmière insiste considérablement lorsqu’elle évoque l’événement indésirable qu’a vécu un résident de l’établissement. On comprend bien que la relation de confiance joue énormément dans la collaboration.

Nous pouvons ajouter que pour qu’une relation de confiance se crée au sein d’une équipe, il faut évidemment une bonne entente entre les membres de cette équipe. En effet, la bonne entente, le respect, le fait d’être à l’écoute et le temps disponible sont des éléments importants qui permettent de faciliter la collaboration entre les soignants. Par ailleurs, les notions de temps et de “mauvaise humeur des soignants” sont des facteurs pouvant compliquer la collaboration.

Nous remarquons que, selon elle, la notion de temps impacte la collaboration négativement et positivement. En effet, si le soignant a du temps devant lui, il va utiliser ce temps pour prendre soin du résident et pour échanger davantage avec les autres professionnels ce qui facilitera la collaboration.

Cependant, elle ajoute que “le temps c’est quelque chose de primordial”. Effectivement, si le soignant ne prend pas le temps avec le résident du fait de la charge de travail et de l’intensité des journées, cela peut avoir des répercussions négatives sur le résident. De plus, si les professionnels manquent de temps, forcément ils pourront moins avoir de moments pour collaborer entre eux et pour échanger sur les problèmes rencontrés avec les résidents.

Également, l’infirmière confirme que “malgré tout, le fait que tout le monde soit en nombre, ça permet de jouer sur la coordination”. Elle nous fait part que le manque de personnel est un point négatif. Ici, dans cet établissement, le personnel est suffisamment en nombre, ce qui n’a pas toujours été le cas et ça joue beaucoup sur la prise en charge des résidents. Elle appuie sur le fait “qu’être en nombre” est un point positif et primordial à prendre en compte dans la collaboration.

Nous pouvons mettre en corrélation le temps et le manque de personnel car si l’établissement est en sous-effectif et que la charge de travail est conséquente, les soignants auront moins de temps de prendre soin des résidents. Ainsi, la collaboration ne sera donc pas idéale.

Elle ajoute que le fait d’être en nombre permet à l’équipe de travailler dans une bonne entente, d’être plus à l’aise et donc plus rassurée pour effectuer les différents soins. L’équipe sera donc plus reposée, ce qui permettra de travailler dans de bonnes conditions.

Au contraire, selon l’humeur de la personne, l’observation sera différente. Comme elle l’explique, si un soignant a des problèmes personnels par exemple, il ne va pas observer de la même manière le résident, il ne va pas avoir une prise en soin optimale. Alors que quelqu’un qui va bien, “qui est content d’être présent” va être dans une optique de prise en charge maximale pour le résident. On peut donc faire le lien avec les cours de soins relationnels vus à l’institut de formation qui précisent qu’il faut être capable d’éteindre sa radio intérieure afin d’être disponible pour le résident et de pouvoir accueillir ses propos dans les meilleures conditions possibles.

Parallèlement à la bonne entente, les conflits peuvent également avoir un impact négatif sur la collaboration, aux yeux de l’infirmière. Donc cela aura des répercussions

sur la prise en charge du résident. C'est-à-dire que, comme elle le dit, deux personnes qui travaillent ensemble et qui sont en conflits, vont être amenées à moins communiquer.

Or, il peut y avoir un élément important sur un résident qui ne sera pas dit et donc va finalement impacter la prise en charge du résident.

La collaboration passe donc par de la communication et de l'écoute entre les professionnels.

Entretien n°4 (EHPAD) :

L'infirmière manifeste que la collaboration au sein de l'établissement est "assez fluide", elle évoque la disponibilité de chacun qui permet d'avoir un échange avec un professionnel lorsqu'il y a besoin. Ce qui nous permet de comprendre que la disponibilité de tous est importante dans la collaboration et dans la prise en charge du résident.

Les réunions d'équipe sont importantes car les professionnels peuvent discuter de tout ce qu'ils n'ont pas le temps d'aborder durant les temps de transmissions. Comme le dit l'infirmière "Donc là on aborde les problèmes qu'il y a pu avoir ou des fois, ponctuellement des prises en charge compliquées ou alors des choses d'ordre logistique, comme des fois des protocoles de change qui sont pas adaptés."

L'établissement réalise également des réunions d'analyse des pratiques qui permettent selon les dires de l'infirmière de parler "de nos pratiques soignantes, soit nous dans notre organisation des choses qui vont pas, on se rend compte que voilà, on a des problèmes avec tel collaborateur ou quoi. Ou alors des prises en charge individuelles c'est-à-dire d'un résident, des fois, on a une prise en charge qui pose problème et du coup on en discute entre nous, on essaie de trouver des solutions."

Ils mettent également en place des projets d'accompagnements individualisés dans le but d'améliorer la prise en charge. Une fois par an, le projet de vie d'un résident est revu afin d'évaluer ses capacités selon les 14 besoins de Virginia Henderson.

Ces 14 besoins sont les suivants : respirer ; boire et manger ; éliminer ; se mouvoir et maintenir une bonne posture ; dormir et se reposer ; se vêtir et se dévêtir ; maintenir la température du corps dans les limites normales ; être propre, soigné et protéger ses téguments ; éviter les dangers ; communiquer avec ses semblables ; agir

selon ses croyances et ses valeurs ; s'occuper en vue de se réaliser ; se recréer ; apprendre.

Ces différents temps d'échanges permettent de mettre en avant l'efficacité de la prise en charge des résidents car chaque professionnel apporte son opinion sur les difficultés rencontrées. Cela permet alors de réajuster leurs pratiques professionnelles si nécessaire. Il est important que cela se fasse en équipe de façon à créer une collaboration pluridisciplinaire.

Cela incite même l'infirmière à nous évoquer que selon elle, l'organisation et la planification des soins ont peu d'impact sur la prise en charge car ils essaient au maximum de s'adapter au mode de vie du résident.

La collaboration impacte la prise en charge des résidents positivement et négativement, selon l'infirmière. D'une part, le fait de la pluri-professionnalité au sein de l'établissement permet de prendre en charge le résident dans toutes ces dimensions, "c'est des réponses adaptées à leurs besoins". De plus, le personnel est présent toute la journée. C'est pourquoi, leurs disponibilités facilitent la collaboration, d'après elle.

Cependant, cela peut être un inconvénient car les résidents peuvent "perdre leurs repères" compte tenu de cette pluri-professionnalité.

L'infirmière nous fait part qu'au niveau de la collaboration il n'y a pas "de point noir", ils sont "assez bien organisés entre eux". Elle trouve une certaine aisance dans leur organisation de par l'esprit d'équipe, l'écoute, la communication et la relation de confiance qu'ils s'accordent. Pour elle, cette relation de confiance est essentielle. Elle permet d'optimiser la prise en charge et la collaboration.

Ce qui pourrait compliquer cette collaboration, serait "l'individualisme" de chacun. En effet, le fait qu'un professionnel n'échange pas beaucoup avec les autres pourrait entraîner des désagréments dans la prise en charge des résidents et donc dans la collaboration. De plus, certains professionnels peuvent être source de conflits, même si cela est rare et que c'est en fonction des personnes nous dit-elle.

Entretien n°5 (Foyer de vie) :

La communication et la planification des soins sont des éléments bien présents dans cet établissement. Il y a deux pôles distincts : le pôle médical et le pôle éducatif. Chacun a son rôle précis auprès du résident, cependant, ils vont communiquer entre eux et collaborer ensemble comme l'explique l'infirmière dans son exemple "Après on se met en lien, si par exemple ils veulent sortir avec une personne qui a une sonde ils vont nous demander « est-ce qu'on peut sortir de telle heure à telle heure ? Est ce qu'il faut être accompagné par un aide-soignant ? »".

Afin de travailler ensemble, ils utilisent une planification des soins tout au long de la journée. En effet, nous savons qu'en tant que professionnel de santé il est important d'être organisé. Pour cela, une planification des soins est nécessaire. Elle permet également de collaborer avec l'ensemble du personnel soignant comme nous le dit l'infirmière "il y a des moments dans la journée où on est tous ensemble pour faire les actes de la vie quotidienne [...], et après on se sépare, l'équipe médicale va faire tout ce qui est soins plus approfondis, pansements, etc. Et le côté éducatif va faire les activités, les sorties, etc."

Les professionnels apportent des choses différentes aux résidents de par leurs différentes compétences ce qui peut avoir un impact positif ou négatif sur la prise en charge des résidents.

Les différences au niveau des formations professionnelles peuvent être source de conflits car les priorités de prise en charge sont différentes. Comme le dit l'infirmière, "Nous on va faire une prise en charge pour leur niveau physique et les éducateurs, les AES vont plutôt faire tout ce qui est bien être psychologique".

Par ailleurs, cela permet de prendre en charge le résident dans toutes ses dimensions qu'elles soient biologiques, psychologiques, physiques et sociales. Le travail en équipe est d'autant plus important lorsque le médico-social s'entremêle. Il faut pouvoir comprendre la spécialité de chacun.

Comme nous l'avons détaillé ci-dessus, on distingue deux pôles dans cet établissement. Afin que chacun collabore entre eux, il est important que le côté éducatif

se mette en accord avec le côté médical. C'est-à-dire que l'un, sans l'autre, ne peut pas prendre en charge le résident de manière pertinente. Comme le dit l'infirmière "Nous qu'on soit ouverts au côté éducatif et que eux soient ouverts au côté médical. [...] il faut travailler pour le résident donc en soit heu chacun doit mettre de l'eau dans son vin et puis voilà."

En outre, le caractère personnel peut entraîner des divergences dans la prise en charge. On le voit notamment avec les dires de l'infirmière qui mentionne que "nous les infirmières avec les aides-soignants, on fonctionne de la même façon, les éducateurs et les AES fonctionnent d'une autre façon et des fois chacun reste buté sur son truc". Pour avoir un réel travail d'équipe, il faut donc avoir l'ouverture d'esprit nécessaire pour entendre l'idée de l'autre.

Synthèse :

En résumé, au travers de ces cinq entretiens, nous pouvons remarquer que les avis se rejoignent.

On retrouve majoritairement les concepts de relation de confiance et de pluridisciplinarité.

La relation de confiance, selon les professionnels, est importante dans la prise en charge. Elle leur permet de collaborer entre eux et d'optimiser la prise en charge. Elle semble essentielle lorsque l'on travaille dans une équipe pluridisciplinaire. Chaque professionnel doit avoir confiance en l'autre afin d'avancer ensemble pour le bien être du résident. Chacun a ses propres compétences à apporter pour faire évoluer le résident du mieux possible.

De plus, la pluridisciplinarité est un principe sur lequel les professionnels insistent. D'un côté, elle permet de prendre en charge les résidents dans toutes leurs dimensions. D'un autre côté, lors des réunions d'équipe, plusieurs opinions et compétences sont confrontés, ce qui enrichit la prise en charge et la collaboration. Tous les professionnels d'un établissement sont complémentaires.

Néanmoins, nous avons pu analyser que cette pluridisciplinarité pouvait être source de conflits du fait des formations professionnelles différentes. Les professionnels peuvent ne pas être en accord sur une prise en charge en fonction de leur domaine. Cependant, il est nécessaire qu'ils communiquent entre eux afin d'adopter la meilleure prise en charge pour le résident.

Les concepts d'esprit d'équipe, de communication et de réunions d'équipe sont des notions qui apparaissent régulièrement lors des entretiens.

L'esprit d'équipe, au même titre que la relation de confiance est nécessaire pour le vivre ensemble dans un établissement médico-social. Il permet aux professionnels d'adopter la meilleure démarche pour les résidents. L'esprit d'équipe est d'autant plus nécessaire lorsque l'on assiste à une pluridisciplinarité telle que l'on a pu voir lors des entretiens.

Cela peut notamment être mis en place grâce aux réunions d'équipe qui sont d'une grande importance aux yeux des soignants. Nous avons pu voir que les établissements n'effectuant pas de réunions d'équipe étaient en demande de celles-ci car elles permettent de faire un point sur tous les éléments non évoqués lors des temps de transmissions.

De fait, les réunions d'équipe permettent aux professionnels d'avoir un temps de communication en plus, afin d'échanger leurs points de vue sur différentes situations vécues au sein de l'établissement. Lors des difficultés rencontrées au sein de l'équipe, libérer la parole sur des temps prévus leur permet d'élaborer des solutions qui pourront alors limiter les conflits.

En outre, la communication permet donc une collaboration optimale. Pour cela, l'équipe doit faire preuve de disponibilité et d'écoute.

Cependant, au sein d'une équipe, peut se créer des conflits. En effet, cela représente une infime partie des soignantes que nous avons interrogé. Nous avons pu nous rendre compte que des cas de mauvaises ententes avaient déjà été perçus et que cela avait pu avoir un impact sur la prise en charge des résidents.

Nous pouvons faire le lien avec le manque de personnel et donc le manque de temps des soignants. En effet, les soignants peuvent passer moins de temps avec les résidents puisque leur charge de travail augmente en l'absence d'un soignant. Ce dernier sera alors plus fatigué sur la durée et peut se montrer contrarié de par la fatigabilité qu'est le métier et être source de conflits.

Enfin, la qualité des transmissions peut être affectée, comme nous l'avons remarqué dans l'entretien n°1. La déformation des propos des transmissions orales va impacter la prise en charge dans la mesure où la continuité des soins ne pourra pas être assurée comme elle devrait l'être.

Autrement dit, cette transformation va donc impacter la collaboration et la prise en charge des résidents. De plus, l'absence de certains professionnels lors des transmissions orales va également influencer cette dernière. En effet, pour une prise en charge optimale, la pluridisciplinarité est essentielle. De fait, des transmissions orales sans certains membres de l'équipe soignante peuvent donc manquer dans l'accompagnement global du résident.

Pour conclure cette synthèse, nous pouvons observer que toutes les soignantes interrogées estiment avoir une bonne collaboration au sein de leurs équipes.

Cependant, certaines précisent que des actions pourraient être mises en place telles que des réunions d'équipe afin d'améliorer la prise en charge. Dans le but d'y voir plus clair, nous avons effectué un tableau récapitulatif des évènements indésirables observés en lien avec les outils de transmissions utilisés, le personnel présent durant les temps d'échanges et les informations qui en découlent (cf. annexe n°8).

Afin de développer notre cadre théorique et conceptuel, nous avons fait un tableau reprenant les thèmes principaux qui se dégagent des entretiens (cf. annexe n°9).

Cadre théorique et conceptuel

Lieux de vie et d'accueil (Salomé)

Définition

L'UNAPS (Union Nationale des Artisans de la Protection Sociale) définit le lieu de vie et d'accueil comme « une structure sociale ou médico-sociale de petite taille assurant un accueil et un accompagnement personnalisé, en petit effectif, d'enfants, d'adolescents et d'adultes qui vivent une situation sociale, familiale ou psychologique problématique. »

Création des lieux de vie et d'accueil

Ces lieux ont été créés à la fin des années 1960. Ils sont issus de la mouvance anti-institutionnelle et antipsychiatrique. Selon Wikipédia, “On désigne par le terme antipsychiatrie, l'ensemble des courants qui considèrent que la psychiatrie n'est pas une spécialité de la médecine au même titre que les autres et que sa pratique est nuisible autant pour les personnes souffrant de troubles psychiques que pour la société en général.”

La particularité du lieu de vie est qu'il bénéficie d'un accueil permanent et d'une relation éducative et durable qui est partagée entre les résidents et le personnel. C'est grâce à l'élaboration d'un cadre sécurisant que les résidents vont pouvoir construire “une relation se situant dans une reconnaissance de l'autre et de soi-même” d'après le site Cairn.

Les objectifs de ces lieux de vie et d'accueil sont d'échanger sur ses pratiques et d'effectuer des recherches en permanence en termes de pédagogies, d'éducatifs et de thérapeutiques. Ces objectifs sont une des spécificités du GERPLA (Groupe d'Échange et de Recherche pour et sur la Pratique en Lieu d'Accueil).

Enfin, l'article L. 116-1 mentionne que “L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en

corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté [...].”

Objectifs de la prise en charge

Principe éducatif

L’objectif principal de cette prise en charge est de faire progresser la personne en fonction de ses capacités afin de lui redonner une certaine autonomie.

Pour cela, il faudra que la personne puisse rétablir des liens sociaux, réapprendre la notion de plaisir mais aussi rencontrer et agir avec de nouvelles personnes. Cela se fait dans un contexte d’apaisement et de prise de conscience. En outre, l’article D316-1 du code de l’action sociale et des familles mentionne “Un lieu de vie et d’accueil, [...] vise, par un accompagnement continu et quotidien, à favoriser l’insertion sociale des personnes accueillies.”

Cairn précise que “Chaque lieu de vie et d’accueil se positionne sur l’opportunité ou pas d’associer la famille de la personne accueillie au projet d’accompagnement. Un travail préparatoire est mis en œuvre pour permettre à la personne accueillie d’adhérer à son projet d’accueil, dans la mesure de ses possibilités.”. En effet, le projet de vie personnalisé et individualisé est nécessaire dans la prise en charge des résidents puisqu’il permet de réévaluer régulièrement ses capacités et de le faire évoluer. La famille peut donc être un facteur à prendre en compte puisqu’ils connaissent le résident et peuvent apporter des éléments importants sur ce dernier.

Principe pédagogique

La pédagogie est mise en place pour que le résident devienne acteur de son projet de vie. L’élaboration, la conduite et l’évaluation de ce projet vont permettre de guider sa mise en œuvre.

La pédagogie passe par plusieurs éléments. Tout d'abord, il faut pouvoir responsabiliser les résidents en fonction de leur âge. Ensuite, ils doivent créer des contacts humains et ainsi développer leur confiance. L'écoute et le respect de l'autre sont également des valeurs à apprendre, comme nous le verrons plus tard, elles ont un grand intérêt notamment dans la communication.

Types de lieux de vie et d'accueil

Il existe plusieurs types de structures d'accueil :

- Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ;
- Foyers d'accueil médicalisés (FAM) ;
- Etablissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Unités de soins longues durées (USLD) ;
- Foyers logement ;
- Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) ;
- Maisons d'accueil rurales pour adultes handicapés vieillissants (MARPAHVIE) ;
- Foyers de vie, foyers occupationnels, foyers d'hébergement ;
- Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT) ;
- Maisons d'enfants à caractère social (MECS) ;
- Instituts médico-éducatifs (IME) ;
- Instituts d'éducation motrice (IEM) ;
- Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) ;
- Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ;
- Maisons relais, appartements thérapeutiques, établissements publics de santé mentale, accueils de jour...

La réalisation de ce sujet fait suite à un événement qui s'est réalisé en maison d'accueil. Cependant, nous avons choisi d'établir des entretiens dans d'autres lieux de vie (EHPAD et FAM) afin de légitimer le problème rencontré. Nous allons donc les définir.

Maisons d'accueil spécialisées

Selon, le Registre Français du Social et médico-social, les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) « sont des établissements qui ont pour objectif de répondre aux besoins des personnes adultes handicapées en situation de "grande dépendance". Les MAS ont été créées en septembre 1978 suite à l'application du décret de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975. Les MAS ont pour mission d'offrir une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée à ces adultes handicapés. »

Foyers d'accueil médicalisés

Le Registre Français du Social et médico-social précise que les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), « ont pour mission d'accueillir des personnes handicapées physiques, mentales (déficients intellectuels ou malades mentaux handicapés) ou atteintes de handicaps associés. L'état de dépendance totale ou partielle des personnes accueillies en FAM les rend inaptes à toute activité professionnelle et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit donc à la fois de structures occupationnelles et de structures de soins.

Les FAM ont été mis en place par la circulaire n°86-6 du 14 février 1986. Cette circulaire fixe leurs missions et confère une importance particulière à leur implantation, celle-ci devant permettre une ouverture à la vie sociale. »

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Le Registre Français du Social et médico-social mentionne que les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), « sont des structures collectives destinées aux personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie ou dépendantes qui ne peuvent plus vivre seules chez elles. Les EHPAD proposent un logement en chambre ainsi que des services tels que les soins et les repas.

Les EHPAD sont des établissements médicalisés et offrent une prise en charge globale incluant le logement, les soins médicaux, la nourriture, les activités et l'animation.

Les résidents des EHPAD sont assistés 24 heures sur 24 par une équipe de professionnels, qui peuvent inclure des médecins, des infirmiers, des aides-soignants et des animateurs afin d'apporter une prise en charge globale et personnalisée. »

Collaboration (Chloé)

Définition

Pour commencer, nous allons définir le terme de la collaboration qui est le thème clé de notre mémoire de fin d'études.

D'après le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales), la collaboration est définie comme étant "la participation à l'élaboration d'une œuvre commune."

Ce terme vient du latin "cum" qui veut dire "avec" et "labore" qui signifie "travailler". Nous pouvons donc définir la collaboration ainsi : L'action de travailler avec une ou plusieurs autres personnes. Nous pouvons également parler de coopération.

Collaboration dans les soins

Nous allons nous intéresser à la collaboration dans les soins. Comme nous le savons, dans le domaine de la santé, les différents professionnels intervenant dans la prise en charge des résidents se doivent de collaborer entre eux d'autant plus lorsqu'ils proviennent de diverses disciplines. En outre, ces professionnels de santé collaborent tout autant avec les résidents et les familles afin de les inclure dans le projet d'accompagnement du résident.

Tout cela est important afin d'obtenir une prise en charge optimale pour les résidents.

Législation

La collaboration infirmière au sein d'une équipe pluridisciplinaire est évoqué dans le Code de la Santé Publique à l'article R4311-4 : "Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3."

Les infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture ou encore les aides médico-psychologiques constituent cette équipe pluridisciplinaire. Cependant, d'autres intervenants en font partie et ont un rôle important auprès du résident tels que les médecins, les psychologues, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières coordinatrices, les cadres de santé, etc.

