



LA CONTINUITÉ DES SOINS EN SSIAD :
Rôle de l'IDEC dans la qualité de prise en charge des patients

DIPLÔME UNIVERSITAIRE
INFIRMIÈR(E) RÉFÉRENT(E) COORDINATEUR(TRICE) EN EHPAD ET EN SSIAD
Année 2019

Étudiantes : Jennifer TROUVÉ & Annabelle ZANTOUT

Directrice de Mémoire : Dr Dominique COTTIN

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier le Docteur Dominique Cottin, pour sa patience, son aide ainsi que ses précieux conseils.

Également, nous remercions chaleureusement Mr Sébastien Wildemann pour son soutien et sa confiance.

Tout particulièrement, nous remercions toutes les infirmières coordinatrices ayant répondu à nos questions avec disponibilité.

GLOSSAIRE

AFNOR : Association Française de Normalisation

AMIEC : Association des amis de l'école internationale d'enseignement infirmier

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux, désormais intégrée à l'**HAS**, Haute Autorité de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant(e)

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

ESMS : Etablissement sociaux et médico-sociaux

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation à Domicile

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDEC : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État Coordinateur(trice)

IDEL : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État Libéral(e)

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

PUV : Petite Unité de Vie

PA/PH : Personne Âgée / Personne Handicapée

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

SSR : Service de Soins et de Réadaptation

UGA : Unité Gériatrique Aiguë

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	1
État des lieux	1
Réflexions et questionnement.....	1
II. CADRE CONCEPTUEL	4
Les SSIAD.....	4
L’Infirmière coordinatrice en SSIAD.....	6
La qualité dans les soins	8
Favoriser la continuité des soins.....	9
III. EXPLORATION ET ENQUÊTE.....	11
Objectifs	11
Méthodologie.....	11
IV. RÉSULTATS DE L’ENQUÊTE, ANALYSE et DISCUSSION	13
1. Décrivez votre parcours professionnel ainsi que votre date de prise en charge de fonction d’IDEC.	13
2. Décrivez brièvement votre structure : secteur, nombre de places accordées, population, personnel soignant, service jour/nuit.	15
3. Selon vous, quel est votre rôle dans la prise en charge des patients ?	16
4. Qu’implique une prise en charge de qualité ?	19
5. Que vous inspire la continuité des soins ?.....	22
6. Comment assurez-vous la continuité des soins au sein de votre service ? Quels sont vos outils et circuits ?.....	25
7. Rencontrez-vous des difficultés dans l’organisation de cette continuité ?.....	28
8. Proposez-vous des pistes d’amélioration de la continuité des soins en SSIAD ?.....	30
V. CONCLUSION	32
VI. BIBLIOGRAPHIE	34
VII. ANNEXES	36

I. INTRODUCTION

État des lieux

Depuis plus de quarante ans¹, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) représentent un maillon indispensable d'une chaîne pour soutenir les personnes âgées et en situation de handicap à leur domicile et prévenir d'éventuelles hospitalisations, faciliter leur retour.

Ils proposent une offre de soins adaptée pour chaque patient et un relais certain avec d'autres structures, comme les HAD, les SAAD, les réseaux, les hôpitaux, les infirmières libérales etc.

L'article n° 3 du décret n°2004-613 prévoit une infirmière coordinatrice au sein des SSIAD.

C'est cette dernière qui va être porteuse d'une bonne coordination pour gérer au mieux l'organisation particulière des SSIAD, et, notamment, c'est elle qui est garante de la continuité des soins au sein de la structure.

Réflexions et questionnement

Lorsque l'on parle de continuité des soins en SSIAD, on pense spontanément à s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture dans le parcours du patient, afin qu'il bénéficie de manière continue des soins en rapport avec ses besoins et ses attentes.

Et pourtant, se satisfaire de cet objectif nous semblerait restrictif et ne permettrait pas d'envisager cette continuité dans toutes ses dimensions.

¹ Décret n°81-448 du 8 mai 1981.

Au-delà de la prise en charge continue, c'est à dire sans interruption, des soins et des actes relatifs à la pathologie, un certain nombre de prérequis sont nécessaires afin de garantir aux patients « *un état de complet bien-être physique, mental et social*². »

La population rencontrée en SSIAD est souvent polypathologique, et peut concerner tous les âges, de l'enfant à la personne âgée. Leur prise en charge est pluridisciplinaire.