L'infirmier est donc amené à collaborer avec ces différents acteurs. Comme nous avons pu le voir dans les entretiens, ce sont parfois les aides-soignants, les aides médico-psychologiques ou encore les agents de services hospitaliers qui sont les plus proches des personnes soignées.

En effet, les infirmiers sont moins souvent auprès des résidents, il est donc important qu'il y ait une collaboration précieuse entre eux dans le but de ne laisser passer aucun détail qui pourrait être important dans la prise en charge.

Par la suite, l'infirmier coopère également avec le médecin. Cela d'ailleurs tout au long de la prise en charge, évidemment.

Afin d'en savoir un peu plus sur la collaboration au sein d'une équipe de soins, nous allons aborder différents thèmes. Premièrement, nous allons étudier le travail en équipe. Dans une seconde partie, nous verrons le terme de pluridisciplinarité. Enfin, nous évoquerons les transmissions.

Travail en équipe

Tout d'abord, le bon fonctionnement du travail en équipe passe par une collaboration indispensable entre chacun des membres de l'équipe soignante. En effet, le travail en équipe se définit comme étant la mise en place d'actions effectuées en groupe et ayant un objectif commun à tous.

Comme le stipule P.CAUVIN, dans son ouvrage *La cohésion des équipes*, "Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée.". Afin de travailler ensemble, l'équipe a besoin d'une certaine volonté. L'esprit d'équipe est donc primordial, il contribue au bon fonctionnement du travail en équipe et à un travail de qualité.

Le psychologue américain Abraham MASLOW établit une théorie qui se nomme "La pyramide de MASLOW" (cf. annexe n°10) qui a pour but de hiérarchiser les cinq besoins des individus. Nous pouvons faire le lien avec les besoins qui sont nécessaires au bon fonctionnement d'une équipe.

Les cinq besoins de cette pyramide sont les suivants :

- Les besoins physiologiques : besoins primaires en lien avec la survie biologique (l'alimentation, le sommeil, la respiration...);
- Les besoins de sécurité : sécurité physique, environnements familiaux et affectifs stables ;
- Les besoins d'appartenance : liens sociaux, l'appartenance à un groupe, relations avec son entourage ;
- Les besoins d'estime : l'acceptation, la reconnaissance et l'admiration d'autrui contribuent au respect et à l'estime de soi ;
- Les besoins d'accomplissement : se réaliser et faire des choses importantes. Niveau personnel de la pyramide car le sentiment d'accomplissement de soi dépend de chacun.

Quelques besoins de la pyramide de MASLOW peuvent s'appliquer au travail et plus particulièrement dans le travail en équipe. D'une part, les besoins d'appartenance permettent aux membres de l'équipe de s'identifier à un groupe et donc de se sentir intégré à l'équipe.

Les bonnes relations entre collègues jouent un rôle primordial également. De plus, le fait d'être valorisé, d'avoir une certaine reconnaissance par l'équipe va créer une dynamique de groupe. Cela correspond aux besoins d'estime et rejoint les besoins de sécurité.

Sans oublier le sentiment d'être utile qui va influencer sur la motivation de travailler en équipe.

Enfin, les besoins d'accomplissement vont également avoir un impact de par la possibilité de développer ses capacités personnelles et son envie d'évoluer hiérarchiquement au sein de l'équipe.

Dernièrement, d'un point de vue professionnel, la pyramide de MASLOW pourrait être un outil visant à améliorer le bien-être des professionnels au sujet du travail en équipe.

Ce travail en équipe est renforcé d'une part, par la conception de projets contenant des objectifs communs. D'autre part, par la mise en place de réunions d'équipe et d'analyse des pratiques professionnelles.

Projets de soins

Premièrement, les projets de soins des résidents sont réalisés et menés en équipe pluridisciplinaire. Ils permettent une coordination entre les différents professionnels de santé qu'ils soient médicaux ou paramédicaux.

Comme le stipule l'Article R4311-1 du Code de la Santé Publique : "L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation [...]. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif."

L'élaboration d'un projet de soins infirmiers précise la stratégie de soins à mettre en œuvre auprès du résident, en fonction de l'évolution de sa situation. Il nécessite une évaluation et une identification des problèmes de santé du résident, de mettre en place les objectifs poursuivis ainsi que les interventions soignantes et les actions prévues dans le but d'améliorer son état de santé.

Ce projet de soins sera personnalisé et individualisé pour la prise en charge de la personne soignée. Il est réalisé pour une durée de vingt-quatre heures et est réajusté quotidiennement en fonction de l'état de santé du résident.

Le déploiement d'un projet de soins fait partie du référentiel de compétences de l'infirmier : "Compétence 2 - Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers". De plus, selon l'Article R4311-3 du Code de la Santé publique : "L'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires [...]. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers."

Comme nous l'avons abordé précédemment, l'implication du résident et de sa famille au projet de soins est considérable dans la réussite de celui-ci. Le résident est donc acteur de sa prise en charge. Ce projet est conçu et conduit avec la personne soignée.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé indique dans l'Article L. 1111-4 que "Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.". D'ailleurs, cet article mentionne également que le consentement libre et éclairé de la personne soignée doit être pris en compte avant tout acte médical et que celui-ci peut être retiré à tout moment.

La famille peut, ce n'est pas une obligation, participer aux projets de soins de son proche. C'est-à-dire qu'elle peut être sollicitée au cours de la mise en œuvre

d'actions par exemple. Mais encore, le personnel soignant peut recueillir des données concernant le résident auprès de sa famille lors de l'élaboration du raisonnement clinique. Il permet d'effectuer un recueil de données auprès du résident et/ou de sa famille afin de conduire un projet de soins infirmiers.

Enfin, le projet de soins infirmiers fait tout de même partie du travail en équipe et de la collaboration. La confrontation des compétences de chacun va permettre d'enrichir les données cliniques et contribueront à la pertinence du diagnostic et donc du projet de soins.

La collaboration ainsi que la prise en charge des résidents seront donc renforcées par cette pluridisciplinarité que nous rencontrons dans tous les établissements de soins, que ce soit en service d'hospitalisations ou en lieux de vie.

Projets de vie

Le projet de vie en institution a pour objectif de favoriser la qualité de vie des résidents en maintenant leur autonomie le plus longtemps possible. Ce projet implique plusieurs acteurs tels que les résidents, l'équipe pluridisciplinaire, les familles et l'établissement en lui-même. Il consiste à mettre en place des actions tenant compte des habitudes des résidents afin de leur permettre de se sentir chez eux le plus possible malgré les contraintes inévitables liées aux soins et à la vie en collectivité.

Dans la revue, *Soins gérontologie n°129 - Organisation des soins en Ehpad*, un projet de vie a été mené dans une maison de retraite en 1993 ayant pour objectifs de faciliter l'adaptation des résidents, de reconnaître la personne comme un être unique, d'assurer leur sécurité et leur confort, proposer des activités adaptées afin de dynamiser la vie de cette maison de retraite et d'assurer à chacun d'eux le respect de leur dignité tout au long de leur séjour.

Cela est donc mené en équipe pluridisciplinaire dans le but d'assurer une amélioration continue dans la prise en charge du résident au sein de l'établissement.

Nous pouvons illustrer cette amélioration continue par la "Roue de DEMING" (cf. annexe n°11).

Dans un premier temps, on analyse la situation et on prévoit des actions à mettre en place.

Ensuite, on applique les actions prévues, on les évalue afin d'étudier les résultats obtenus.

Et enfin, on réajuste en mettant en place des actions correctives et préventives. En institution, cette roue consiste à inclure le résident au centre du projet, et à mettre en place autour de lui des activités et des soins tout en maintenant son autonomie, en respectant sa liberté, ses droits et ses devoirs. Tout au long de ce projet, les soignants seront dans une démarche de bienveillance.

En effet, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale applique un cadre réglementaire à ce projet d'institution en posant quatre axes dominants :

- Promouvoir l'autonomie et la protection des personnes ;
- Prévenir les exclusions et en corriger les effets ;
- Respecter l'égalité de tous les êtres humains avec le but de répondre de manière adaptée aux besoins de chacun d'entre eux ;
- Respecter les droits et libertés individuelles (dignité, intimité, intégrité, consentement, sécurité).

Il est important de distinguer le projet de vie institutionnel et le projet de vie individuel du résident.

Le projet de vie individualisé et personnalisé consiste à faire participer la personne soignée ainsi que tous les acteurs de son environnement (équipe pluridisciplinaire, famille, entourage). Il a pour rôle de prendre soin du résident en donnant du sens à sa présence dans l'institution, en prenant en compte ses choix et ses habitudes.

Ce projet intègre la qualité de vie (volonté du résident, son histoire de vie, ses habitudes de vie, ses centres d'intérêt, ses croyances...) ainsi que les besoins de soins au regard d'une évaluation globale de la situation du résident (ses fonctions cognitives, ses capacités fonctionnelles, les risques, les suivis thérapeutiques...).

Nous pouvons conclure cette partie par le fait que le projet individualisé résulte de l'association du projet de soins et du projet de vie (institutionnel et personnalisé).

Ce travail en équipe d'élaboration de projets permet de créer un esprit commun et d'approfondir la cohésion entre l'équipe soignante et l'équipe d'animation tout au bénéfice du résident.

L'élaboration de ces projets va se faire à travers des échanges au sein de l'équipe. Nous en venons donc à aborder le sujet des réunions entre les professionnels.

Réunions d'équipe et d'analyse des pratiques professionnelles

Comme nous avons pu le remarquer lors de l'analyse des entretiens, les réunions d'équipe et d'analyse des pratiques professionnelles jouent un rôle dans le travail d'équipe et dans l'organisation. Cette dernière est essentielle pour une bonne coordination.

Les réunions sont des moments importants qui rythment la vie de l'équipe. Elles vont permettre de prendre des décisions en équipe pluridisciplinaire, d'en comprendre les objectifs et ainsi renforcer l'implication des soignants en les faisant participer à ces prises de décisions qu'ils auront à appliquer par la suite. Elles ont également pour but de mettre en place un projet de soins face à une situation difficile par exemple.

Réaliser des réunions au sein d'un établissement de santé est une source de collaboration car elles réunissent une partie ou l'intégralité de l'équipe afin d'instaurer des stratégies de prises en soins idéales et/ou de réajuster les pratiques professionnelles dans le but d'améliorer l'accompagnement des résidents. Elles sont également support de communication car elles permettent de libérer la parole de chacun et d'approfondir la réflexion. Par exemple, lorsqu'il y a des conflits au sein de l'équipe, il est nécessaire de ne pas garder cela pour soi et d'aborder cela en équipe. Nous le verrons dans la partie de Salomé sur la communication.

De plus, elles peuvent simplement faire l'objet d'informations et de sujets de réorganisation concernant le service.

Nous pouvons donner l'exemple des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) qui servent à évaluer et améliorer les pratiques professionnelles. Elles réunissent des professionnels de santé exerçant dans différentes

disciplines, ayant chacun des compétences différentes. Ces RCP peuvent se dérouler au sein de tous les services dans lesquels une prise en charge est complexe, comme par exemple la prise en charge de cancers, de sclérose en plaques, d'insuffisance respiratoire chronique grave...

Un travail d'équipe est donc obligatoire lors de ces RCP afin de prendre des décisions permettant d'adopter la meilleure prise en charge possible pour les personnes soignées (diagnostic, traitements médicaux, examens, conduites à tenir...).

Pluridisciplinarité, un partenariat dans les soins

Nous avons déjà abordé ce concept plusieurs fois, mais dans cette partie nous allons l'approfondir.

Dans un premier temps, nous allons introduire la pluridisciplinarité en donnant une définition de ce terme. Ensuite, nous évoquerons les avantages et les inconvénients de cette notion.

Qu'est-ce que la pluridisciplinarité ?

Dans la revue *Soins Gériatrie n°130 - Parcours de soins et pluridisciplinarité*, ce concept est défini comme étant "la rencontre entre plusieurs disciplines qui, en juxtaposition, analysent des situations, proposent des interventions et échangent des informations."

Une équipe pluridisciplinaire est composée de divers professionnels ayant suivi des formations différentes. Ils vont travailler ensemble pour une prise en charge du résident dans toutes ses dimensions biologiques, sociales, psychologiques et spirituelles.

Afin de travailler en équipe, il est primordial de connaître le champ de compétences de chacun des professionnels et de le respecter. Chacun a son rôle à jouer et ses responsabilités dans la prise en charge des résidents.

De plus, il est important de ne pas dépasser son champ d'action et d'accepter le savoir-faire venant d'autrui.

Tout de même, ce concept relève quelques conditions pour être efficace. Avant tout, ce qui pour moi constitue une richesse dans le travail en pluridisciplinarité c'est le soutien entre chaque membre de l'équipe et accepter l'aide et les connaissances de son collègue.

Cependant, coopérer ne dépend pas seulement de la bonne volonté de tout le monde. Comme nous l'avons expliqué au préalable, selon MASLOW, la sécurité au sein d'une équipe, le fait d'être valorisé et d'avoir un sentiment de reconnaissance de la part des autres professionnels et/ou des résidents jouent un rôle très important dans notre capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire.

Néanmoins, ce travail a des atouts et des désagréments. C'est ce que nous allons traiter.

Bénéfices

Cette pluridisciplinarité évoque donc la complémentarité des professionnels, comme nous l'avons vu précédemment. Celle-ci est importante dans un travail en collaboration car chaque professionnel apporte son savoir-faire aux autres professionnels ce qui va optimiser la prise en charge des résidents. D'autant plus que lorsqu'une prise en charge est complexe, afin de comprendre la situation et de l'analyser de manière pertinente, plusieurs avis provenant de multiples disciplines ne sont pas à épargner.

Nous pouvons appuyer nos propos par les dires de R.MUCCHIELLI dans son ouvrage *Le travail en équipe* paru en 2019 "l'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe, et d'une division efficace des rôles. Elle dynamise et enrichit l'équipe. La complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel."

Dans les établissements médico-sociaux, la complémentarité des professionnels est davantage importante car le personnel médical va devoir coopérer avec le personnel

social, chacun va apporter des connaissances à l'autre. Réunir les deux côtés ne peut être que bénéfique pour les résidents.

Inconvénients

Cette pluridisciplinarité peut parfois être source de conflits. Nous ne détaillerons pas ce concept ici car une partie lui est dédiée. Cependant, des tensions peuvent être présentes au sein de l'équipe du fait de la discordance des formations et des compétences. Il est possible que chacun n'ait pas la même prise de décisions.

Ce sont dans ces moments-là que les réunions d'équipe sont primordiales afin de prendre les meilleures décisions pour la prise en charge des résidents.

Or, des conflits qui perdurent dans le temps vont avoir comme conséquences la désorganisation et le dérèglement du bon fonctionnement de l'équipe.

Cela a une influence sur l'activité du groupe et donc sur la qualité de son travail auprès des personnes soignées.

Transmissions

Il nous a semblé important d'élaborer une partie concernant les transmissions étant donné que c'est un concept que nous avons évoqué lors de nos entretiens.

Dans un premier temps, nous allons définir ce que sont les transmissions orales et écrites et leurs rôles. Ensuite, nous aborderons les problèmes rencontrés lors des temps de transmissions qui nous ont été rapportés lors des entretiens.

Transmissions orales et écrites

Selon le CNRTL, une transmission est "l'action de transmettre, de faire passer quelque chose à quelqu'un". Dans le domaine des soins, réaliser une transmission permet de transmettre des informations, des données cliniques concernant la situation du résident. Elles peuvent se faire de manière orale ou écrite.

Elles sont un moyen de communication et de collaboration, elles font partie du travail d'équipe. C'est un support commun aux professionnels médicaux et paramédicaux permettant la traçabilité des informations de manière coordonnée.

Elles ont différents rôles.

Tout d'abord, elles vont favoriser la continuité des soins. Il est donc important que chaque professionnel soit mis au courant, en temps réel, de tout changement de la situation du résident.

Ensuite, elles vont maximiser la qualité de la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. En effet, tous les professionnels peuvent faire des transmissions orales et/ou écrites concernant les résidents qu'ils prennent en soins afin que chacun puisse adapter sa prise en charge par rapport à leur état de santé.

Elles présentent tout de même des inconvénients, les transmissions orales peuvent être sources d'erreurs et d'oublis. En effet, comme on le dit : "les paroles s'envolent", elles ne s'inscrivent pas dans la durée et le langage utilisé est moins précis qu'à l'écrit.

C'est-à-dire que l'émetteur va transmettre l'information au récepteur, cependant, ce dernier peut comprendre l'inverse de ce qui a été dit, il peut écouter mais ne pas retenir tout ce qui a été dit. Cela sera donc générateur de déformations des propos par le destinataire. C'est d'ailleurs ce dont nous fait part l'infirmière dans l'entretien n°1.

Problèmes rencontrés lors des transmissions

Notions de manque de temps et de personnel

Comme cela nous l'a été rapporté dans l'entretien n°3, le manque de temps impacte la collaboration entre les soignants et donc impacte également la prise en charge des résidents.

En effet, en 2008, M.ESTRYN-BÉHAR, dans *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, évoque le manque de temps : « Manque de temps pour les transmissions orales ; manque d'organisation et de cohésion de l'équipe paramédicale dû à un manque de temps pour établir les choses. » ; « Manque de temps

au moment de la relève entre les équipes : transmissions trop rapides, parfois vagues. Les chevauchements sont trop rapides depuis les 35 heures. Les visites médicales interviennent très tard dans la matinée, ce qui implique de relever les dossiers médicaux rapidement pour être à l'heure aux transmissions. »

De plus, tous les professionnels de santé intervenant auprès du résident peuvent assister aux transmissions orales. Cependant, lors des entretiens nous avons pu remarquer que certains ne participaient pas à ces temps-là.

En effet, face à un manque de personnel dont souffrent les établissements de santé, il est évident que cela a un retentissement sur la prise en charge et donc une collaboration lors des temps de transmissions orales qui est moindre. S'il y a moins de personnels, forcément il y aura moins de soignants qui pourront assister aux temps des transmissions orales, malgré l'importance de leur présence afin d'optimiser la prise en charge des résidents.

Un article publié en juin 2022 se nommant *L'hôpital, malade du manque de soignants* explique les sources de ce manque de personnel. Le niveau d'absentéisme étant de 9,9% en 2021, ce sont les ESMS (établissements et services médico-sociaux) qui sont le plus touchés par cela. Cela peut s'affirmer par l'infirmière de l'entretien n°3 qui travaille dans ce type d'établissement et qui nous fait part de ce manque de personnel. S'ajoutent à cela la difficulté à recruter ainsi que la diminution du nombre des postes vacants.

Nous nous doutons bien que tout cela peut être source de tensions au sein de l'équipe, ce qui n'améliore pas la collaboration.

Toutes ces notions abordées dans cette partie concernant la collaboration vont passer également par de la communication. C'est ce que Salomé va approfondir dans la partie suivante.

Communication (Salomé)

Définition

Selon Wikipédia, “la communication est l'ensemble des interactions avec un tiers humain ou animal qui véhiculent une ou plusieurs informations.”

En effet, la communication permet de préciser la pensée à travers des mots, des gestes, des émotions, des mimiques, la posture etc. Comme nous pouvons le voir dans la revue n°213, *Les soignants face aux comas*, “Il est impossible de ne pas communiquer, selon l'école de Palo Alto”. Cette école précise que le comportement fait partie de la communication. A travers un comportement, on exprime forcément quelque chose “puisque l'on ne peut pas ne pas avoir de comportement”.

Dans le domaine sanitaire et social, cette communication est primordiale puisqu'elle va avoir un impact sur le résident, la famille ou encore les équipes entre elles.

Importance d'une bonne communication dans le domaine sanitaire et social

La communication permet d'échanger sur des sujets divers tels que dans notre cas, la prise en charge des résidents. Celle-ci est importante puisqu'elle permet d'avoir différents points de vue, ou avis mais elle doit être centrée sur le résident. Nous pouvons dire qu'il y a un intérêt commun entre les différents acteurs (infirmiers, aides-soignants, médecins, aides médico-psychologiques etc.) qui est l'accompagnement du résident.

Comme nous avons pu le voir précédemment, la communication interprofessionnelle peut être défailante et amener à une collaboration étroite entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge du résident.

Une relation conflictuelle peut donc s'installer.

Conflits

Définition

Le Larousse définit le conflit comme “une situation d’opposition entre deux personnes, deux groupes ou deux organisations. Chacun est ancré dans sa position initiale et demande à la partie adverse de faire un effort pour mettre fin à l’échange”.

Le conflit est lié à un facteur déclencheur ce qui va engendrer de la frustration.

Il existe 4 phases lors d’une situation conflictuelle :

- Avant la confrontation : elle remet le contexte. La charge émotionnelle de la personne augmente. Elle accentue la négativité de la situation ;
- Augmentation de la charge émotionnelle : le niveau de frustration augmente, la personne est centrée sur elle-même et ses attentes ;
- La confrontation : les paroles échangées sont blessantes, sont mal comprises ;
- Le retour au relationnel : la personne se calme et une communication peut alors s’instaurer.

Impacts des conflits sur la prise en charge des résidents

Dans cette partie, nous allons donc parler en premier lieu de l’impact que ces conflits peuvent avoir sur la prise en charge du résident.

Afin de resituer le contexte, nous parlons de la prise en charge des résidents, cela signifie donc que nous sommes dans le cadre d’un lieu de vie. Dans ce type d’institution, il se doit qu’une communication entre les différents professionnels prenant en charge les résidents soit présente.

Or, le conflit met une certaine distance entre les protagonistes. En effet, la relation de confiance est altérée et nous verrons dans la partie de Chloé en quoi elle est essentielle dans le travail d’équipe. Cela aura pour conséquence une diminution de la communication entre les soignants qui ne s’entendent pas, et “s’évitent”.

Cependant, nous l’avons dit auparavant, la communication entre les professionnels permet d’exprimer son point de vue notamment sur une prise en charge.

Ce manque de communication nécessaire pour assurer le suivi des résidents met en porte-à-faux l'accompagnement de ces derniers. Les personnes étant dans une relation conflictuelle n'échangent pas entre elles sur les actes qui ont été mis en place pour le résident, sur les améliorations qui ont été constatés ou sur ce qui a pu être observé au cours de la journée.

Bien que le conflit puisse avoir un impact négatif sur le résident puisqu'il se retrouve malgré lui au sein d'un désaccord, il est important de préciser que le conflit peut également être vu de façon bénéfique tant pour les professionnels que pour les résidents.

Bénéfices des conflits au sein d'une équipe pluridisciplinaire

Au premier abord, il est difficile de concevoir que le conflit peut avoir un aspect positif tant dans les relations humaines que dans la collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

En outre, lorsqu'il est maîtrisé, le conflit peut avoir un aspect dynamique. Pour que ce soit le cas, il faut avoir une approche positive du conflit. C'est ce que l'on appelle "l'acceptation".

Il n'est pas toujours négatif d'avoir des situations conflictuelles au sein d'une équipe. Encore faut-il pouvoir les résoudre. Pour cela, des moyens peuvent être mis en place tels que les réunions d'équipe. De fait, le conflit pour être résolu, doit être discuté en équipe ou entre les personnes concernées de manière constructive. Cela permet à chacun de donner son point de vue sur la situation vécue et de comprendre l'autre sans forcément partager son avis. Il faut "apprendre à ne pas être centré sur soi et s'enrichir de l'apport de l'autre".

Comme nous pouvons le lire dans l'ouvrage *Conflit, mettre hors-jeu la violence*, "il peut s'agir d'une négociation qui aboutisse à un compromis dans lequel chaque partie, après avoir affirmé clairement ses besoins et ses intérêts, cède une partie de ses prétentions pour aboutir à un accord final".

Pour avoir une vision objective de la situation, le livre *L'art de gérer les conflits* précise que quatre affirmations sont à adopter pour avoir un cadre positif de résolution des conflits.

Tout d'abord, il faut rester positif, motivé et optimiste, cela permet de démontrer la volonté que l'on a à vouloir faire face à ce conflit. Ensuite, il faut être capable de prendre du recul pour souligner l'implication dans la résolution de la situation. Il faut également faire preuve d'humilité afin d'éviter l'affirmation de soi mal placée. Cela permet de garder en tête l'objectif initial.

Enfin, il faut être capable de se poser les bonnes questions. Socrate disait "Connais-toi toi-même". Il faut connaître ses émotions, ses réactions dans des situations de conflits pour pouvoir s'améliorer et se maîtriser lors de telles situations.

Pour être dans une situation de conflits positive, il existe une méthode de communication dite "non violente". Cela permet tout d'abord d'amener à une négociation et d'instaurer une bienveillance au sein de l'équipe.

Communication non-violente

La communication non violente a été instaurée en France dans les années 1990. Selon le créateur Marshall B. ROSENBERG, un psychologue américain, la communication non violente est "le langage et les interactions qui renforcent notre aptitude à donner avec bienveillance et à inspirer aux autres le désir d'en faire autant".

En quoi consiste-t-elle ?

Comme nous l'explique le livre *La boîte à outils de l'accompagnement professionnel* qui contient un chapitre se nommant "Former à la communication non violente", cette méthode permet à celui qui l'utilise de comprendre ses besoins pour mieux communiquer avec autrui.

Ce langage repose sur 4 étapes :

- L'observation des faits ;
- L'expression des sentiments ;

- L'identification des besoins ;
- La formulation de demandes claires.

En effet, cette méthode est très intéressante puisqu'en aucun cas la personne qui pratique la communication non violente, va laisser l'autre penser qu'il a fait quelque chose qu'il ne fallait pas. Les besoins sont centrés sur soi et pas chez l'autre. Elle peut donc être mise en place pour effectuer la résolution non violente d'un conflit.

Le chapitre "Les étapes de la résolution non violente du conflit" du livre *L'art de gérer les conflits* nous démontre 4 étapes :

- Définir un temps pour parler : cela permet de montrer que l'on a envie de résoudre le problème, de maîtriser ses émotions ou encore de prendre le recul nécessaire ;
- Exprimer clairement l'objet du conflit : en essayant de faire comprendre sa position mais aussi en essayant de comprendre la logique de l'autre. Ce temps permet d'aller aux étapes suivantes ;
- Résumer le problème en identifiant les causes : cela permet de voir si les deux personnes ont le même avis ou non sur le problème identifié. C'est le point de départ pour la recherche d'une solution ;
- Explorer les solutions possibles et les examiner : il faut que la solution retenue soit acceptable pour les deux parties, adaptée aux besoins de chacun, et qu'elle n'impacte pas la relation. Cependant, une solution immédiate n'est pas toujours trouvée, il faut donc être capable de l'accepter sans augmenter les tensions.

Cette méthode est utile pour résoudre un conflit, garder une relation saine et de confiance avec la personne ou le groupe concernés.

Après avoir abordé ce qu'est un conflit de manière générale, nous allons pouvoir évoquer les différentes sources de conflits en lien avec le milieu sanitaire et social.

Sources de conflits

Déformation des propos

Tout d'abord, nous souhaitons parler de la déformation des propos qui peut avoir un impact sur la prise en charge.

En effet, le but d'un travail en collaboration est notamment le suivi des informations, autrement dit, la continuité des soins. Pour cela, l'équipe doit bénéficier d'informations claires, précises, et fiables afin d'assurer la prise en charge des résidents.

Nous avons pu mettre en lumière ce défaut de prises en charge lors des entretiens. Une des infirmières avec qui nous nous sommes entretenues à mentionner qu'une résidente n'avait le droit qu'à un appui léger pour se déplacer. Or, le défaut de transmission a entraîné le fait que les soignants ont fait marcher la résidente car ils ont eu une mauvaise information. Cela aurait pu avoir des conséquences sur l'état de santé de cette résidente.

Certains domaines professionnels comme les infirmiers, ont un métier avec une grande responsabilité. Nous manipulons des traitements à risque et nous n'avons pas le droit à l'erreur, d'où l'importance d'avoir des transmissions de qualité. Cet aspect qui peut avoir la déformation des propos peut donc être source de conflits car on souhaiterait avoir confiance en ce que nos collègues nous transmettent. Celui qui commet une erreur peut donc en vouloir à la personne qui a omis une information, ou déformer un propos et créer donc une relation conflictuelle.

Stress

Un autre facteur pouvant être source de conflits est le stress. Plusieurs éléments peuvent être facteurs de stress tels que la responsabilité en tant que professionnel que l'on a envers le résident et ses collègues ou encore le manque de temps et de professionnels comme nous avons pu le voir dans la partie de Chloé.

Le stress fait partie des risques psychosociaux.

Selon le Ministère du travail, du plein emploi et de l’insertion, les risques psychosociaux sont définis comme “un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs. Leurs causes sont à rechercher à la fois dans les conditions d’emploi, les facteurs liés à l’organisation du travail et aux relations de travail. Ils peuvent concerner toutes les entreprises quel que soient leur taille et leur secteur d’activité.”

Cette surcharge mentale liée au stress est source de conflits puisque comme le dit le site Cairn, “le stress peut être causé non seulement par la pression des relations professionnelles (compétition), mais aussi par le manque de soutien des collègues dans les situations difficiles”. Il est donc possible que cette situation entraîne un épuisement professionnel.

Épuisement professionnel

L’épuisement professionnel peut être lié à plusieurs facteurs. Cependant, nous pouvons nous rendre compte au travers des recherches, que ce sont majoritairement les mêmes facteurs qui sont sources d’épuisement professionnel.

Selon l’article *Agir sur la qualité de vie au travail*, les institutions où il n’existe pas d’espaces dédiés aux temps d’échanges sur les problèmes rencontrés, la situation au sein de l’équipe est souvent dégradée en termes de santé au travail. Ce même article met également en avant “L’enjeu du travail bien fait”.

Yves CLOT, un psychologue du travail, explique que tous les actes que nous souhaitons faire de façon satisfaisante nous épuisent bien plus que ce que nous faisons. Cela prouve que comme le dit l’article, “le travail est trop souvent empêché par une multitude de contraintes et d’exigences superposées.”

De plus, on peut penser que la sensation de bien-être au travail diminuerait les facteurs de risques psychosociaux et contribuerait également à la performance. La prévention de ces risques est une obligation pour les employeurs afin d’éviter l’épuisement professionnel.

Bonne entente

Bonne communication

Le but de la communication est d'intégrer tous les facteurs intervenant dans la communication afin d'ajuster sa relation avec les autres.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte lorsque l'on veut s'exprimer de façon adaptée.

Comme nous pouvons le voir dans le plan d'action n°14 du livre de David BALZEAU et Arnaud MOULIN, 3 paramètres sont mis en évidence dans l'acte de la communication.

Tout d'abord, il y a le verbal (les mots) qui, selon Albert MEHRABIAN, spécialiste de la communication, ne représente que 7% de ce que nous souhaitons dire. Ensuite, il y a le semi-verbal (voix, ton, rythme) qui représente 38% de la communication. Et enfin, le non-verbal (gestuelle, mimiques) qui représente 55% de la communication.

Pour apprendre à communiquer, et à comprendre l'autre, il faut alors écouter pour comprendre la vision de l'autre. De plus, le non verbal permet d'obtenir une réponse cohérente puisqu'il est la première chose que la personne remarquera.

La reformulation entre dans la bonne communication puisqu'elle permet d'éviter une mauvaise interprétation. Il faut être attentif aux mots de l'autre, au retour de communication de l'interlocuteur ainsi qu'à ses émotions.

Ecoute active

L'écoute active est un moyen de communication qui consiste à utiliser la reformulation et le questionnement afin de s'assurer que l'on a compris le message de l'interlocuteur. Cette méthode a été développée par le psychologue américain, Carl ROGERS.

Pour ce dernier, l'écoute repose sur 5 critères :

- L'accueil : il s'agit d'accepter l'autre comme il est, le considérer sans rien attendre en retour ;
- Être centré sur ce que l'autre vit et non sur ce qu'il dit : s'ouvrir sur la façon dont l'autre ressent les choses ;
- S'intéresser à l'autre plus qu'au problème : recueillir le point de vue de l'autre ;
- Montrer à l'autre qu'on le respecte : faire comprendre à l'autre que l'on respecte sa manière de voir les choses ;
- Être un véritable miroir : mettre en lien les sentiments qui accompagnent les mots de l'autre. Il ne s'agit pas d'interpréter.

Pour être dans l'écoute active, il faudrait également avoir une attitude de non-directivité et d'empathie selon Carl ROGERS.

La non-directivité permet d'être centrée sur l'autre sans l'influencer. Et l'empathie permet à l'interlocuteur d'être entendu et de se sentir compris. Celui qui écoute s'identifie à l'interlocuteur dans ce qu'il ressent.

Cette approche permet aux personnes en situation de conflits de s'accorder du temps, et d'être attentif au discours de chacun afin qu'il puisse être partagé et compris.

Relation de confiance (Chloé)

Pour finir ce cadre théorique et conceptuel, nous allons aborder la relation de confiance qui est essentielle dans les soins.

Tout d'abord, nous allons définir les termes de relation et de confiance.

Ensuite, nous évoquerons la confiance en soi. Puis nous approfondirons la relation de confiance au sein d'une équipe qui est nécessaire pour collaborer.

Enfin, nous montrerons l'intérêt de la relation soignant-soigné dans le but d'optimiser la prise en charge.

Définitions

Tout d'abord, qu'est-ce qu'une relation ?

D'après A.MANOUKIAN, « Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ».

Dans les soins, nous parlons de relation de confiance. Qu'est-ce que la confiance ?

Dans la revue de soins infirmiers *La relation de confiance dans les soins* n°779, la confiance est définie comme étant un processus psychique et moral complexe. Ils mettent en avant la définition de Gildas RICHARD dans son article "De la confiance" paru dans la revue *L'enseignement philosophique*. Pour lui, la confiance est "l'attitude que l'on a à l'égard de ceux que l'on pense connaître suffisamment pour en prévoir le comportement futur. En ce sens nous faisons confiance aux personnes qui nous sont « bien connues » [...]".

Il en déduit deux composantes importantes de la confiance :

- "La connaissance de l'autre qui consiste à dépasser le stade de la méfiance ;
- la croyance en sa capacité à se projeter dans un futur décisionnel dans laquelle l'incertitude est toujours présente."

Il existe deux formes de confiance : la confiance en soi et la confiance en l'autre. C'est ce que nous allons détailler par la suite.

Confiance en soi

Pour moi, avant d'établir une relation de confiance avec autrui, il est nécessaire de se construire soi-même. Le soignant a besoin d'avoir confiance en lui, de se connaître avant même de construire une relation de confiance avec les autres professionnels ou avec les résidents.

Un article a été écrit "Etre soignant et avoir confiance en soi" de Cynthia sur son site internet *Confiance en soin*. Elle mentionne "Avoir confiance en soi permet d'être en

confiance dans les soins que vous prodiguez. Aussi bien dans les soins relationnels que les soins techniques. Le savoir-être est tellement important, peut-être même plus que le savoir-faire.”

Cela signifie donc que si le soignant a confiance en lui et en ce qu’il fait, la prise en charge du soignant envers la personne soignée sera optimale et donc un climat de confiance pourra se créer entre ces deux personnes. Il en est de même pour la relation de confiance au sein d’une équipe.

Des relations de confiance pour des soins de qualité

Relation de confiance entre les professionnels

Lors des entretiens, nous avons constaté que la relation de confiance au sein de l’équipe pluridisciplinaire jouait un rôle important dans la collaboration. En effet, la confiance s’inscrit dans un collectif de travail.

E.CAMPOY et V.NEVEU, dans leur ouvrage de 2007 *Revue française de gestion* ont élaboré un chapitre se nommant “Confiance et performance au travail” dans lequel il caractérise la confiance en tant que croyance qui “se rapporte donc aux attentes que l’individu développe concernant les attitudes, intentions de comportements ou comportements d’autrui.”.

Cela révèle donc que chacun a son rôle au sein de l’équipe et qu’il faut avoir confiance en ce qu’est capable de faire l’autre en vue de ses compétences et de son savoir-faire.

De plus, faire confiance permet de ne pas perdre de temps car l’action à accomplir n’a pas besoin d’être sous contrôle d’une autre personne.

C’est d’ailleurs ce que l’on a vu dans les entretiens, le fait qu’il y ait une confiance entre les professionnels de l’équipe va permettre une prise en charge des résidents rapide et optimale. Cependant, lorsque l’infirmière n°3 nous a fait part qu’elle n’avait pas confiance en l’équipe le jour où le résident n’était pas en forme, nous avons bien compris que cela a eu un retard dans la prise en charge.

M.MARZANO dans son ouvrage *Etudes*, a réservé un chapitre concernant la confiance dans lequel elle relate le danger de la confiance qui est la trahison.

Elle lie confiance et trahison “Avoir confiance, c’est admettre la possibilité du changement, de la trahison, du revirement.”. Le fait d’avoir confiance en quelqu’un n’empêche pas que celui-ci nous trahisse, cependant, c’est parce que l’on fait confiance à quelqu’un que l’on peut être trahi. Elle donne l’exemple du mari qui trompe sa femme, d’un proche qui trahit son ami, etc.

Donc comme elle l’exprime : “la trahison et l’infidélité interviennent toujours à l’intérieur d’un rapport qui se fonde sur la confiance.”.

Bien évidemment, nous pouvons penser que lorsque la confiance est rompue par une trahison de la sorte, celle-ci prendra du temps à se reconstruire ce qui impactera négativement la prise en charge et la collaboration.

Relation soignant-soigné

La relation est le fait de relier des personnes entre elles, de créer un lien. La relation soignant-soigné est donc le lien qui se crée entre le soignant et le soigné.

Selon le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, la relation soignant-soigné est définie comme étant une « interaction entre deux personnes en situation de soin, à chaque fois renouvelée par ce qu’elle offre d’inconnu, de complexe, et d’imprévisible. ». Cette relation se situe dans un contexte complexe réunissant la maladie, l’incertitude, la vulnérabilité, la souffrance ainsi que des angoisses.

De ce fait, la personne soignée aura besoin du soignant, c’est comme ça que se créera une relation entre eux qui débouchera sur une relation de confiance.

Différents niveaux de relation soignant-soigné

Il existe différents types de relation. L.MALABEUF en définit quatre.

Tout d’abord, la relation de civilité que l’on retrouve lors des soins mais également en dehors des soins. C’est une sorte de communication informelle. Elle

permet de discuter de tout, elle ne cible pas l'essentiel. Les interlocuteurs, lors de cette relation de civilité, font preuve de politesse et de courtoisie. Cependant, elle est le départ de la création d'un climat de confiance qui va permettre aux autres niveaux de relation de s'installer dans la relation soignant-soigné.

On retrouve également la relation de soins fonctionnelle. Celle-ci permet d'échanger avec le résident et/ou sa famille lors des soins techniques. Elle permet au soignant d'en apprendre davantage sur le résident lors de ces échanges. Elle consiste à rester focalisé sur ce que vit le résident au moment présent (soins techniques, traitements, confort, douleur...).

Le troisième niveau de relation évoqué par L.MALABEUF est la relation d'aide psychologique. Selon M.FORMARIER, dans la revue *Recherche en soins infirmiers* n°89 de juin 2007, "La relation d'aide, qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient (et/ou une famille) à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui [...]".

Ce niveau de relation consiste donc, à travers un soin relationnel, à apporter du soutien à la personne soignée qui en a besoin au vu d'une situation particulière qui le touche et qui le tient à cœur. Lors de cette relation, la confiance sera essentielle si l'on veut en retirer un bénéfice. Cela permettra au résident de se confier au soignant et d'exprimer ses émotions et ses pensées.

Enfin, le dernier niveau de relation est la relation d'aide à finalité thérapeutique. Elle est présente seulement en psychiatrie, sur prescription d'entretiens infirmiers planifiés. Son but est de soigner les patients souffrant de pathologies mentales et/ou de conduites addictives.

Ce qu'il faut retenir, c'est que la relation de confiance est primordiale quel que soit le niveau de relation établi entre le soignant et la personne soignée. Celle-ci permettra de créer des conditions favorables pour la prise en charge optimale du résident. En effet, le soignant devra se montrer disponible pour le résident, s'adapter à lui et répondre à ses besoins dans la mesure du possible tout en étant empathique et authentique.

Problématique

Pour élaborer ce travail de fin d'études, nous avons tout d'abord décrit deux situations interpellantes. Ces situations nous ont par la suite permis d'identifier notre problème de recherche. A travers une problématisation de la situation interpellante que nous avons conservée, nous avons mis en évidence la question de départ suivante : "Dans un lieu de vie, en quoi le travail en collaboration du professionnel infirmier au sein d'une équipe pluri-professionnelle influence la qualité des transmissions et impacte la prise en charge des résidents ?".

Suite à cela, nous avons légitimé le problème identifié à l'aide de recherches, notamment d'études scientifiques telles que celle de la HAS concernant les événements indésirables graves associés aux soins que l'on retrouve dans son cahier technique validé en décembre 2021. De plus, nous avons mené des entretiens semi-dirigés auprès d'infirmières exerçant en lieux de vie. Ces entretiens nous ont permis de confronter les différentes idées reçues. Plusieurs concepts ont émané des entretiens. Ces derniers ont contribué à la rédaction de notre cadre théorique et conceptuel.

Tout d'abord, nous avons jugé nécessaire de détailler un de nos mots clés principaux qui concerne la notion de lieux de vie. Au regard de notre question de départ, nous avons défini ce terme ainsi que l'intérêt de sa création afin de situer le contexte. De plus, la prise en charge du résident étant différente de celle en établissement de santé, il nous a semblé important d'évoquer l'objectif de la prise en charge en lieux de vie. En effet, cette prise en charge nécessite une collaboration afin d'assurer le suivi des résidents de façon pertinente.

C'est donc pour cela que nous avons approfondi le concept de collaboration. Pour ce faire, nous avons contextualisé la collaboration pluridisciplinaire qui doit faire preuve d'un travail d'équipe ainsi que d'un esprit d'équipe. C'est grâce à ces différentes notions que le projet de vie et le projet de soins du résident vont pouvoir se mettre en place. D'ailleurs nous avons pu nous rendre compte de par les différents entretiens que les soignants accordent une grande importance à ces projets individualisés. De fait, chaque professionnel pourra apporter ses compétences pour faire évoluer le résident au travers des réunions d'équipe. Enfin, nous avons évoqué les transmissions orales et

écrites qui représentent une partie importante et nécessaire à la collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Comme nous avons pu le comprendre, la communication constitue le point de départ d'une bonne collaboration.

D'autre part, les domaines sanitaires et sociaux nécessitent d'une bonne communication pour faire le lien entre eux. Cependant, la discordance des formations peut être source de conflits entre ces deux domaines bien distincts. Comme nous l'avons fait remarquer, les conflits ont deux impacts. Ils peuvent avoir une influence positive sur l'équipe pluridisciplinaire car ils vont permettre d'apporter une vision objective sur les situations rencontrées mais ils peuvent également avoir des conséquences négatives sur la prise en charge des résidents. De plus, ces conflits sont la cause de stress et d'épuisement professionnel. Il nous a semblé primordial d'évoquer ces risques psychosociaux dans cette partie car ils vont influencer la qualité d'écoute du professionnel et par conséquent avoir un retentissement sur la collaboration.

Enfin, tous ces concepts abordés sont en lien avec la relation de confiance. Pour avoir une collaboration idéale au sein de l'équipe, une relation de confiance entre les professionnels constituant l'équipe pluridisciplinaire est nécessaire. Elle permettra une bonne entente et optimisera donc la prise en charge des résidents. De plus, la relation soignant-soigné est en corrélation avec la confiance car afin d'adopter une prise en soins optimale du résident, il est indispensable qu'une relation de confiance s'installe entre ces deux sujets.

Lors de la problématisation de la situation de départ, nous avons trouvé intéressant d'évoquer le concept d'organisation. Cependant, avec un peu de recul et après avoir mené différents entretiens, nous nous sommes rendues compte que l'organisation joue un rôle dans la communication et la collaboration. En effet, tout au long de notre mémoire nous avons pu constater que les concepts abordés dans le cadre théorique et conceptuel permettent aux professionnels de s'organiser dans les tâches à accomplir pour assurer le suivi des résidents.

Hypothèse

La communication interprofessionnelle est efficace ce qui permet d'améliorer la collaboration entre les différents professionnels, cela contribue à une relation de confiance entre les soignants ce qui est bénéfique dans la qualité des transmissions et donc dans la prise en charge des résidents.

Conclusion

Ce travail de fin d'études nous a permis d'établir des concepts que l'on aborde dans tous types de secteurs. Cela est donc bénéfique pour nous car c'est un travail de recherches et de réflexions que nous pouvons adapter à tous types d'établissements.

De plus, cet écrit a concouru à notre professionnalisation de par les nombreuses recherches qui nous ont permis d'écrire un mémoire riche en informations constructives. Mais aussi en raison des multiples entretiens que nous avons menés. Ces échanges nous ont apporté un avis pragmatique sur la réalité du métier à ce jour. Ils ont également contribué à notre remise en question notamment sur nos pratiques afin d'avoir une communication et une collaboration adaptées pour que celles-ci n'impactent pas de façon négative la prise en charge des personnes soignées.

Nous devons garder à l'esprit que la pluridisciplinarité est un atout majeur dans la prise en charge. Il faut donc apprendre à communiquer tant avec les professionnels qui nous entourent qu'avec les personnes soignées. En effet, la communication dans la relation soignant-soigné peut avoir une influence émotionnelle.

Aujourd'hui, grâce à cette formation infirmière de 3 ans, nous avons pu prendre en maturité mais aussi développer et enrichir nos pratiques. Nous avons donc un avis professionnel plus construit sur le sujet. La rédaction de ce travail de fin d'études nous permettra donc de nous positionner en tant que futures professionnelles.

Bibliographie

Action sociale. (s.d.). *Annuaire Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*. Action sociale – Le Registre Français du Social et du Médico-Social. Consulté le 14 mai 2023 sur <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/personnes-agees/maison-de-retraite-200.html>

Action sociale. (s.d.). *Maison d'accueil spécialisée (MAS)*. Action sociale – Le Registre Français du Social et du Médico-Social. Consulté le 13 mai 2023 sur <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/adultes-handicapes/maison-d-accueil-specialisee--m-a-s---255.html>

Balzeau, D & Moulin, A. (2013). *To do list management*. Vuibert.

Barthélémy, M.L & Le Pennec, H. (2018). *La boîte à outils de l'accompagnement professionnel*. Dunod.

Bayada, B & Bisot, A.C & Boubault, G & Gagnaire, G. (2010). *Confit, mettre hors-jeu la violence* (5^{ème} édition).

Bétrecourt, N. (2018, 20 juin). *Faut-il oublier la pyramide de Maslow ? Un autre regard sur la psychologie*. Consulté le 17 mai 2023 sur <https://my-psychologie.com/2018/06/20/faut-il-oublier-la-pyramide-de-maslow/>

Boudet, S. (2021). *Projet de soins* [Cours magistral]. UE 3.2 S2 – Projet de soins infirmiers, IFSI Montluçon. [Projet de soins.pdf](#)

Campoy, E & Neveu, V. (2007). *Confiance et performance au travail. L'influence de la confiance sur l'implication et la citoyenneté du salarié*. Revue Française de Gestion. Consulté le 12 mai 2023 sur <https://archives-rfg.revuesonline.com/article.jsp?articleId=10209>

Cauvin, P. (1999). *La cohésion des équipes*. ESF.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec. (2022, mai). *Fiche synthèse la collaboration interprofessionnelle*. CIUSSS. Consulté le 10 mai 2023 sur https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MD/FicheSynthese_collaboration-interprofessionnelle-cip.pdf.

Choucraallah, I. (2014). Le travail en équipe. *Soins Aides Soignantes*, (59), 9-17.

Choucraallah, I. (2016). Le raisonnement clinique en pratique. *Soins Aides Soignantes*, (72), 7-17.

CNRTL. (s.d.). Collaboration. *Dans le dictionnaire Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Consulté le 9 mai 2023 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/collaboration>

Cudennec, T. (2018). Organisation des soins en Ehpad. *Soins gériatrie*, (129), 13-22.

Cudennec, T. (2018). Parcours de soins et pluridisciplinarité. *Soins gériatrie*, (130), 11-16.

Cynthia. (2020, 18 juin). *Être soignant et avoir confiance en soi*. Confiance en soin. Consulté le 13 mai 2023 sur <https://confiance-en-soin.com/etre-soignant-et-avoir-confiance-en-soi/>

Dégallaix, S. (2021, 9 juin). *Comment utiliser la pyramide de Maslow pour se motiver au travail ?* Cadremploi. Consulté le 10 mai 2023 sur <https://www.cadremploi.fr/editorial/conseils/conseils-carriere/utiliser-la-pyramide-de-maslow-pour-se-motiver-au-travail>

Deshays, C. (2018). *Trouver la bonne distance avec l'autre* (3^{ème} édition). InterEditions.

D'Hardemare, V. (2015). Coma et communication. *La revue de l'infirmière – Les soignants face aux comas*, (213), 22-23.

Doutriaux, A. (2023, 15 mai). *Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson*. Walter santé. Consulté le 17 mai 2023 sur <https://walter-learning.com/blog/sante/infirmier/bsi/les-14-besoins-de-virginia-henderson>

Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Cairn.info. Consulté le 10 mai 2023 sur <https://www.cairn.info/sante-et-satisfaction-des-soignants-au-travail--9782859529468.htm>

Grevin, A. (2018). Agir sur la qualité de vie au travail. *Soins cadres – La qualité de vie au travail*, (106), 28-29.

HAS. (2017, 21 novembre). *Réunion de concertation pluridisciplinaire*. Haute Autorité de Santé. Consulté le 10 mai 2023 sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire

Légifrance. (s.d.). *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. République française. Consulté le 11 mai 2023 sur https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001262582

Légifrance. (s.d.). *LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. République française. Consulté le 11 mai 2023 sur <https://docs.google.com/document/d/1RnIvBjA3U2vsd5c4MMIurrYxQgOzPFIP/edit#>

Légifrance. (2020, 28 décembre). *Code de la santé publique*. République française. Consulté le 10 mai 2023 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190610/2020-12-28/>

Légifrance. (2023, 13 mai). *Code de l'action sociale et des familles*. République française. Consulté le 13 mai 2023 sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006178403/2023-05-13/

Lelay, P. (2021). *La relation soignant-soigné* [Cours magistral]. UE 4.2 S2 – Soins relationnels, IFSI Montluçon. [3. le cours 2021 La relation soignant soigne partie 2 et ACP.pdf](#)

Lévy-Leboyer, C. (2006). *La motivation au travail*. Eyrolles.

Louis Simonet, M. (2017, 18 octobre). *Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi*. Revue médicale Suisse. Consulté le 10 mai 2023 sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-579/collaboration-interprofessionnelle-et-pratique-collaborative-en-milieu-hospitalier-un-veritable-defi>.

Maillot, O. (2020). *L'art de gérer les conflits*. Amphora.

Marc. (2010, 20 juin). *La Roue de Deming de l'Amélioration Continue*. Culture Qualité, Sécurité et Environnement. Consulté le 17 mai 2023 sur <http://culture-qse.overblog.com/la-roue-de-deming-de-l-amelioration-continue>

Marc, T. (2023, 21 février). *Risques psychosociaux*. Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion. Consulté le 12 mai 2023 sur <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>

Maroudy, D. (2013). La relation de confiance dans les soins. *La revue de référence infirmière Soins*, (779), 27.

Marzano, M. (2013, 2 février). *Qu'est-ce que la confiance ?* Cairn.info. Consulté le 12 mai 2023 sur <https://www.cairn.info/revue-rimhe-2012-1-page-83.htm?contenu=auteurs>

Micheau, D. (2021). *Le projet de vie* [Cours magistral]. UE 3.2 S2 – Projet de soins infirmiers, IFSI Montluçon. [CM1 - Projet de vie.pdf](#)

Moch, O. (2012, 24 octobre). *La Communication interpersonnelle, retour sur les basiques de Palo Alto*. Over blog. Consulté le 11 mai 2023 sur <https://olivier-moch.over-blog.net/article-la-communication-interpersonnelle-retour-sur-les-basiques-de-palo-alto-111040934.html>

Mucchielli, R. (2019). *Le travail en équipe*. ESF.

Parvais, A. (2022, 30 juin). *L'hôpital, malade du manque de soignants*. Infirmiers.com. Consulté le 12 mai 2023 sur <https://www.infirmiers.com/profession-ide/lhopital-malade-du-manque-de-soignants>

Phanuel, D. (2013). La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *La revue de référence infirmière Soins*, (779), 30-31.

Prayez, P. (2003). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre.

Sanson, K. (2012, 3 mai). *Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat*. Cairn.info. Consulté le 10 mai 2023 sur <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2006-9-page-24.htm?contenu=auteurs>

Thominet, P. (2013). Ethique et relation de confiance. *La revue de référence infirmière Soins*, (779), 28-29.

UNAPS. (s.d.). *Qu'est-ce qu'un lieu de vie et d'accueil (LVA) ?* Union Nationale des Artisans de la Protection Sociale. Consulté le 13 mai sur <https://www.unaps.eu/par-qui/lieux-de-vie-et-daccueil/>

Xavier, S. (2021). *Les transmissions ciblées* [Cours magistral]. UE 3.1 S2 – Raisonnement clinique et démarche infirmière, IFSI Montluçon. [Transmissions ciblées SCH.pdf](#)

(n.c). (s.d.). *La définition de l'écoute active selon Carl Rogers*. HR4free. Consulté le 11 mai 2023 sur <https://hr4free.com/fr/Techniques-de-communication/D%C3%A9finition-%C3%A9coute-active-Carl-Rogers>

(n.c). (s.d.). *La relation soignant/soigné et ses aspects* [Cours diaporama]. CHU de Nantes. https://www.chu-nantes.fr/medias/fichier/relation-soignant-soigne_1459520255564-pdf

(n.c). (s.d.). *Les Lieux d'intervention par spécialité*. Soignants en Ehpad. Consulté le 13 mai 2023 sur <https://www.soignantenehpad.fr/pages/formation/accompagnant-educatif-et-social/df1/les-differents-etablissements-d-accueil.html#gsc.tab=0>

(n.c). (2009). *Objectifs pédagogiques*. Lieu de vie et d'accueil Les Bruyères. Consulté le 13 mai 2023 sur <https://www.lieu-de-vie.org/index.php?page=objectifs-pedagogiques-des-adolescents>

(n.c). (2009, 5 novembre). *Charte des lieux de vie et d'accueil adhérent au GERPLA*. Cairn.info. Consulté le 13 mai 2023 sur <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-3-page-49.htm>

(n.c). (2023, 30 avril). *Antipsychiatrie*. Wikipédia. Consulté le 13 mai 2023 sur <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Antipsychiatrie&oldid=203813660>

(n.c). (2023, 12 mai). *Communication*. Wikipédia. Consulté le 13 mai 2023 sur <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Communication&oldid=204174945>

ANNEXES

Annexe n°1 : Entretien n°1 (EHPAD).

ESI : Pouvez-vous vous présenter d'un point de vue professionnel : fonction, expérience professionnelle, missions au sein de la structure ?

IDE : D'accord, alors je suis infirmière depuis...25 ans ici. Je suis partie une année à peu près à Montaigut, mais toujours en maison de retraite.

ESI : Quels sont les différents intervenants au sein de l'établissement ?

IDE : Alors aides-soignantes, ASL.

ESI : ASL ?

IDE : C'est les agents logistiques, ASH c'est la même chose hein, c'est la même chose, le kiné maintenant, on a un kiné qui intervient 2 fois par semaine. On a les médecins traitants, l'animatrice, une psychologue qui est à mi-temps donc elle doit venir 2 - 3 fois par semaine à peu près. Une diététicienne qui vient tous les 15 jours. On a la cadre de santé, les aides-soignantes, qui c'est qu'on a... les médecins traitants je les ai dit. Après les cuisiniers, ça rentre aussi dans le voilà... Les lingères, le directeur, la secrétaire et l'agent comptable. Et j'ai oublié notre agent d'entretien, ce qui rentre aussi dans le... quand il y a un problème, ben oui quand même.

ESI : Comment travaillez-vous ensemble ?

(Temps de réflexion)

IDE : Bon avec les aides-soignants il y a les transmissions. La cadre de santé aussi, les agents de services maintenant ne sont plus euh, elles participent plus aux transmissions mais on leur fait des transmissions le matin quand même pour qu'elles soient au courant de ce qui s'est passé dans chacun des services. Elles vont aller dans le service pour qu'elles voient ce qui s'est passé la nuit s'il y a eu un problème la veille, donc on leur fait quand même un topo le matin avant qu'elles prennent leur service.

Après bon, s'il y a un problème de toute façon on va les voir dans chacun de leur service. Heu, les médecins, ben c'est nous qui les appelons s'il y a un problème. On appelle, pour les renouvellements de traitements donc toute façon ils sont amenés à venir régulièrement dans la maison. Et s'il y a un X problème, on les appelle aussi. S'il

y a un problème avec les familles, parce que ça peut arriver, on fait intervenir le directeur et la secrétaire aussi peut intervenir. Voilà. Et la cadre.

La psychologue, bon, si, elle participe aux transmissions avec nous. Donc, quand elle est là, c'est elle qui fait heu, on a une réunion une fois... oui une fois par semaine quand elle est là pour faire les projets de vie. Le projet de vie, donc c'est... on a l'animatrice, on a la psychologue, la cadre, une infirmière, une agent de service et une aide-soignante. Donc soit on refait le bilan du projet de vie, on le réévalue, soit on fait le projet de vie de la personne qui vient d'arriver, voilà. On va dire par contre qu'il y a que l'animatrice qui participe, pas du tout aux... aux transmissions, finalement. Bon par contre, s'il y a quelque chose qu'on a besoin, parce qu'elle participe par exemple, pour emmener au rendez-vous extérieur sur Commentry, pas plus loin, forcément, mais sur Commentry, on lui en parle parce qu'elle est amenée des fois à les emmener. Si les familles sont loin, c'est elle qui va les emmener. Voilà, donc elle participe aussi à la vie de l'établissement. Par contre la diététicienne participe moins. Elle, elle vient donc elle va voir les cuisiniers, elle voit les dossiers, les albumines et elle vient nous rencontrer après si il y a un problème.

ESI : D'une manière plus générale, si vous rencontrez des difficultés est-ce qu'il y a des réunions d'équipe ? Des staffs ?

IDE : Non. Bah alors là on en parle plus au moment des transmissions. Voilà, mais vraiment, si y a un gros problème non. Là, on a eu un problème avec un monsieur, non y a pas eu de réunion hein ? On en a parlé au moment des transmissions, c'est tout, c'est tout...

ESI : Selon vous, en quoi la collaboration peut-elle impacter la prise en charge des résidents ?

IDE : Bah c'est important parce que tout le monde a un jeu à faire dans bah la prise en charge. Et juste des fois ça manque. Avant, les agents de services participaient aux transmissions. Et c'est vrai que des fois, ça manque qu'elles soient pas là parce qu'on va dire, qu'elles sont quand même plus en contact que nous. Parce qu'elles sont tout le temps à côté. Finalement, c'est elles qui font le ménage ou qui leur servent le repas, donc elles ont un peu plus, comme elles ont plus de contact avec eux, ça manque un petit peu.

Donc oui, l'équipe pluridisciplinaire est bah importante pour la prise en charge. Parce que chacun a pas non plus la même vision de la personne, donc chacun peut apporter quelque chose par rapport à la prise en charge. Parce que chacun voilà, voit pas forcément la même chose et donc tout le monde apporte un petit... Une petite pierre à l'édifice pour pouvoir, voilà... prendre en charge.

ESI : Selon vous, qu'est-ce qui facilite cette collaboration ?

IDE : Bah ce que tu as dit tout à l'heure les réunions quand on a un problème parce que bon là... Bah pour le Monsieur justement, on aurait pu parler en collaboration. Là, ça s'est fait pendant les trans, mais c'est quoi ? C'est 5 Min, ça sert pas à grand-chose... ça sert pas à chand chose. Et puis ça sert pas à grand-chose surtout parce que ça s'est fait dans la précipitation, du coup il est parti. Mais dans ces moments-là, ça aurait été mieux d'y faire en amont. Et que justement, il y ait un représentant de chaque corporation finalement, parce qu'en plus le Monsieur à ce moment-là, n'avait pas de médecin, ça aurait été bien que... oui, qui ait une réunion comme ça se fait dans certaines structures pour euh ouais. La prise en charge aurait été différente parce que là tout le monde était mal finalement parce que Monsieur était mal parce que bon agressif, mais l'équipe était mal parce que : comment le prendre en charge ?

ESI : Et du coup, à l'inverse, est-ce que vous pouvez nous expliquer ce qui complique cette collaboration ?

IDE : (Long silence) Ce qui complique quand il y a beaucoup de personnes ?

ESI : Est-ce que vous avez remarqué quelque chose au sein des équipes, quelque chose qui a fait que ça a impacté à un moment donné la collaboration ?

IDE : Alors, heu... on va dire qu'au niveau des transmissions, il y a des fois, c'est déformé. Voilà. Il y a des fois alors quand par exemple on fait les transmissions le midi, les transmissions le soir et quand par exemple c'est la même personne hein, que on revient le lendemain matin, des fois si on récupère la transmission, il y a des fois c'est pas la même. Donc ça faut faire attention au niveau des transmissions, des transmissions orales et après le comment c'est interprété et retranscrit donc attention voilà. C'est là la difficulté, des fois des transmissions. Et la collaboration (rire) parce que des fois c'est transformé.

ESI : Dans votre établissement, la communication a-t-elle déjà été impactée par des conflits au sein de l'équipe ?

IDE : Et oui, oui, ça a pu, ça a pu. Oui, ça a pu parce qu'il y a eu des fois des déformations que ça avait pas été dit ça et ça peut porter préjudice aussi parce que c'était complètement déformé.

ESI : Est-ce qu'il y a eu des conséquences sur la prise en charge des résidents ?

IDE : Oui, oui, oui. Eh ben ouais, l'autre fois, il y a une dame qui est rentrée et ça avait été dit qu'elle avait le droit à l'appui alors que c'était un léger appui, alors entre un léger appui et un appui ce n'est pas la même chose. Donc la dame, on l'a faite marcher alors qu'elle aurait pas dû. Donc oui, ça a un impact. Ça a un impact.

ESI : Il y a-t-il eu des conséquences après sur cette dame ?

IDE : Non, non, il y a pas eu de conséquence parce que après on a remis... bon voilà. Et bon la dame en plus elle est incohérente, donc elle a marché toute seule, donc bon l'un dans l'autre... oui mais ça aurait pu. Donc faut faire très attention à ce qu'on dit donc, d'où l'importance aussi des fois, des traces écrites parce que bon, pour le coup, on sait ce qu'on marque, donc on a une preuve de ce qu'on a marqué. Parce que bon, (se met à chuchoter) ce qu'on dit après ce qui est retranscrit, on peut jamais dire « Ah bah non, j'avais pas dit ça ». Alors que ce qui est marqué est marqué. C'est ce qu'on dit, les écrits restent les paroles... Voilà. (Sourire)

ESI : Pensez-vous que l'équipe a une bonne collaboration ?

IDE : Oui, oui, oui.

ESI : En quoi est-elle optimale ?

IDE : Bah parce qu'on travaille en bonne heu oui en générale en bonne collaboration. Bon après ça fait quelques années que je suis là (rire). Alors après, on connaît nos collègues. On sait comment elles travaillent, après quelques années on sait aussi comment cerner. Même les nouvelles et tout on sait comment plus cerner et voilà. Après ça peut être plus difficile pour quelqu'un qui arrive.

ESI : En quoi la relation de confiance permet-elle de travailler ensemble ?

IDE : Bah justement ça. La relation de confiance c'est de pouvoir donner une mission à quelqu'un et savoir qu'elle va être faite comme on l'a demandé. Pas avoir à passer derrière pour vérifier si ça a bien été fait ou pas. (Silence) Dans le bien-être du résident.

ESI : Quels sont les différents outils de transmissions utilisés dans l'établissement ?

IDE : Donc ça là, cette chose (en montrant l'ordinateur), l'ordinateur, les aides-soignantes utilisent les tablettes et bon, nous, on utilise toujours le cardex. Bon, c'est un agenda là pour noter les visites et voilà. Les agents de services ont leurs notes aussi dans un cahier, elles ont chacune un cahier s'il y a quelque chose. Il y a le logiciel de transmission où on planifie, il y a des transmissions ciblées, des transmissions narratives pour chaque résident.

ESI : A quel rythme sont effectuées les transmissions orales et écrites et qui participent aux transmissions orales ?

IDE : Et ben sur le poste du matin, le poste du soir et bon celles de nuit font leurs trans de nuit. Et donc les aides-soignantes elles font sur leurs tablettes elles, parce que nous on a pas de tablettes, nous on a l'ordi. On les fait pas au même moment. Nous, les transmissions écrites, on les fait avant et les transmissions orales, on les fait après, quand l'équipe du soir arrive. Donc on les fait devant tout le monde. Le soir, on les fait avant que l'équipe de nuit arrive et après les transmissions orales, on leur fait à elles voilà quand elles sont arrivées l'équipe de nuit, avec l'équipe aides-soignantes du soir.

Le matin quand on arrive, l'équipe de nuit nous fait des transmissions, à nous, infirmières, les infirmières, elles font les transmissions à l'équipe de jour. Après donc on fait des petites transmissions à l'équipe d'agents de services. Après on fait des transmissions à notre collègue infirmière qui arrive un peu plus tard et à la cadre. Et après donc on fait des transmissions écrites vers 11h, 12h et après on se retrouve toutes à côté enfin bon, ça a pas d'importance hein et on fait les transmissions à l'équipe du soir, donc infirmières et aides-soignantes, et la cadre est présente.

Mais par contre, je n'ai pas les agents de services, les agents de services se font leurs transmissions entre elles. On a pas de médecin co. On a que les médecins traitants des

résidents donc eux ils sont là, ils viennent que quand il y a les renouvellements à faire ou quand ils sont malades, donc ils participent pas aux transmissions.

ESI : Afin de clôturer notre entretien, nous souhaitons recueillir votre expérience sur ce sujet. Dans votre établissement, la collaboration a-t-elle eu un impact négatif sur la prise en charge du résident ?

IDE : Un impact sur le résident ? Il faut que je trouve quelqu'un ? Alors bon ben toute à l'heure la dame là, puisqu'on s'était pas compris avec l'équipe, donc du coup elle avait pas le droit à l'appui. J'ai compris qu'elle avait le droit d'appui alors que non elle avait pas le droit à l'appui donc ça un impact, qu'est-ce que... (Long moment de réflexion).

IDE : Un truc de collaboration où ça s'est mal passé ?

ESI : Oui c'est ça. Où il y a eu un souci au niveau de la collaboration, quelque chose qui a été mal transmit ou qui n'a pas été dit et que du coup ça a eu, malheureusement, un impact sur le résident à un moment donné.

IDE : Ben oui, pour une personne, elle voulait pas changer la sonde à demeure et... Oui, c'est la collaboration parce que toute façon elle voulait pas le faire, donc elle a laissé le bébé sauf que le Monsieur, il s'est pas vraiment mis en globe, mais c'est que c'était très purulent quoi. La sonde, il y a eu un décalage de plus d'une semaine. Et donc la sonde aurait dû être changée à une telle date, (se met à chuchoter) mais comme elle voulait pas le faire, elle a dit « oh bah non... » voilà, et donc finalement ça a pas été fait. Donc après ben elle a laissé le bébé et on l'a changé mais a plus d'une semaine d'écart. Et bon, ça s'est infecté, bon ben Monsieur il a été hospitalisé après. Donc si ça a un impact quoi.

Annexe n°2 : Entretien n°2 (EHPAD).

ESI : Pouvez-vous vous présenter d'un point de vue professionnel : fonction, expérience professionnelle, missions au sein de la structure ?

IDE : Je suis infirmière depuis bientôt 39 ans. J'ai travaillé pendant 7 ans en réanimation, salle de réveil et après j'ai changé de voie, je suis venue, ici, travailler en EHPAD.

ESI : Quels sont les différents intervenants au sein de l'établissement ?

IDE : Il y a les ASL (agents des services logistiques), les aides-soignantes, les infirmières, une psychologue, une animatrice. Il y a aussi la cadre de santé, la secrétaire, le directeur et la comptable. Et puis les cuisiniers et les lingères.

ESI : Vous avez des médecins au sein de l'établissement ?

IDE : Non, ce sont des médecins de ville qui interviennent, ils viennent quand ils ont le temps. Chaque résident a son médecin, c'est pas un médecin attitré à l'EHPAD. Souvent, c'est leur médecin qu'ils avaient quand ils étaient chez eux. Sinon quand ils en avaient pas c'est un autre médecin qui prend en charge le résident.

ESI : Comment travaillez-vous ensemble ?

IDE : Alors, il y a une infirmière du matin, une du soir et une sur la journée. Aujourd'hui je suis du soir, donc je collabore avec l'ASL pour les aides aux repas, par exemple, je lui dis de s'occuper de servir les repas en chambre et puis moi je fais le service en salle à manger et je fais la vaisselle. Avec les aides-soignantes, je leur dit, pour ce soir, tu me couches tel et tel résidents et je m'occuperai du reste. Voilà, le soir on travaille essentiellement avec l'ASL et l'AS.

ESI : Selon vous, en quoi la collaboration impacte la prise en charge des résidents ?

IDE : Eh bien, si on s'entend bien, le résident, ça va nettement mieux. Parce que, j'ai constaté il y a des résidents qui ont plus d'affinité avec certaines personnes. Ce que je veux dire c'est que moi je vais m'occuper plus d'une pensionnaire, je ne vais pas délaisser les autres, mais je m'en occuperai plus souvent parce que je sais que j'aurai

moins de difficulté que mes collègues. Et si on travaille en bonne collaboration, le travail se fait nettement mieux. On est beaucoup plus détendu et le pensionnaire y ressent.

ESI : Selon vous, qu'est-ce qui facilite cette collaboration ?

IDE : Bah disons, vouloir travailler, déjà. Et puis, on va dire entre guillemets l'amour de notre boulot. Les résidents, c'est souvent qu'on est leur dernière famille, entre guillemets, ils nous voient tout le temps. Ils ont les visites de leurs enfants, des petits enfants, certains c'est pas très souvent, donc on est un peu leur famille et donc il faut aimer travailler avec les personnes âgées.

ESI : A l'inverse, pouvez-vous nous expliquer ce qui complique cette collaboration ?

IDE : Bah quand il y a une mauvaise entente, déjà. Par exemple, on va dire aux médecins, Monsieur X là ça va pas du tout, son traitement, il est toujours énervé, et souvent les médecins ne nous croient pas. Ils disent que ça vient de notre part ou quand on leur dit, écoutez, là quand on le manipule, quand on lui fait sa toilette, quand on le couche, on voit vraiment qu'il a mal, c'est pas du cinéma, ils nous répondent « oh, oui oui bien sûr ». Ils pensent ensuite qu'on désire le patch de morphine alors que non, seulement des fois du doliprane suffirait.

Il faut qu'il y ait une confiance entre le médecin et l'infirmière, ça c'est sûr. Et que nous, on fasse confiance aux aides soignantes. Si une aide soignante me dit « écoute cette Madame, je la trouve pas bien », je vais la croire, je vais pas dire, « attends, tu te trompes », heu... Ou même, une ASL me dit « oh bah là, ce monsieur là, moi, écoute j'arrive pas à le gérer, tu veux pas y aller ? », je vais pas lui dire « bah c'est que tu veux pas t'en occuper ! » Non, il faut se faire confiance.

ESI : Pensez-vous que l'équipe a une bonne collaboration ?

IDE : Oui.

ESI : En quoi est-elle optimale ?

IDE : Parce qu'on s'entend bien. On a des coups de gueule hein, comme dans toutes les équipes, mais on règle nos problèmes. Puis, une fois que c'est dit ben allez hop, après on

passer à autre chose. On s'entend bien, on est complémentaire. Voilà. Moi, j'ai besoin de l'aide-soignante et l'aide-soignante aussi a besoin de moi. Et c'est pareil pour les ASL. Disons que, quand je parle de mes collègues, je parle aussi bien des ASL que des aides-soignantes. Je fais pas de distinguo, c'est pas moi l'infirmière et toi t'es l'aide-soignante. Non, je les mets sur le même plan.

ESI : En quoi la relation de confiance permet-elle de travailler ensemble ?

IDE : Bah déjà parce que quand vous arrivez, vous vous dites, « ah bah tiens, je travaille avec M, je travaille avec N, ah ben ça va bien se passer, on va bien rigoler. » Parce que des fois quand on revient de plusieurs jours de congés de suite, on est un peu perdu. En plus je suis à mi-temps donc là je reviens de 6 jours, mais bon je sais que je suis avec une bonne équipe du soir donc il y a des choses en 6 jours qui se sont passés, que ma collègue infirmière du matin a peut-être pas pensé à me dire, mais si j'ai besoin l'équipe pourra m'aider.

Par exemple, s'il y a une famille qui vient me dire « Ma mère a été voir le rhumato en début de semaine, vous avez eu des nouvelles ? ». Moi, « ben écoutez, je m'excuse, j'étais pas là, attendez, je vais demander à ma collègue aide-soignante, elle va vous donner les renseignements. ». Il faut avoir confiance et collaborer, pas penser que parce que je suis l'infirmière, c'est moi qui vais m'imposer. Une aide-soignante peut s'imposer, va pousser une bonne gueulante et une ASL aussi, hein. (Silence)

Et toute critique n'est pas mauvaise à prendre. Et tout compliment est bon aussi à prendre ! (En rigolant)

ESI : Quels sont les différents outils de transmissions utilisés dans l'établissement ?

IDE : Alors, on a les transmissions orales. Après c'est sur l'ordinateur. Heu... (Souffle léger) Sur l'ordinateur, c'est bien, mais bon... En plus là on a changé de logiciel alors moi qui était habituée à l'ancien, faut que je m'y mette. Bon, je m'y mets pas trop mal malgré mon grand âge. (rire)

ESI : A quel rythme sont effectuées les transmissions orales et écrites ?

IDE : Alors le matin, c'est les aides-soignantes de nuit qui nous font les transmissions à nous, infirmières. On les fait aux aides-soignantes de jour qui arrivent. On les fait aux

ASL qui arrivent, mais là on leur dit vraiment les trucs ponctuels, hein. Par exemple Monsieur X a été hospitalisé ou il a un rendez-vous, tu le prépares.

Après, à 13h30, donc là c'est l'équipe infirmières et aides soignants du matin et du soir ensemble. Et après, on les fait à l'équipe de nuit.

Donc ça fait 5 moments de transmissions dans la journée, plus les transmissions qu'on peut se faire entre-temps, dans les couloirs, s'il y a eu quelques choses en particulier pour les résidents depuis les transmissions du matin ou de l'après-midi.

Et les transmissions écrites c'est tout au long de la journée, sur l'ordinateur. Les aides-soignantes ont les tablettes maintenant. (Silence)

Il faut tout tracer. Mais il y a des choses qui sont difficiles à tracer parce qu'il faut trouver le mot juste pour ne pas vexer. (Haussement des épaules)

ESI : Qui participent aux transmissions orales ?

IDE : Donc les infirmières et aides-soignantes. Et le soir, on fait les transmissions à 20h30, les ASL partent qu'à 20h45, donc elles sont avec nous et elles peuvent rajouter des choses.

ESI : Afin de clôturer notre entretien, nous souhaitons recueillir votre expérience sur ce sujet. Dans votre établissement, la collaboration a-t-elle eu un impact négatif sur la prise en charge du résident ?

IDE : (Silence, lève les yeux, réfléchit)

Alors, sur la prise en charge du résident, non. (Silence) Je pense que non. (Silence)

Mais, heu, je vois pas.

Annexe n°3 : Entretien n°3 (Foyer de vie).

ESI : Pouvez-vous vous présenter d'un point de vue professionnel : fonction, expérience professionnelle, missions au sein de la structure ?

IDE : Infirmière depuis 7 ans en juillet heu... à peine j'ai eu le diplôme, je suis venue ici travailler. Donc heu j'ai pas eu d'autres expériences que les stages durant la formation.

Ici nos missions c'est heu la préparation et l'administration des médicaments, heu... la réalisation des soins types pansements, injections, prises de sang, glycémies, insulines, des choses comme ça. Après notre mission c'est aussi d'assurer les... la bonne coordination au niveau des rendez vous des résidents, puisque bon, ils ont beaucoup de rendez vous à l'extérieur, après il y a aussi assurer tout ce qui est les rendez-vous, la coordination mais aussi y aller.

On a aussi la préparation et la réalisation des... projets personnalisés donc assurer... voilà ça aussi c'est une fois par an qu'on fait pour chaque résident. Assurer aussi heu... c'est pas le mot entretien mais de l'infirmerie. Tout ce qui est stocks, heu... médicaments, stocks matériels, des choses comme ça. Après il y a aussi heu... il y a beaucoup de choses (sourires), beaucoup !

Mais il y a trop de choses à dire limite. On a aussi bah voilà forcément le relevé des poids, le relevé des fois des tensions en fonction de ce que le docteur dit, on a des choses comme ça.

La préparation du médecin bien sûr ça c'est hyper important avec la réalisation de la visite tous les mercredis et donc la contre visite le mercredi après-midi, voilà. Assister aux réunions, ça aussi, les réunions avec les équipes, les réunions aussi heu... institutionnels où c'est... l'établissement qui est concerné, c'est pas les résidents. Il y a pleins de choses.

ESI : Quels sont les différents intervenants au sein de l'établissement ?

IDE : Internes ou externes à la structure ?

ESI : Les deux.

IDE : Alors internes heu, bon forcément comme partout il y a secrétaire, comptable, chef de service, directrice de l'établissement, et il y a aussi chez nous une infirmière

coordinatrice. Après on est... donc les infirmières, le médecin. Ensuite, au niveau des ailes, il y a AMP voilà, aides médico-psychologiques, il y a aides-soignantes, il y a AES, donc AES c'est la nouveauté, c'est plus AMP, donc c'est accompagnement éducatif et social.

ESI : Il y a une différence de formation entre les deux ?

IDE : Elle a été mise à jour heu, oui. Il y a des petits changements, je crois qu'il y a un peu plus de soins qu'auparavant il y avait pas, c'était vraiment de l'accompagnement éducatif, je crois hein.

Après il y a moniteurs éducateurs, heu... éducateurs heu... mince c'est pas éducateurs spécialisés (silence). Ah non ! C'est qu'il y a que moniteurs éducateurs. Il y a une monitrice d'atelier mais maintenant c'est que des moniteurs éducateurs. Après il y a... il y a psychologue heu après il y a forcément, les filles de l'entretien, avec le gars de l'entretien du côté extérieur, il y a la cuisine, la lingère heu... en internes je pense que j'ai dit tout le monde. (Silence) Hmm... (Silence à nouveau). Oui je pense que j'ai dit tout le monde.

Et en externes, qui intervient au sein du foyer on a deux kinés, on a une pédicure une fois par mois donc heu bon, quand elle vient elle nous interpelle pour avoir la fiche des suivis, si elle a des questions ou si elle a fait des soins particuliers elle va venir nous interpeller. (Silence). Après on a des personnes autres qui font du bénévolat pour faire des activités. On a aussi un, ça compte aussi hein, un chanteur qui vient une fois toutes les deux semaines. Voilà, je pense que j'ai dit heu, après externes à la structure c'est vraiment ceux qui viennent. Parce qu'il y en a beaucoup chez qui on va, mais ceux qui viennent voilà.

ESI : Comment travaillez-vous ensemble ?

IDE : (silence) Heu... La question est compliquée. Bah après c'est dans la logique de notre poste en fait. Par exemple, le matin on prend à 8h donc forcément on va commencer, on va regarder les transmissions de la nuit et après on attaque par les médicaments tout de suite.

Donc on va rencontrer les AMP, les aides-soignantes, les moniteurs, on les rencontre automatiquement quand on va sur chaque aile. Et de là on échange avec eux, s'ils ont des problèmes ils nous interpellent, même si nous on a des questions ou autres, on les

interpelle, c'est naturel en fait. Il y a pas de... de temps où on va échanger entre nous heu, c'est tout au long de la journée qu'on les voit. Donc minimum trois fois puisqu'on y passe trois fois pour les médicaments, si ce n'est plus... Heu, par exemple là j'ai du aller faire des soins sur deux ailes donc forcément je les verrais une fois de plus dans la journée. C'est vraiment naturel, il y a pas de... Voilà c'est... C'est dans la logique, c'est naturel en fait. (Silence)

ESI : Mais du coup les AMP, les AES et tout ça, vous les voyez que quand vous allez dans les ailes ?

IDE : Oui, sauf si eux nous interpellent. Voilà. S'ils nous appellent en disant, bah voilà « est-ce que tu peux venir ? » bah on y va. Ou des fois, heu, ils vont passer pour aller par exemple voir la cheffe de service et entre-temps vu qu'on est devant, ils vont passer nous parler. Mais voilà, c'est vraiment heu... quand on a besoin ou... trois fois sûres dans la journée mais si on a besoin en plus on les voit. Ou s'ils ont besoin.

ESI : Selon vous, en quoi la collaboration impacte la prise en charge des résidents ?

IDE : Ouhhh sans collaboration heu il y aurait pas de suivi. Sans... on la toujours dis. Sans... par exemple l'aide-soignante, l'AMP, l'AES, sans elles nous on peut pas travailler. Et sans elles le médecin peut pas travailler du coup. C'est vraiment une chaîne.

Pour moi c'est hyper impactant parce qu'une simple rougeur heu c'est les filles qui la voit. De là, nous on est interpellé, on voit ce que c'est. Si c'est une simple rougeur qu'on peut traiter nous ou si c'est une rougeur qui nécessite un avis médical, on interpelle le docteur. Voilà, c'est une chaîne. Sans elles on peut rien faire de toute façon. Donc leur suivi aurait un impact. Par exemple un résident qu'à... des troubles du comportement assez soudainement, le temps que nous on passe aux médicaments c'est-à-dire 15 minutes matin, midi, soir, ou peut être un peu plus le matin mais c'est pas durant ces moments-là qu'on peut voir tous les troubles. Elles, elles constatent vraiment par exemple, heu bah du jour au lendemain il arrive plus à utiliser son bras droit alors qu'avant il l'utilisait, la toilette est compliquée, là elles nous interpellent et on va voir. Elles voient toutes les petites choses que nous on ne verrait pas vu le temps qu'on passe. Donc c'est hyper impactant.

ESI : Selon vous, qu'est-ce qui facilite cette collaboration ?

IDE : (Silence). C'est quoi cette question ? Qu'est ce qui facilite ? (Sourire) La bonne entente déjà. La bonne entente au niveau des professionnels donc forcément faut que, bonne entente, j'entends par là, une bonne relation, une bonne façon de parler, des choses comme ça, donc le respect de l'autre. Le... le fait d'être à l'écoute.

Après heu... qu'est ce qui facilite ? Le fait qu'on peut avoir du temps sur les ailes malgré tout. Là on est un établissement qui avant avait beaucoup de temps, maintenant c'est vrai qu'on s'est un peu alourdi donc il y a des jours où... la majorité du temps c'est un peu la course maintenant. Mais malgré tout, c'est un établissement pas comme à l'hôpital où on peut quand même avoir du temps pour les professionnels parce qu'on est plus en nombre qu'à l'hôpital des choses comme ça. Donc il y a le temps, le fait d'être à l'écoute, le fait d'être respectueux les uns envers les autres, voilà.

ESI : Tout à l'heure vous parliez de réunion d'équipe ?

IDE : Oui alors on a ça une fois (silence). Chaque aile à ça une fois toutes les deux ou trois semaines si je me trompe pas, où en fait chaque professionnel de l'aile euh fin, le jour où il y a la réunion celles qui travaillent peuvent aller à la réunion et nous on y assiste et on échange sur les problèmes de... ça peut être un peu de tout, les problèmes de l'aile, les problèmes de résidents ou pas de problèmes. Heu, fin je dis problèmes, c'est péjoratif (sourire). Donc heu oui on a une fois toutes les trois semaines à peu près, une réunion pour chaque aile. C'est là où on peut vraiment faire un point, surtout que lors de la réunion il y a la cheffe de service avec l'infirmière co et le psychologue, quand ils sont tous là, voilà. Donc ça permet de faire un point et puis c'est vrai que par exemple nous lors de ces réunions on peut avoir un aspect médical, voir vraiment le côté médical en disant « bon ben par exemple il s'urine dessus heu, ah bah peut qu'il a une infection urinaire », que le psychologue de son côté peut dire « non, heu moi je l'ai eu en entretien j'ai vu qu'il se sentait un peu heu par exemple délaissé au niveau du groupe donc c'est pour attirer l'attention. ». C'est que ça permet d'avoir différents avis sur une prise en charge.

ESI : A l'inverse, pouvez-vous nous expliquer ce qui complique cette collaboration ?

IDE : Qu'est ce qui complique le fait de...

ESI : Ce qui complique au niveau de la collaboration.

IDE : Entre chaque individu ?

ESI : Oui.

IDE : Le temps. (Rigole). Déjà, le temps. Avant je vous aurez jamais dis ça, mais jamais. Vous seriez venue il y a trois ans, jamais je vous aurais dis que on avait jamais assez de temps. Là heu... les journées sont plus compliquées, plus intenses parce qu'on a beaucoup de rendez-vous, plus de soins qu'auparavant, beaucoup d'administratif mais qui pour ma part n'est pas péjoratif puisqu'il faut cet administratif pour être capable de prendre charge les résidents. Sinon, heu... on pourrait pas dire d'un seul coup quel suivi a quel résident. Donc heu le temps, vraiment le temps c'est quelque chose de... primordial, si... si on a pas ce temps ça va forcément jouer sur la prise en charge du patient. Dans notre cas, du résident.

Après il y a aussi malgré tout le relationnel. On est des professionnels, même moi hein, si je suis de mauvaise humeur on le voit que ça a un impact tout de suite sur la prise en charge. Quelqu'un va pas être aussi, heu posé et ne va pas avoir le regard qu'il faut vis-à-vis du résident s'il est de mauvaise humeur ou s'il a des choses qui se passent dans sa vie que quelqu'un qui va très bien, qui est content d'être présent et qui va observer. Donc voilà. Il y a le temps et heu, pas la personnalité mais l'humeur de la personne. (Rire) Ouais.

ESI : Dans votre établissement, la communication a-t-elle déjà été impactée par des conflits au sein de l'équipe ? Si oui quelles ont été les conséquences sur la prise en charge des résidents ?

IDE : Oui. Oui oui ça c'est sûr. (Rire) Heu oui parce que le souci des conflits c'est que, je parle en groupe hein. Vous verrez mais heu, le souci des conflits c'est qu'en fait heu on peut très bien heu... (Souffle) comment dire... (Silence). Les conflits vont forcément avoir un impact sur la prise en charge parce qu'une personne avec qui tu vas moins t'entendre forcément va être plus restreinte à te parler, va forcément être plus heu, dans la défensive et moins dans l'écoute. Donc ça a un impact forcément.

Après je dis pas, il peut y avoir des conflits et pour autant on va réussir à prendre en charge le résident, je dis pas que c'est impossible, je dis juste que ça peut jouer sur le fait de... l'observation ou même interpellé. Peut être qu'une professionnelle,

maintenant on est censé être deux infirmières tous les jours, par exemple une collègue qui s'entend pas avec heu, ma collègue infirmière par exemple peut m'interpeller plutôt qu'elle. Sauf que moi je peux très bien être dans la course alors que l'autre elle est disponible à 100%, elle pourrait lui dire alors que moi va falloir attendre une demi-heure. Pour moi il y a un impact.

ESI : Pensez-vous que l'équipe a une bonne collaboration ?

IDE : Oui. L'équipe infirmière ou l'équipe ...

ESI : Oui, l'équipe dans sa globalité.

IDE : Oui.

ESI : En quoi est-elle optimale ?

IDE : Alors heu... pourquoi elle est bien ? Déjà parce qu'elles sont en nombre les filles. Avant heu, quand je dis en nombre c'est vrai que c'est vraiment important pour montrer la différence entre avant et maintenant. Avant on pouvait être une infirmière par jour, on fait des journées de 10h, on pouvait, c'était faisable, c'est un peu plus speed mais c'était faisable. Maintenant, on ne peut pas être une, faut obligatoirement être deux et encore en ce moment on est trois. Tellement ça a augmenté au niveau rendez-vous, prise en charge.

Là pour vous dire vous auriez même pas pu venir à la base. C'est qu'on a eu deux examens qui se sont annulés mais sinon on était trois rendez vous ce matin. Sur toutes vos plages horaires... c'était compliqué. Puis la semaine prochaine je suis en vacances donc rien que quand j'ai vu votre planning j'ai dit « bon ça va être compliqué »...

Rien que ça malgré tout, il y a le nombre. Le fait qu'on soit toutes en nombre. Les filles elles ont 14 résidents et elles sont trois le matin. Trois pour 14. Donc normalement c'est généralement une mi-temps et deux temps pleins. Mais elles sont trois aides-soignantes, AMP confondues et AES sauf qu'après se rajoute une monitrice éducatrice donc elles sont 4.

Voilà, donc malgré tout le fait que tout le monde soit en nombre, ça permet de jouer sur la coordination au niveau de l'équipe pluridisciplinaire parce que forcément les gens plus à l'aise, plus à l'écoute, plus reposés, des choses comme ça, moins sur la défensive. Donc le fait qu'on soit tous en nombre ça joue beaucoup. Le fait qu'on ait des réunions ça joue beaucoup, parce que c'est des temps de parole qu'on peut pas forcément avoir

heu dans d'autres établissements ou des fois ça va être des temps de transmissions et c'est tout.

Surtout qu'il faut savoir que nous on a pas de temps de transmissions avec les équipes, du tout. Heu le matin on arrive à 8h, on ouvre notre logiciel, on a notre cahier pour nous infirmière, heu le soir on part à 19h on a pas de temps de transmission. A 19h, on a fini on s'en va. On a rien à part notre logiciel. Donc ça veut bien dire qu'ici, on a quand même une bonne coordination parce qu'on s'interpelle à droite à gauche heu voilà.

Là, ce matin j'étais en prise de sang, heu j'ai été interpellé par une collègue parce qu'elle a vu quelque chose, une rougeur type mycose, j'ai dit « j'arrive », j'étais sur l'aile. Hop j'ai vu, ça s'est réglé heu la conduite à tenir elle est posée, voilà.

C'est agréable parce qu'on est en nombre. Si j'avais été seule j'aurais dit « oui mais je viens plus tard parce que la faut que j'aïlle aux médicaments maintenant. ». Le fait d'être en nombre. Faut vraiment le prendre en compte. En nombre et... et puis les réunions qui sont vraiment très pratique.

ESI : En quoi la relation de confiance permet-elle de travailler ensemble ?

IDE : (Sourire) Enfaite c'est de la logique vos questions ! (en rigolant, petit silence)

C'est de la logique mais qui est difficile à expliquer, surtout s'il faut détailler. (voix douce mais élevée).

(Petit silence) C'est... fin pour dire... fin... Par exemple, il y a des professionnels en qui j'ai moins confiance, c'est pas pas confiance, mais moins. (Insistance sur le « moins »). Forcément je vais y aller, forcément je vais tout évaluer avant de poser quelque chose. Que quelqu'un en qui j'ai vraiment confiance, qui y arrive souvent. Là par exemple, on m'a interpellé pour quelque chose ce matin, bah elle m'a pas attendu pour faire la chose. Elle m'a dit « bon bah voilà j'ai mis ça c'est bon, je te le dis c'était comme ça. ». J'ai confiance, je sais très bien qu'elles ont très bien fait, parce que c'était comme ça qu'il fallait faire et c'est des personnes qui...

Ahh, mais avec la confiance y'a pas a débattre (rigole, haussement de voix), on a... c'est sûr qu'elles ont raison. Et... malgré tout, ce qui est bien avec le fait d'avoir confiance en quelqu'un c'est qu'on peut avoir des avis divergents sur une prise en charge et pour autant avancer ensemble sans créer un conflit. Heu... Voilà...

Je vois une résidente, l'exemple, semblait douloureuse, parce qu'elle criait quand elle se mobilisait, donc on... Voilà. Elle, elle était partie sur le fait qu'elle était douloureuse, moi j'étais partie sur le fait que c'était un début de démence, sûre. Pour moi ! Mais elle, elle était sûre de sa douleur. Et ben... ce qu'on a fait c'est que j'ai entendu sa demande, vu que j'ai confiance en elle, j'ai dit ok on va essayer. Je l'ai mise sous doliprane pendant une semaine, ça n'a strictement rien changé et elle a d'autres troubles qui font que c'est une démence.

Voilà, donc, heu... Avec quelqu'un en qui j'aurai pas confiance, ça partira peut-être un peu plus facilement ou peut-être que j'aurai moins essayé d'entendre ce qu'elle disait. Qu'une personne en qui j'ai confiance bah c'est vrai que malgré tout, j'entends sa demande, j'entends, fin j'entends son opinion et j'entends le fait qu'il faut essayer d'aller dans son opinion qu'une personne en qui j'ai pas confiance je sais pas si toute suite heu... j'aurai eu l'idée de le faire ou je me serai un peu reculée dans sa prise en charge quoi... (Bouge les mains et la tête pour montrer une hésitation).

ESI : Quels sont les différents outils de transmissions utilisés dans l'établissement ?

IDE : Bah un logiciel en fait, principalement nous c'est un logiciel qui retrace le dossier médical du résident. Même le planning de l'établissement où on met tous les rendez-vous, les prises de sang et même les animations externes à la structure, les départs en week-ends, pleins de choses. (Silence).

Et on a, donc un journal de bord, donc où y'a toutes les transmissions et on peut faire des transmissions sur le résident pour une aile, pour l'établissement, c'est vraiment... on peut répondre aux transmissions en même temps, voilà, c'est... On a cet outil là.

Nous, à côté, avec l'équipe infirmière, on a ce cahier (nous montre un grand cahier). Parce que quand on revient, par exemple, moi, deux jours de repos c'est compliqué de lire deux jours sur quatre ailes sachant que c'est jour et nuit. (Petite voix) : y'en a beaucoup des transmissions...

Donc on se fait une petite synthèse ici (montre le cahier), comme la visite du médecin, il est venu, et ben là j'ai toute la visite du médecin en 3 pages, j'ai pas besoin d'aller chercher sur chaque résident, voilà. On a cet outil en plus. Et on a malgré tout, c'est vrai, un agenda pour noter tout ce qu'il faut faire la journée, on a pas de planif, nous

c'est vraiment l'agenda parce qu'avec tous les rendez-vous qu'on a, heu... il faut bien ça (sourire).

Et comme outil après, heu... bah entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit, ils ont un cahier. Parce que chaque transmission est faite sur chaque aile. Donc c'est pas à un endroit on se regroupe, on fait les transmissions de tout le monde. C'est sur chaque aile qu'elles sont faites, donc forcément il faut des cahiers pour suivre. Voilà, c'est tout.

ESI : A quel rythme sont effectuées les transmissions orales et écrites ?

IDE : Bah orales elles sont faites deux fois. Heu, trois. Il y a le matin entre l'équipe de nuit et l'équipe de jour, du matin. Le midi, fin à 13h30 quelque chose comme ça entre l'équipe de jour, de matin et l'équipe du soir et le soir entre l'équipe du soir et l'équipe de nuit.

ESI : Donc ça c'est par aile du coup ?

IDE : C'est par aile.

ESI : Du coup, les infirmières sont en 10h et les AS/AMP en 7h30 ?

IDE : En plusieurs horaires. (Rigole). Elles font du 7h30-14h30 / 7h30-17h / 7h30-17h30, fin elles font pleins d'horaires. Le week-end elles sont en douze heures par contre voilà. Et nous, on est tout le temps en dix heures sauf le week-end on fait du 7h50, on est moins là. Mais en coupé.

Et y'a des AS/AMP qui viennent à 13h30 pour prendre le relais, c'est sur ce temps là qu'il y aura les transmissions orales entre elles.

Et par contre les transmissions écrites c'est tout au long de la journée hein. Là, y'en a eu ce matin on les a lu, moi j'en ai déjà deux autres à faire là. Donc c'est tout au long de la journée, dès qu'on y pense.

ESI : Qui participent aux transmissions orales ?

IDE : Heu... Orales, où vraiment c'est des temps définis, on n'y est pas, c'est entre AS et AMP. Sauf le dimanche matin, y'a que le dimanche matin qu'on y est, bon... (Hausse les épaules)

Mais heu... sinon s'il faut faire des transmissions comme ça c'est, même des fois avec tout le monde, il peut y avoir l'infirmière co, la cheffe. Ce matin on avait un résident qui

était pas bien, la cheffe est venue me demander ce qu'il y avait je lui ai expliqué, elle est partie prendre le relais, elle a été voir les équipes.

ESI : Afin de clôturer notre entretien, nous souhaitons recueillir votre expérience sur ce sujet. Dans votre établissement, la collaboration a-t-elle eu un impact négatif sur la prise en charge du résident ?

IDE : (rigole). Heu. (Réfléchit). Oui. Heu... J'en ai un qui date de pas longtemps, après voilà, moi... Ca va que c'est anonyme ! (rigole). Je sais pas si... Ah sinon, ah je sais pas... Non, lui non. Heu... ouais j'en ai un.

On a un résident, donc heu... qui est passé de l'aile verte et qui a déménagé à l'aile rose. Après, suite à des décès, on a dû remanier un petit peu l'organisation, la répartition des résidents et on avait fait le point sur qui voulait déménager. Il semblait faire partie de ceux qui voulaient. Donc il a déménagé au... rose. Ce résident quand il était au vert, ça allait, bon c'est un résident qui est hypochondriaque, donc déjà voilà... faut faire attention. Mais heu... ça allait, heu il mangeait, pour bien mettre le contexte hein, eau gélifiée et repas mixée. Donc le contexte, c'était il allait bien et tendance à l'hypochondrie donc il interpellait « j'ai mal là, j'ai mal là », mais une petite blague c'est parti c'est fini. Donc il a déménagé au rose. Ce résident, une fois arrivé au rose, bon, heu... c'est une aile où, on... c'est pas l'aile où on a le plus confiance, malgré tout. C'est une aile où j'entend l'équipe ce qu'elle dit, je fais ce qu'elle me... fin je vais aller dans les investigations, des choses comme ça, heu mais des fois je pense qu'elles ont un jugement un peu trop tranché.

Et là, l'exemple est parfait, parce que ce résident est arrivé, donc heu, tendance à l'hypochondrie, « ben j'ai mal au ventre nanania », bon, on entend, des fois on fait une blague ça passe ou des fois on lui donne un médicament. Là il s'est mit à vomir un peu tous les jours, et de plus en plus, on s'est dit c'est un peu bizarre. Moi, mon avis, c'était il y a quelque chose de sous jacent, c'est pas comportemental. Parce que l'équipe quand on l'interpellait « c'est comportemental, il se fait vomir », parce qu'il est capable de se faire vomir, hein, l'hypochondrie amène à tout hein.

(Hausse légèrement la voix, insiste sur les mots). Donc elles disaient qu'il se faisait vomir, que de toute façon il avait rien et qu'il fallait qu'il ait un séjour de rupture, parce que au niveau psychiatrique il y avait quelque chose.

Moi, je maintenant qu'il y avait quelque chose au niveau physiologique et au final heu, y'a un jour à la visite du docteur j'ai dit « bon bah voilà j'en ai assez heu, prescrivez-moi ça, ça, ça et on regarde et au pire j'ai tort et c'est pas grave ! » (Intonation élevée)

Ah bah au final, heureusement qu'on l'a fait ! Il était anémié au point qu'il avait besoin d'une transfusion. (Ton de voix élevé, agacée)

Donc il est à l'hôpital, actuellement. Il a été en globe, il a fait une infection pulmonaire, infection urinaire, plusieurs choses qui n'ont pas été vu. Et qui malgré tout, c'est une aile, je dis pas hein, c'est une équipe qui est hyper (insistance) observatrice mais hyper ! Mais ce résident, elles avaient un peu un a priori, entre guillemets, et moi à ce moment-là je les sentais tendues, je n'avais pas confiance en ce qu'elles me disaient du tout, voilà. C'est... bon, ça a joué sur sa prise en charge parce que je pense qu'on aurait tilté deux semaines avant ce qui se passait. Comme on a mit du temps à tilter. Parce que, bon, voilà, pour pas mettre de conflit et pour voilà le fait qu'il y ait pas autant de confiance que prévu, forcément (*couper par quelqu'un qui frappe à la porte, mise en pause de l'enregistrement*)

(l'IDE reprend) : Donc, oui, malgré tout, ça serait une autre aile, comme l'aile verte, j'ai une entière confiance en elles, heu, j'aurai débattu, j'aurai dis « non mais les filles », vraiment j'aurai dis cash, « vous avez pas l'impression qu'il manque quelque chose là, vous me dites séjour de rupture, attendez heu, comment il est la journée et tout ? ». Là bas j'avais beau demander, y'avait une distance parce que ce résident, voilà, il mettait un peu le conflit...

Y'a eu un jugement de fait d'un côté, j'avais mon jugement, moi. Heu, on aurait confiance, on aurait parlé. Là, y'avais un manque de confiance et un manque d'écoute, un manque de tout et ben ça a jouait. Il est parti, je pense, deux semaines trop tard, fin trop tard c'est horrible à dire... parti deux semaines plus tard à l'hôpital, parce que là il va très bien, ils voulaient nous le renvoyer, mais bon ils font des investigations. Mais ça a jouait. Malgré tout. Parce que bon, après cette anémie elle était pas soudaine. Cette anémie elle datait d'il y a longtemps, on pense, c'est qu'il devait saigner un peu tous les jours sauf que... heu, on a rien au niveau des selles, rien au niveau des vomissements, où est passé ce sang ? Donc bon. Elles ont pas vu de sang, donc ça j'entends, par contre voilà le comportement c'est elles qui le voient au quotidien. Moi, je passais juste. Et le

jour où je me suis dis là il y a quelque chose, c'est qu'il était pâle ! Très très pâle. Et toutes les constantes étaient bonnes. Donc, heu... à un moment donné heu, voilà.

Donc ça a jouait (voix douce). Voilà. Il y a pas longtemps en plus... (Sourire), deux semaines.

ESI : D'accord, oui... (Mal à l'aise face à l'intonation agacée de l'IDE)

(Silence)

ESI : Et donc les AS/AMP elles changent pas d'ailes ?

IDE : Alors, non. Elles sont fixes, heu... à chaque aile. La seule chose, c'est que, en soit, la direction souhaite des fois faire des remaniements. Donc là ça n'a pas eu lieu depuis septembre, donc peut-être l'année prochaine.

Parce que bon, là, les ailes elles sont divisées heu... pas en degré d'autonomie. Faut pas dire ça, parce qu'à la base c'était ça au tout début mais ça a changé. L'aile blanche c'est l'aile qui accueille des résidents autistes, donc ils sont autonomes malgré tout hein. Ils marchent, ils savent manger, ils savent s'habiller, etc. C'est pas comme d'autres résidents. L'aile verte, c'est une aile, à la base, appelé « bien-être » parce que c'est une aile où, normalement, le rythme des résidents est adapté en fonction de leur fatigabilité. Et, sauf que, heu... c'est une aile où y'a le plus de décès, parce que c'est ceux qui sont le plus vieillissant, malgré tout. Là vous voyez, on a eu deux décès, c'était sur cette aile. Et tous les autres étaient quasiment, tous sur cette aile. Donc voilà, c'est une aile qui est plus lourde ! (insistance). Là, actuellement, elles commencent à avoir trois personnes atteintes de trisomie qui commencent à... ou qui sont déjà bien dedans à être dans des démences. Donc, heu, ils marchent plus, d'un seul coup, le lendemain ils marchent... Voilà. La prise en charge est plus lourde.

Au rose, c'est des personnes qui sont quand même, relativement autonome aussi, c'est des rythmes dynamiques, normalement. Ils sont plus autonomes, donc elles font beaucoup de choses. Elles ont pas de fauteuil roulant, ça joue quand même beaucoup. Et je crois qu'elles ont un déambulateur. Un déambulateur, sur toute l'aile. Donc l'accompagnement n'est pas le même.

Et l'aile jaune c'est l'entre aile rose et aile verte, donc un lourd mais pas l'autre. Donc, forcément, c'est bien de changer à un moment donné, quand il y a des personnes qui s'épuisent plus vite que d'autres. Après voilà, ils ont essayé de, trier c'est pas le mot,

mais différencier les ailes avec les aides-soignantes et les ailes avec des AMP, ce qui me semble pas bon non plus... (Mouvement de la tête, hésitante). Pour moi, faut mélanger parce que... Vous le verrez quand... vous l'avez peut être déjà vu ou vous le verrez dans vos années futures, heu, les personnes vieillissent de plus en plus, vivent de plus en plus, ont des prises en charge plus en plus lourdes. Donc c'est bien que les AMP soient un peu plus côté soin et les AS un petit peu côté éducatif parce que malgré tout, à un moment donné faut... le meilleur c'est un mélange de toutes les fonctions. Voilà.

Annexe n°4 : Entretien n°4 (EHPAD).

ESI : Pouvez-vous vous présenter d'un point de vue professionnel : fonction, expérience professionnelle, missions au sein de la structure ?

IDE : Oui, donc je suis diplômée depuis 2018 et du coup je suis arrivée dans l'EHPAD tout de suite après et donc ça fera 5 ans cette année que je suis là. Voilà.

ESI : Quels sont les différents intervenants au sein de l'établissement ?

IDE : Beaucoup. (sourire) Heu, il y a toute l'équipe soignante, donc IDE, AS. Dans les AS, il y a aussi des AMP, des AES (accompagnant éducatif et social). Voilà, après bon, on a l'équipe ASH. On a donc notre infirmière coordinatrice (IDEC). Le responsable hôtelier qui gère, lui, les ASH et tout ce qui est approvisionnement en draps, voilà toute la logistique hôtellerie.

Heu, au niveau des intervenants soignants, on a notre psychologue qui est là à temps plein. On a un prof APA (activité physique et adaptée), voilà qui fait aussi un peu fonction d'ergo. Parce qu'avant, on avait une ergo qui est partie, donc c'est lui qui l'a remplacé, il a pas tout à fait les mêmes diplômes, mais voilà. Il prend un peu sa place au niveau du matériel ergo.

Heu, qui est-ce qu'on a d'autres après ? Bon, on a la directrice de l'établissement, on a la secrétaire, l'assistante de direction, les cuisines avec un chef et après heu, deux autres cuisinots. Il y a aussi l'animatrice. Et puis on a une élève psychomotricienne qui intervient, je crois une fois par semaine de mémoire et puis voilà. Ça fait déjà pas mal de monde.

Ah on a aussi les agents de maintenance. Et aussi notre médecin coordonnateur et qui est aussi médecin traitant d'à peu près 80% des résidents, je pense. Voilà, qui lui donc vient faire des visites 4 jours sur 5 et qui a 2 demi-journées de temps de med co en fait, où il consacre ce temps-là en fait, à des résidents qui sont pas forcément ses patients à la base, mais voilà, pour lesquels on a des fois des petits problèmes. Si on n'arrive pas à joindre le médecin traitant donc, on lui passe le relais pour certaines choses.

Voilà et là, dernièrement, donc c'est pas propre à la structure mais on a commencé une prise en charge avec l'HAD de l'hôpital pour un de nos résidents, sur du soin palliatif.

ESI : Comment travaillez-vous ensemble ?

IDE : Bah plutôt bien, c'est assez fluide, chacun a son poste et ses tâches, donc c'est assez, enfin c'est correct quoi. On sait vers qui se tourner quand on a le moindre problème. C'est assez ciblé. Heu... tout le monde est disponible. Voilà, on a des téléphones en plus, perso donc ce qui nous permet de nous appeler directement en fait, si j'ai besoin de joindre le prof APA, l'infirmière co ou la psychologue, ils ont un téléphone, donc on les appelle directement.

Et après, voilà, c'est très agréable de bosser avec autant de personnels qui ont chacun des compétences différentes. Donc en fait, on s'appuie beaucoup sur les compétences de chacun.

Et bien sûr, les réunions d'équipe. On a tous les lundis soirs une réunion de soins, donc pour l'équipe présente, parce qu'ici, on est en poste contre poste, c'est-à-dire il y a 2 équipes soignantes. Donc on a des trams fixes, donc du coup chaque équipe un lundi sur 2, pour le coup, a une réunion donc c'est l'IDEC qui est présente, la psychologue souvent, la directrice quand elle est là. Donc là on aborde les problèmes qu'il y a pu avoir ou des fois, ponctuellement des prises en charge compliquées ou alors des choses d'ordre logistique, comme des fois des protocoles de change qui sont pas adaptés. Voilà, des choses qu'on n'a pas forcément le temps d'aborder en transmission, parce que le temps est compté. Du coup, on les aborde pendant ces temps-là.

Après tous les jeudis, pareil une fois sur 2, on a soit réunion analyse de la pratique où là en fait on parle de nos pratiques soignantes, soit nous dans notre organisation des choses qui vont pas, on se rend compte que voilà, on a des problèmes avec tel collaborateur ou quoi. Ou alors des prises en charge individuelles c'est à dire d'un résident, des fois, on a une prise en charge qui pose problème et du coup on en discute entre nous, on essaie de trouver des solutions.

Après tous les mardis, y a les PAI. C'est les projets d'accompagnements individualisés. Donc en fait une fois par an, on revoit le projet du résident, donc un mardi on parle de Monsieur X et de Madame X et la semaine d'après, on parle de deux autres résidents. Et en fait là, on est en réunion avec l'animatrice, l'ergo, il y a le chef cuisinier, il y a l'IDEC, la psychologue, l'infirmière de secteur et l'AS qui prend en charge le résident.

Et du coup, on parle en fait du projet de la personne, de ses capacités, son autonomie, son régime alimentaire, voilà. Comment elle mange, comment elle se débrouille, est-ce qu'elle marche seule, est-ce qu'on l'accompagne ? Voilà.

ESI : Quand vous dites c'est l'AS qui prend en charge le résident, c'est durant une seule journée ou elle va s'en occuper pendant plusieurs jours ?

IDE : Non, en fait, ils ont des secteurs. Ici, en journée, en semaine, il y a 10 aides-soignants. Alors en fait, il y en a 9 qui sont là du matin au soir donc avec des horaires un petit peu décalés et qui prennent en charge le résident en fait du matin au soir. Et on a un AS qui lui, est sur un poste en plus, on va dire, qui est en AS 10, on appelle ça et qui est là de 8h à 16h du lundi au vendredi. Voilà. Donc lui en fait, il a un poste qui sert à décharger un peu les AS aussi, au niveau du nombre de toilettes qu'elles ont tous les matins et des toilettes des fois plus compliquées qui demandent un peu plus de temps. Voilà, c'est lui qui va suppléer quoi. Donc ils ont le même secteur, et tous les ans ils tournent.

Comme nous, niveau infirmier, on est 5 infirmiers au total. Heu, donc en journée on est 2 sur les secteurs du matin au soir, plus une IDE qui est là de 8h à 16h00 du lundi au vendredi, qui elle gère tout l'aspect administratif, prise de rendez-vous, gestion des ordonnances, suivi des bilans nutritionnels, suivi des uvedoses, des bilans biologiques, voilà, elle reçoit les résultats. La paperasse, quoi. Mais la paperasse infirmière quand même. (Rire)

ESI : Selon vous, en quoi la collaboration impacte la prise en charge des résidents ?

IDE : Alors, heu, je dirai qu'elle impact positivement et négativement.

Positivement, dans le sens où en fait, du coup, ils ont affaire à des gens qui sont spécifiés dans leur domaine, on va dire, entre guillemets, et où ils ont accès à pas mal de choses. C'est à dire que, par exemple, la psychomotricienne va leur proposer des activités axées sur la psychomotricité et va les proposer à des résidents où elle a évalué, où elle estime qu'ils en ont besoin.

L'ergothérapeute va proposer des activités vraiment motricité, équilibre, tout ça.

La psychologue, elle, va proposer des activités mémoires. Donc, en fait, c'est, comment dire ? C'est des réponses adaptées à leurs besoins. En fait, il y a des besoins qui sont identifiés par les professionnels et du coup ils adaptent les activités en fonction.

Donc ça c'est bien parce que du coup, chaque résident a un accompagnement individualisé, on va dire, entre guillemets.

Après l'aspect plutôt négatif, c'est que du coup ils se retrouvent confrontés à pleins de personnes différentes et ça peut être une perte de repère aussi des fois. Donc après, dans la vie quotidienne, ils ont toujours affaire aux mêmes aides-soignantes, pendant un an et aux mêmes infirmiers/infirmières pendant un an. Donc ça c'est assez stable, mais c'est vrai que quand arrive le moment du changement de secteur, ça les perturbe un peu des fois.

ESI : *Reformulation* : Et est-ce que vous pensez que la planification et l'organisation dans les soins, ça peut jouer un rôle là-dessus, sur l'impact de la prise en charge du résident ?

IDE : Heu, je sais pas. Heu, oui, peut-être un petit peu. Mais après, nous au niveau soignant, même au niveau du personnel paramédical, on s'adapte au maximum à eux. Et nous, on essaye au maximum d'adapter notre organisation aux besoins des résidents. C'est-à-dire que l'organisation veut que certaines personnes soient levées entre telle heure et telle heure. Et voilà, s'il y en a, on sait qu'ils aiment dormir un peu plus longtemps, par exemple, on essaie au maximum de les laisser, de revenir après, dans la mesure du possible. Donc oui, oui, ça a forcément un impact, ça c'est certain. Mais on essaie qu'il y en ait le moins possible.

ESI : Selon vous, qu'est-ce qui facilite cette collaboration ?

IDE : Heu, les réunions d'équipe, forcément. Ca, c'est, c'est... On peut pas s'en passer quoi. Après, ce qui facilite aussi c'est le fait que, bah, on soit tous sur place sur la journée, que ce soit pas du ponctuel.

Par exemple, la psychologue, on sait qu'elle est là du lundi au vendredi, donc on se dit pas « oh là là, faut que je pense tel jour à l'appeler parce qu'elle est là tel jour ». Non, elle est là tout le temps et ça c'est bien.

Et après, on a de la chance parce que, enfin bon, j'ai de la chance parce que tous mes collègues sont disponibles, à l'écoute, donc voilà, il y a une fluidité entre nous. Heu, on sait qu'une fois que le message est passé, voilà la personne va gérer de son côté. L'esprit d'équipe entre nous ! (Haussement de voix, marque l'importance)

Ca c'est important. Et puis voilà le sens de la collaboration, de se dire, quand nous, infirmiers par exemple, on sent qu'il y a une personne qui a besoin d'avoir un entretien, de discuter, nous, on y passe un petit peu de temps, mais quand on sent que ça devient un peu plus profond, hop, on passe le relais à la psychologue qui, elle, va approfondir l'entretien, passer plus de temps, donc voilà.

ESI : A l'inverse, pouvez-vous nous expliquer ce qui complique cette collaboration ?

IDE : Bah après d'un point de vue organisation, moi ici, je vois pas trop de point noir, je trouve qu'on est pas trop mal organisé, entre nous. Après ça va être au niveau individuel quoi, comment chacun voit son travail. Comment chacun voit son poste. Il y a des gens qui préfèrent moins travailler en équipe et qui sont plus individualistes, donc là, ça complique les choses. Mais ça après c'est propre à chacun donc, heu. Mais au niveau de la structure, non, non, je trouve qu'il y a beaucoup d'échanges, y a beaucoup de communication. Le moindre problème, on le rapporte à l'IDEC ou à la directrice. Généralement, c'est traité assez rapidement avec les personnes concernées.

Il y a les équipes de nuit aussi que j'ai oublié de citer mais du coup c'est des aides-soignants et AMP qui sont là la nuit il y a une ASH aussi. Et du coup, nous en tant qu'IDE, on fait le lien en fait, entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit. Soit on prend les transmissions le matin, soit ma collègue les fait le soir. Donc voilà, il y a quand même un lien entre nous, on a notre logiciel aussi qui permet, voilà, bah avec les transmissions de se passer des messages, on a une messagerie aussi personnelle où on peut s'envoyer des mails entre nous. Donc voilà, quand on a besoin de communiquer on a tout ce qu'il faut sous la main.

ESI : Reformulation : Dans votre établissement, la communication a-t-elle déjà été impactée par des conflits au sein de l'équipe ? Si oui quelles ont été les conséquences sur la prise en charge des résidents ?

IDE : Ah oui ! Oui, oui, mais ça après c'est ce que je vous disais, c'est vraiment individuel quoi. C'est un ou une collègue qui va avoir du mal à travailler en équipe et qui va aller dire, « untel il a pas fait son travail correctement » donc, voilà. Après c'est réglé avec l'IDEC et la directrice comme je vous expliquais. Mais c'est déjà arrivé oui.

ESI : **Donc, vous l'avez dit, l'équipe ici a une bonne collaboration. En quoi, pour vous, cette collaboration est optimale ?**

IDE : Heu, oui, oui, oui ! Bah elle est optimale dans le sens où les équipes, en fait, ont l'habitude de bosser ensemble, donc comme là l'équipe qui est présente aujourd'hui, elle bosse tout le temps ensemble. Donc si vous voulez, au fur et à mesure, elles établissent des, c'est pas des règles mais des modes de fonctionnement en fait et du coup voilà, c'est assez fluide.

Il y a beaucoup de communication entre nous, qu'elles soient formelles pendant les réunions, pendant les transmissions ou même informelles. On va se croiser dans un couloir, « ah bah tiens, je t'ai pas dit ». Voilà. Dès qu'on a quelque chose, on s'appelle donc ça, c'est très très fluide. Après, oui, oui, c'est surtout l'esprit d'équipe et la volonté de travailler en équipe pour le résident surtout.

ESI : **En quoi la relation de confiance permet-elle de travailler ensemble ?**

IDE : Ah bah, c'est essentiel ! Parce que, enfin, nous, par exemple en tant qu'IDE, heu sur chaque secteur on a environ une quarantaine de résidents, donc on peut pas être présentes dans toutes les chambres, à tous les moments, donc voilà on fait confiance à nos collègues aides-soignantes par exemple. Quand elles vont nous dire « Là, je pense qu'il faudrait que tu viennes parce qu'il y a un point rouge qui me plaît pas ou il y a une petite plaie qui s'est créée. Je pense que ça nécessite un pansement. » On va aller voir. Si les filles nous disent « Bon je te le dis, il y a un petit truc mais pour l'instant ça va. » Moi, j'ai entièrement confiance en mes collègues, elles savent ce qu'elles me disent, donc voilà. C'est nécessaire parce que le problème c'est que si moi je fais pas confiance aux 5 aides-soignantes avec qui je travaille, je peux pas me dédoubler, donc, heu voilà.

ESI : Quels sont les différents outils de transmissions utilisés dans l'établissement ?

IDE : Heu, et bah alors, principalement, le logiciel, avec les transmissions écrites qu'elles soient narratives ou ciblées. Après, heu, on a plus trop le droit de l'utiliser, mais on a la planification (rire, gênée). Voilà, on se bat pour la garder, parce que quand même, d'un point de vue visuel, ça nous permet quand même de savoir ce qu'on a à faire sur la journée. Donc voilà.

On utilise encore des outils papiers, même s'il faudrait que tout soit informatisé, mais il y a des choses, on peut pas.

Heu, on a l'infirmière dont je vous parlais tout à l'heure, qui gère la paperasse infirmière, qui est un gros outil de transmission (rire et insistance). Parce que du coup elle donc, elle est là du lundi au vendredi. Donc en fait, elle fait le lien au niveau infirmier, même au niveau des aides-soignants le matin en transmission elle dit « Ah bah au fait hier on en a déjà parlé avec l'autre équipe, ils nous ont dit que... ». Elle fait le lien aussi...

Alors nous on voit les médecins, surtout le médecin coordonnateur, avec qui on communique très bien, et lui, on parlait de confiance tout à l'heure, lui, nous fait énormément confiance aussi, donc ça c'est très très agréable.

Et du coup, cette infirmière-là, en fait, elle fait le lien entre les aides-soignants, les infirmiers, les médecins avec l'IDEC aussi. Parce que du coup, voilà des fois on lui rapporte certaines choses et elle en parle directement à l'IDEC. Donc voilà, c'est vrai qu'elle a un poste qui est un peu, heu, la plaque tournante, quoi, des transmissions, voilà. Et après bah oui, c'est pas mal d'outils papier quand même. Voilà, je suis en train de voir les listes pour le pédicure par exemple. Voilà, on note directement dessus. Après, c'est cette infirmerie aussi qui est le noyau de tout ce qui va être transmission, c'est-à-dire que la plupart des documents administratifs sont stockés ici, les documents papiers. Après, on scanne pas mal de choses, donc on a accès sur le logiciel informatique, mais voilà, la plupart des choses, c'est stocké ici, on essaye de pas s'éparpiller quoi.

ESI : A quel rythme sont effectuées les transmissions orales et écrites ?

IDE : Alors, transmissions orales une fois le matin, en équipe. Après tout au long de la journée, entre chaque professionnel. Et les transmissions écrites, bah ça dépend du

temps de chacun. Après chacun sur un petit temps dans la journée va faire des transmissions écrites.

Et donc les transmissions orales, donc une fois le matin pour l'équipe de jour. Mais du coup moi j'arrive le matin à 7h, je récupère les transmissions de l'équipe de nuit que je retransmets à l'équipe de jour qui arrive après. Car l'équipe de nuit et l'équipe de jour ne se croise pas. Enfin, ne se croise pas de façon formelle à des transmissions où on est assis. Et du coup ma collègue, de l'autre côté, elle, reste plus tard le soir et fait les transmissions à l'équipe de nuit de ce qui s'est passé sur la journée. Elle imprime les transmissions des deux secteurs, donc elle passe les infos comme ça. Puis encore une fois, on communique énormément oralement. Donc en fait on a 2 secteurs séparés mais au final on sait ce qui se passe de l'autre côté quoi.

ESI : Qui participent aux transmissions orales ?

IDE : Alors, heu... On a donc le matin les premières transmissions, moi quand j'arrive. Heu, normalement, il y a qu'une des personnes de l'équipe de nuit puisque l'autre est partie. Moi j'arrive plus tôt donc je croise les 2, mais sur le papier, il y a qu'une personne de l'équipe de nuit qui me fait les transmissions.

Après à 8h15, on fait les transmissions en équipe. Donc là y a toute l'équipe aide-soignante qui est présente, l'IDEC, donc les 3 infirmières ou infirmiers, le jeudi matin, il y a le médecin coordonnateur qui est là puisque c'est un de ses temps de med co, donc il vient pour participer aux transmissions. Parfois, la directrice.

Et du coup après, on s'est rendu compte qu'en fait les ASH, comme c'est elles qui distribuent, qui ramassent les petits déjeuners, qui font le ménage dans les chambres, les résidents leurs disent des choses qu'ils nous disent pas à nous. Après c'est elles qui servent en salle à manger aussi. On s'est rendu compte qu'il y avait des infos qu'on avait pas des fois, donc nous on a décidé, au niveau infirmier qu'après les transmissions avec les aides-soignantes comme elles faut qu'elles partent pour attaquer les toilettes. Nous, on prend un temps après, puisque les ASH quand elles ont fini de débarrasser les petits déjeuner c'est après nos transmissions. Elles, elles se retrouvent entre elles et du coup nous, infirmières, on prend un petit temps avec elles pour échanger tout ce qui est surtout au niveau alimentation. Et puis des fois voilà, elles ont des infos, elles vont nous dire « Ah bah voilà, Madame X, je l'ai pas trouvé très bien ce matin, elle m'a dit qu'il y

avait ça ou ça. » Voilà, donc globalement, quand même, tout le monde communique avec tout le monde. Ou y a au moins un ou une intermédiaire au milieu.

ESI : Afin de clôturer notre entretien, nous souhaitons recueillir votre expérience sur ce sujet. Dans votre établissement, la collaboration a-t-elle eu un impact négatif sur la prise en charge du résident ?

IDE : Alors, de mémoire, là comme ça, c'est compliqué (rire). Heu, alors j'ai pas une situation précise en tête, mais là où ça pourrait avoir un impact, c'est peut-être sur un manque de communication ? Voilà, ça va être une information que ben on a oublié de noter dans les transmissions écrites. Ou alors qu'on a oublié de faire passer à l'aide soignante du secteur... (Réfléchi)

Si, ben ce matin. Alors c'est infime, mais bon. Heu, une dame qu'on trouvait pas bien ce matin. Les filles, les aides-soignantes m'ont alerté, j'y suis allée, j'ai analysé un peu la situation. Moi je l'ai transmis à ma collègue infirmière qui était avec le médecin coordonnateur. On a été examiner la dame avec le docteur, il est revenu ici, moi je suis reparti sur les soins. Avec l'IDE, ils ont décidé de la faire partir sur les urgences pour faire un bilan, examens et tout ça. Et du coup, en fait, dans le feu de l'action, la dame est partie et on a oublié de prévenir les aides-soignantes qu'elle était partie sur les urgences. Donc en fait c'est 1h plus tard qu'elles se sont rendu compte que la dame était partie, voilà.

Donc globalement, ça peut être ça. Le seul problème, ça peut être ça, c'est un oubli, un oubli, un manque de communication. Mais là, dans 99% des cas c'est involontaire quoi. Sinon après non, vraiment, je, heu, je vois pas.

Annexe n°5 : Entretien n°5 (Foyer de vie).

ESI : Pouvez-vous vous présenter d'un point de vue professionnel : fonction, expérience professionnelle, missions au sein de la structure ?

IDE : Ok, alors heu je suis infirmière depuis 2021. Donc j'ai travaillé d'abord à plein temps heu donc dans un FAM (foyer d'accueil médicalisé), heu après je suis passée à mi-temps, donc j'ai fais de l'intérim dans un autre FAM pour combler les deux mi-temps et après j'ai été embauché ici, donc c'est un foyer d'hébergement.

ESI : Quels sont les différents intervenants au sein de l'établissement ?

IDE : Alors au sein de l'établissement il y a donc une éducatrice spécialisée, heu des aides-soignants, heu des AES et en fait il y a deux pôles.

Il y a le pôle éducatif avec du coup l'éduc spé qui est « cheffe », heu les AES et il y a le pôle donc infirmière où on est 4 où il y a donc heu nous en tant que « cheffes » et les aides-soignants. Et après on travaille heu, on a des moments dans la journée où on est ensemble et des moments où on est séparés et un médecin.

ESI : Il y a combien de résidents dans tout l'établissement ?

IDE : Il y en a 34.

ESI : Comment travaillez-vous ensemble ?

IDE : En fait on a une planification de la journée, donc il y a des moments dans la journée où on est tous ensemble pour faire les actes de la vie quotidienne, les toilettes, la nourriture, les p'tits déj, etc.

Et après on se sépare heu donc nous, l'équipe médicale on va faire tout ce qui est heu, soins plus approfondis, les pansements, etc. Et le côté éducatif va faire les activités, les sorties. Après on se met en lien, si par exemple ils veulent sortir avec une personne qui a une sonde ils vont nous demander « Est-ce qu'on peut sortir de telle heure à telle heure ? Est ce qu'il faut être accompagné par un aide-soignant ? ».

ESI : Selon vous, en quoi la collaboration impacte la prise en charge des résidents ?

IDE : Heu... Moi je dirais déjà, enfin ici, ça fait pas très longtemps qu'on a vraiment deux pôles distincts mais à une période il y avait vraiment que le côté médical et c'est vrai que du coup les résidents bah ils étaient un peu laissé pour compte, il y avait pas d'activité, etc. Et là maintenant qu'il y a les deux pôles bah c'est chez eux. Donc là ils peuvent vivre, faire des activités et heu après je sais pas trop si c'est ça la question...

ESI : Si, ça en fait partie mais qu'est-ce qui va faire que la prise en charge sera bonne pour le patient ou mauvaise ?

IDE : Bah déjà chacun on apporte des choses différentes. Nous on va faire une prise en charge pour leur niveau physique et heu les éducateurs, les AES vont plutôt faire tout ce qui est bien être psychologique, etc. Parce qu'en faisant des activités ils s'épanouissent et... ils restent pas enfermés dans leurs chambres quoi.

ESI : Selon vous, qu'est-ce qui facilite cette collaboration ?

IDE : Comment on fait pour bien s'entendre ?

ESI : Ça et au niveau de la bonne prise en charge aussi, qu'est-ce qui aide dans la collaboration avec chacun d'entre eux ?

IDE : Après ça dépend quand même du caractère de chacun, parce qu'il y a des personnes avec qui c'est plus facile de collaborer et d'autres avec qui c'est moins facile parce qu'on reste quand même sur des...

Nous, les infirmières avec les aides-soignants on fonctionne de la même façon, les éducateurs et les AES fonctionnent d'une autre façon et des fois chacun reste buté sur son truc donc faut qu'on soit ouvert. Nous qu'on soit ouvert au côté éducatif et que eux soient ouvert au côté médical. Après ça dépend quand même, les « cheffes » sont quand même là pour faire régner heu des... des règles et de toute façon il faut travailler pour le résident donc en soit heu chacun doit mettre de l'eau dans son vin et puis voilà.

ESI : Et est-ce que vous avez des moments où vous êtes tous réunis ?

IDE : Le matin, aux transmissions du matin on est tous ensemble. Le midi, enfin les transmissions entre l'équipe du matin et du soir on fait côté médical seul et côté social seul et le soir on est de nouveau ensemble. Et après, nous les infirmières on parle beaucoup avec l'éduc pour les choses importantes s'il y a des choses importantes, elle,

elle le dira aux transmissions du midi, par exemple s'il y en a un qui est hospitalisé, s'il y en a qui peut pas sortir. En fait, il y a vraiment deux pôles et deux « cheffes » qui discutent entre elles pour ensuite que ça fasse les transmissions dans toute l'équipe.

ESI : A l'inverse, pouvez-vous nous expliquer ce qui complique cette collaboration ?

IDE : (Silence) Bah c'est ce que je disais, on a pas les mêmes formations. Donc des fois le fait de pas avoir les mêmes formations, on a pas la même vision des choses. Nous quelque chose qui va être important pour nous, pour eux ça va peut-être être moins important, ou nous on va considérer quelque chose comme une priorité mais eux ils auront une autre priorité. Après franchement généralement ça se passe bien hein.

ESI : Dans votre établissement, la communication a-t-elle déjà été impactée par des conflits au sein de l'équipe ?

IDE : Moi j'ai pas été... actrice de quelque chose comme ça, par contre j'ai été témoin déjà de... (S'arrête de parler)

ESI : Est-ce que vous avez pu observer des conséquences sur la prise en charge des résidents ?

IDE : Oui, ça peut arriver. Franchement faut pas se le cacher que quand il y a de la pression dans deux côtés de salariés, ça se répercute sur le résident, c'est pas bien, mais c'est déjà arrivé.

ESI : Pensez-vous que l'équipe a une bonne collaboration ?

IDE : En générale oui. C'est des cas isolés quand il y a des soucis. De toute façon, c'est le but du médico-social, si on n'est pas fait pour travailler avec l'un ou avec l'autre c'est que faut aller que dans le médical et encore il y a aussi d'autres... Moi je suis infirmière mais il faut que j'aime le côté social et faut que le côté social aime le médical sinon ça sert à rien de travailler dans le médico-social. Parce que c'est particulier, c'est pas comme l'hôpital.

ESI : En quoi la relation de confiance permet-elle de travailler ensemble ?

IDE : Heu, la relation de confiance avec le résident ou avec l'équipe ?

ESI : Surtout avec l'équipe.

IDE : C'est vrai qu'on parle souvent de relation de confiance avec les résidents mais avec l'équipe heu fffff... ouais ça s'est fait naturellement, moi ça fait 5 ans que j'y suis donc heu... Je sais pas trop comment répondre à la question.

Parce que c'est vrai qu'une relation de confiance ça se tisse naturellement je pense fin... au début on est jugé forcément. Après il y aura toujours des personnes avec qui ça passera mieux et d'autres avec qui ça passera moins bien.

ESI : Mais ça ne vous empêchera pas d'avoir confiance en ce qu'il fait dans les soins heu, ou dans la transmission qui va avoir ?

IDE : (Malaise, grimace) Oui. (Rires)

ESI : (Rires) Vous avez l'air de douter quand même ?

IDE : Parce qu'il y aura toujours un ou deux cas isolés. Donc ça c'est à la direction de... C'est jamais parfait, il y aura jamais une entente parfaite. Mais en règle générale, il y a une confiance, fin c'est obligé sinon on peut pas travailler hein. Si on dit à quelqu'un de faire ça et que la personne elle le fait pas heu... Fin moi ça ne m'ait jamais arrivé.

ESI : Quels sont les différents outils de transmissions utilisés dans l'établissement ?

IDE : Heu alors bah transmissions orales donc matin, midi, soir c'est les transmissions entre les différentes équipes et après on a un logiciel, qu'on utilise surtout nous du côté médical, c'est vrai qu'il est pas vraiment fait pour le côté social. Certains l'utilisent mais c'est beaucoup, beaucoup nous, le côté médical qui l'utilisons.

Et bah les filles du coup heu, les AES elles ont des cahiers où elles écrivent, elles, leurs activités puisqu'ils attendent de mettre en place un nouveau logiciel pour voir chacune ce qu'elles ont fait.

Et on a aussi un tableau dans l'infirmerie où c'est marqué les jours de la semaine et où c'est marqué les soins à faire, les examens, les hospitalisations, les départs en weekend.

Et un cahier de nuit. Parce que nous les infirmières on voit pas l'équipe de nuit, enfin on les voit que le matin mais le soir quand on s'en va on se voit pas donc quand on a un traitement à donner, quelqu'un qui part plus tôt, on utilise un cahier. Et c'est les AS qui

font les transmissions parce que nous on est en douze heures, donc nous le soir on part à 18h45 et l'équipe de nuit arrivent qu'à 21h15, donc c'est les aides-soignants qui font les transmissions.

ESI : Vous avez déjà un peu répondu, à quel rythme sont effectuées les transmissions orales et écrites ?

IDE : Ouais, orales c'est matin, midi, soir et écrites bah c'est quand on a quelque chose à mettre. C'est moins qu'à l'hôpital, forcément. On fait pas des transmissions pour tout heu, il y a des fois le weekend on aura rien à écrire, on valide les traitements mais à part ça heu, où il y a des fois quand il y a la visite du médecin il y a énormément de choses par exemple.

ESI : Qui participent aux transmissions orales ?

IDE : Bah le matin c'est tout le monde, donc il y a l'équipe de nuit qui fait à l'infirmière les transmissions et il y a les aides-soignants et les AES qui écoutent. Le midi il y a que l'infirmière avec l'aide-soignante du soir et les aides-soignants du matin. A côté il y a l'éduc spé qui fait les transmissions avec l'équipe d'AES du matin et l'équipe d'AES du soir et ils disent ce qu'ils ont fait en activité le matin, ce qu'ils ont mit pour l'après midi, etc. Et le soir c'est l'équipe du soir qui est avec l'équipe de nuit et c'est l'aide-soignant du soir qui fait les transmissions.

Le médecin vient deux demi-journées dans la semaine, des fois il vient aux transmissions, des fois il vient pas, ça dépend l'heure où il arrive en fait parce que c'est un médecin généraliste.

ESI : Il n'y a pas de médecin coordonnateur ?

IDE : En fait on est à côté du centre de rééducation, du coup il y a 4 médecins qui sont là tout le temps, donc si on a besoin ils viennent, mais ils sont pas coordonnateurs et sinon on a le médecin de la structure mais qui intervient que deux demi-journées et quand il est d'astreinte. Après si vraiment on a besoin on l'appel.

ESI : Afin de clôturer notre entretien, nous souhaitons recueillir votre expérience sur ce sujet. Dans votre établissement, la collaboration a-t-elle eu un impact négatif sur la prise en charge du résident ?

IDE : (Réfléchit) Je dirais l'exemple qu'on peut donner c'est quand il y en a un qui dit blanc et l'autre qui dit noir. Clairement, du coup, ça met en porte-à-faux le résident qui sait plus qui croire. Et le problème, c'est qu'on a eu des personnes qui ont eu des traumatismes crâniens, du coup qui peuvent faire des crises et ça les met dans des états de frustration parce que l'un a dit quelque chose, l'autre a dit... ils savent pas. Généralement, c'est ça les gros problèmes.

Annexe n°6 : Grille d'entretien.

QUESTIONS	JUSTIFICATIONS
<p>1- Pouvez-vous vous présenter d'un point de vue professionnel : fonction, expérience professionnelle, missions au sein de la structure ?</p> <p>2- Quels sont les différents intervenants au sein de l'établissement ?</p> <p>3- Comment travaillez-vous ensemble ?</p> <p>4- Selon vous, en quoi la collaboration impacte la prise en charge des résidents ?</p>	<p>3- Afin d'identifier si tous les professionnels de l'établissement collaborent entre eux, même ceux qui ne sont pas présents aux transmissions orales. De voir s'il y a une organisation spécifique afin de collaborer d'une autre manière (ex : réunions, staff, évoquer une situation difficile d'un résident...)</p> <p>4- On cherche à savoir si, pour eux, la planification des soins et l'organisation jouent un rôle dans la prise en charge des résidents.</p>

5- Selon vous, qu'est-ce qui facilite cette collaboration ?

6 - A l'inverse, pouvez-vous nous expliquer ce qui complique cette collaboration ?

7- *Reformulation* : Dans votre établissement, la communication a-t-elle déjà été impactée par des conflits au sein de l'équipe ? Si oui, quelles ont été les conséquences sur la prise en charge des résidents ?

8- Pensez-vous que l'équipe a une bonne collaboration ?

- Si oui, en quoi est-elle optimale ?

- Si non, en quoi influence-t-elle la prise en charge des résidents ?

9- En quoi la relation de confiance permet-elle de travailler ensemble ?

5- Cette question nous permet de voir si le service met à disposition des moyens tels que des staffs et réunion d'équipe lors des moments difficiles vécus au sein de l'équipe.

6- 7- Nous espérons obtenir comme réponse, à travers cette question, que les conflits au sein d'une équipe impactent la communication entre les professionnels ainsi que la prise en charge des résidents.

8- Cette question nous permet de savoir si les équipes sont capables de se rendre compte des bonnes et/ou mauvaises pratiques au sein de leur établissement.

9- Cette question nous permettra de savoir l'impact qu'a la confiance dans la communication au sein d'une équipe pluri-

<p>10- Quels sont les différents outils de transmissions utilisés dans l'établissement ?</p> <p>11- A quel rythme sont effectuées les transmissions orales et écrites ?</p> <p>12- Qui participent aux transmissions orales ?</p> <p>13- Afin de clôturer notre entretien, nous souhaitons recueillir votre expérience sur ce sujet. Dans votre établissement, la collaboration a-t-elle eu un impact négatif sur la prise en charge du résident ?</p>	<p>professionnelle.</p> <p>10- Nous posons cette question afin de savoir si des moyens de transmissions efficaces sont mis en place.</p> <p>11- Dans le but d'évaluer si la fréquence régulière des transmissions permet un meilleur suivi des résidents tout au long de la journée.</p> <p>12- Le but est de savoir si tous les intervenants participent aux transmissions et s'il y a donc une collaboration avec chacun d'entre eux.</p> <p>13- Recueillir leur expérience afin de légitimer le problème identifié. Cela nous permettra d'évaluer l'efficacité des différents outils de transmissions qui sont mis en place dans leur établissement, sur la qualité de prise en charge des résidents.</p>
--	--

Annexe n°7 : Significations des sigles utilisés lors des retranscriptions.

Sigles spécifiques	Significations
ESI	Etudiantes en soins infirmiers
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
...	Change de propos, passe à autre chose sans forcément finir la phrase. OU Petit silence avant de reprendre la phrase
Heu	Hésitation
(...)	Relate le comportement, le non verbal et les expressions de l'infirmière
Ffff...	Dire de l'infirmière. Ressent de l'hésitation, de la réflexion
« ... »	Imite les dire potentiels ou réels de quelqu'un d'autre et/ou fait le geste des guillemets
!	Insistance

Annexe n°8 : Tableau récapitulatif des expériences vécues au sein des établissements.

Entretiens	Fréquences des transmissions	Outils/moyens	Personnels	Réunions d'équipe	Commentaires	Conséquences sur la prise en charge
Entretien n°1	3 fois par jour de manière formelle. 3 fois ponctuellement (une avec les AS, une avec les ASL et une avec la cadre). Transmissions écrites toute la journée.	Cahiers pour les ASH. Agenda + ordinateurs pour les IDE. Tablettes pour les AS.	Lors des transmissions orales sur des temps dédiés, il n'y a pas les ASL, ni le médecin.	Non.	Voit un intérêt pour les réunions d'équipes. → Collaboration optimale au sein de l'établissement.	Le problème évoqué lors de la dernière question n'est pas dû au manque de transmissions orales mais à un problème de collaboration.

Entretien n°2	<p>3 fois par jour de manière formelle.</p> <p>Transmissions ponctuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avec les ASL (que les choses importantes pour elles) • avec une IDE et la cadre qui arrivent plus tard <p>Transmissions écrites tout au long de la journée.</p>	<p>Tablettes pour les AS.</p> <p>Ordinateurs pour les IDE.</p>	<p>A la prise de poste, les infirmières de nuit et de jour ont un temps de transmissions formel.</p> <p>Les infirmières font des transmissions de manière informelle aux ASL, l'IDE et la cadre lorsqu'elles arrivent.</p>	<p>N'évoque pas ce terme.</p>	<p>→ Bonne collaboration.</p>	<p>Ne pense pas à une situation particulière.</p>
---------------	---	--	--	-------------------------------	-------------------------------	---

Entretien n°3	<p>Transmissions orales 3 fois par jour dans chacune des ailes respectives entre les AMP et les AS.</p> <p>Temps d'échanges tout au long de la journée entre tous les professionnels.</p>	<p>Logiciel informatique. Planification des soins (rendez-vous des résidents, examens, prises de sang...).</p> <p>Journal de bord avec la synthèse de la visite du médecin pour les IDE.</p> <p>Cahier de transmissions entre les équipes de nuit et de jour sur chaque aile.</p>	<p>Les infirmières participent aux transmissions orales avec le reste de l'équipe seulement le dimanche matin.</p> <p>Il y a des temps de transmissions informels, ponctuellement avec la cadre et/ou l'infirmière coordinatrice.</p>	Oui.	<p>→ Collaboration optimale car personnel en nombre donc plus de temps.</p> <p>L'infirmière est satisfaite des réunions d'équipe car cela permet d'avoir énormément de temps d'échange ce qui favorise la collaboration.</p>	<p>La relation de confiance a eu un impact sur la prise en charge d'un résident.</p> <p>L'infirmière avait moins confiance en l'équipe qui s'occupait du résident.</p>
---------------	---	---	---	------	--	--

<p>Entretien n°4</p>	<p>Transmissions écrites tout au long de la journée lorsqu'elles ont le temps.</p> <p>Temps de transmissions orales formels 3 fois par jour.</p> <p>Un temps de transmissions orales informel par jour avec les ASH.</p>	<p>Logiciel informatique. Planification des soins.</p> <p>« Outils papiers » : cahier, feuilles volantes de rendez-vous, dossier des résidents.</p> <p>L'infirmière qui s'occupe des rendez-vous des résidents, des bilans, qui gère l'administratif est un outil très important pour le suivi des résidents.</p>	<p>Lors d'un temps de transmissions formel, il y a les IDE, l'IDEC, le médecin coordonnateur (le jeudi) et les AS.</p> <p>Les ASH n'en font pas parti mais les IDE prennent le temps d'échanger avec elles après les transmissions formelles.</p>	<p>Oui.</p>	<p>→ Beaucoup de communication et d'esprit d'équipe.</p>	<p>Départ d'une résidente à l'hôpital car les AS ne la trouvait pas bien, elles en ont informé l'IDE.</p> <p>Le médecin et l'infirmière ont décidé de la faire aller aux urgences.</p> <p>L'équipe soignante (IDE et AS), n'étant pas au courant que la résidente partait ; elles ont remarqué son absence 1h plus tard.</p>
----------------------	--	---	---	-------------	--	--

						<p>Cela est lié à un défaut de communication.</p> <p>Cependant, cet évènement n'a pas eu d'impact négatif sur la prise en charge de la résidente.</p>
Entretien n°5	Transmissions orales 3 fois par jour.	<p>Logiciel informatique.</p> <p>Cahier pour les AES / Cahier pour l'équipe de nuit.</p> <p>Planification de soins.</p>	<p>L'IDE n'est pas présente lors des transmissions orales à l'équipe de nuit. Ce sont les AS qui les font.</p> <p>Cependant, les IDE, les AS et</p>	N'évoque pas les réunions d'équipe.	→ Bonne collaboration.	Ne pense pas à une situation particulière.

			<p>les AES sont présentent lors des transmissions orales effectuées sur la journée.</p> <p>Le médecin coordonnateur est tout le temps présent dans l'établissement, en cas de besoin.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

Annexe n°9 : Tableau récapitulatif des thèmes principaux des entretiens.

Entretiens	Concepts	Sous parties
Entretien n°1	<ul style="list-style-type: none">• Collaboration • Communication • Relation de confiance	<ul style="list-style-type: none">• Esprit d'équipe• Réunions d'équipe• Transmissions (absence de certains professionnels aux transmissions orales) • Qualité des transmissions orales
Entretien n°2	<ul style="list-style-type: none">• Communication • Collaboration • Relation de confiance	<ul style="list-style-type: none">• Entente avec les résidents• Conflits • Pluridisciplinarité (complémentarité des professionnels)

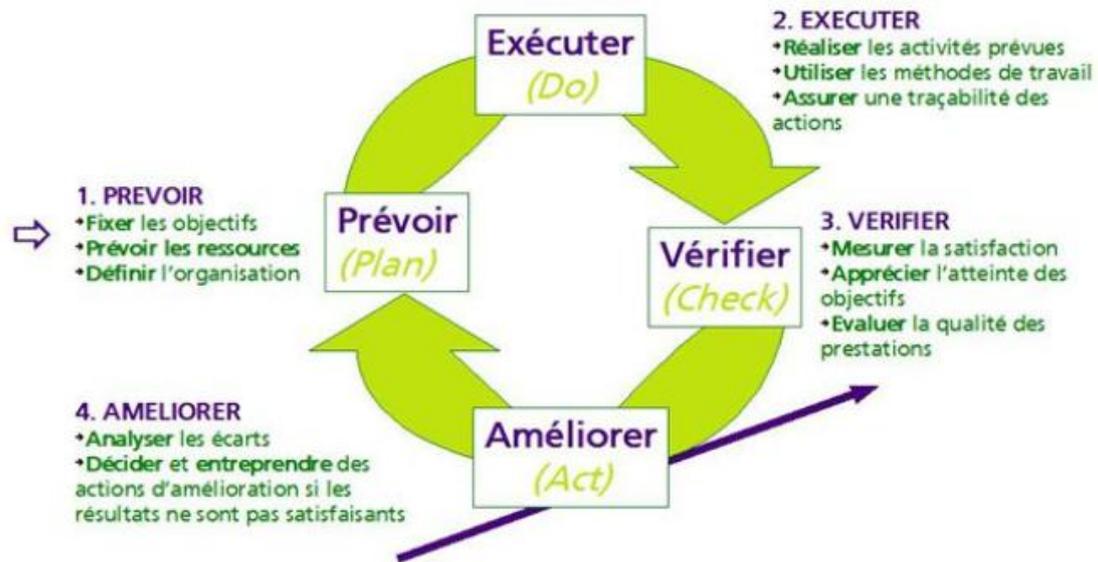
Entretien n°3	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration • Communication • Relation de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions d'équipe • Pluridisciplinarité • Transmissions (notion de temps/manque de personnel) • Conflits • Bonne entente • Ecoute • Disponibilité
Entretien n°4	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration • Communication • Relation de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion d'équipe • Pluridisciplinarité • Esprit d'équipe • Disponibilité • Ecoute

Entretien n°5	<ul style="list-style-type: none">• Collaboration • Communication	<ul style="list-style-type: none">• Pluridisciplinarité• Formations professionnelles• Travail d'équipe • Bonne entente• Conflits
---------------	--	--

Annexe n°10 : La pyramide de MASLOW.



Annexe n°11 : Roue de DEMING.



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE MONTLUCON
RUE PAMPAROUX 03100 MONTLUCON

Titre : De la collaboration naît la performance.

Auteur : CHRETIEN Chloé & MICHEL Salomé

Promotion : 2020-2023

Directeur de mémoire : BARANSKI Saïa, cadre formatrice

Jury de mémoire :

RESUME :

Durant notre formation infirmière, nous avons dû faire preuve de collaboration et de communication au sein d'équipes pluridisciplinaires. Après diverses expériences professionnelles lors notre parcours d'étudiantes, nous avons pu mettre en lumière des difficultés en matière de travail d'équipe. Effectivement, nous savons que la collaboration est un élément important pour assurer le suivi et la continuité des soins des résidents.

C'est pourquoi nous avons élaboré la question de départ suivante : « Dans un lieu de vie, en quoi le travail en collaboration du professionnel infirmier au sein d'une équipe pluri-professionnelle influence la qualité des transmissions et impacte la prise en charge des résidents ? ».

Afin d'approfondir ce sujet, nous avons abordé des concepts tels que la collaboration, la communication ou encore la relation de confiance. A travers ce travail de recherche, nous avons pu voir que l'union des professionnels a un rôle important dans la prise en charge ainsi que dans la relation de confiance que ce soit entre les membres de l'équipe ou avec les résidents.

Mots clés : communication, collaboration, travail d'équipe, organisation, transmissions, lieux de vie.

ABSTRACT :

During our nursing training, we had to collaborate and communicate with multidisciplinary teams. After various professional experiences during our student career, we met difficulties in teamwork. Indeed, we know that collaboration is an important element in the continuity of care for residents.

That is why we have chosen to study the following initial question: « In a place of life, how does the work of the nursing professional in a multi-professional team influence the quality of transmissions and how does it impact the care of residents? ».

In order to go further, we have studied concepts such as collaboration, communication and the relationship of trust. This research work has allowed us to understand that the union of professionals has an important role in the taking care process as well as in the relationship of trust between the members of the team and residents.

Keywords : communication, collaboration, teamwork, organization, transmissions, living places.