Une bonne communication est primordiale, pour que l'information circule de manière fluide et efficace dans toutes les directions et entre tous les acteurs de la prise en charge, autant en interne avec l'équipe, qu'avec les partenaires de ville ou hospitaliers, mais aussi les familles et l'entourage aidant.

La prise en considération de tous ces acteurs ainsi que leur implication participe considérablement à une prise en charge de qualité : chacun y contribue, avec ses connaissances et ses compétences propres, dans une dynamique évolutive et continue.

Étant toutes deux infirmières coordinatrices en SSIAD, c'est en échangeant sur nos expériences, que la notion de rupture de continuité des soins revenait souvent au centre de nos préoccupations, que nous nous sommes questionnées sur les bénéfices que nous pouvons apporter à nos équipes, à nos patients, aux aidants mais aussi à nos différents partenaires.

La continuité des soins peut être perçue comme un challenge quotidien, au sein duquel, tant les obstacles que les solutions sont nombreux. L'expérience des IDEC en poste semble constituer l'atout principal dans cette organisation.

Nous pouvons alors nous demander : Quel est le rôle de l'IDEC dans la qualité de la prise en charge du patient ?

Sur la base de questionnaires, de nos observations personnelles dans l'exercice quotidien, nous analyserons les pratiques afin de déterminer les processus à mettre en œuvre dans la recherche

² <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-oms-4321/>

de la continuité : communication efficace, outils adaptés, circuits sécurisés ainsi que des réflexions professionnelles tendant vers l'amélioration de la qualité globale de prise en charge sans rupture.

II. CADRE CONCEPTUEL

Les SSIAD

Définition :

« Les SSIAD sont des services sociaux et médico-sociaux qui assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap et aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou de soins de base (conformément au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004)³. »

Cadre législatif :

« Les SSIAD, au sens des 6° et 7° de l’art L.312-1 du code de l’action sociale et des familles, des services médico-sociaux. Ils sont soumis aux droits et aux obligations de l’ensemble des établissements et des services sociaux et médico-sociaux auxquels s’ajoutent des dispositions réglementaires spécifiques. Le décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005, la circulaire du 28 février 2005 et les articles R. 314-137, R. 314-138, D. 312-1 à D. 312-5-1 du CASF constituent le socle des dispositions spécifiques aux SSIAD⁴. »

Les missions des SSIAD :

« Les SSIAD contribuent au maintien à domicile. Ils ont pour vocation tant d’éviter l’hospitalisation, notamment lors de la phase aiguë d’une affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas de l’hospitalisation à domicile, que de faciliter les retours à domicile à la suite d’une hospitalisation. Ils visent également à prévenir ou retarder la perte d’autonomie et l’admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux. Les SSIAD

³ <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale/service-de-soins-infirmiers-a-domicile--s-s-i-a-d--354/rgn-ile-de-france.html>

⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf

mettent en œuvre, de par leurs missions et leur organisation, une prise en charge globale et coordonnée des soins qui relèvent de leur compétence. Cette prise en charge repose sur une évaluation des besoins de la personne ainsi que sur l'élaboration d'un plan individualisé de soins. L'intervention réalisée par le SSIAD contribue à prévenir la perte d'autonomie, à limiter les incapacités et à lutter contre l'isolement⁵. »

Les dates clés :

- Décret n°81-448 du 8 mai 1981 : première institution des SSIAD
- Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 : élargissement du champ de population, autorisation de prendre en charge des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques et/ou présentant un handicap.
- Mesure 6 du Plan Alzheimer 2008-2012 : création des ESA, afin d'optimiser la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.
- Plan des maladies dégénératives 2014-2019 afin d'étayer les objectifs des SSIAD avec la MAIA, ESA...

⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf

L'Infirmière coordinatrice en SSIAD

Définition :

« L'infirmier coordinateur est un infirmier diplômé d'état, responsable d'un service de soins infirmiers à domicile. Il exerce sous l'autorité d'un directeur d'établissement (pour les SSIAD publics) ou d'un président d'association (pour les SSIAD privés). Il est garant de la qualité et de la continuité des soins et de la mise en œuvre du projet d'établissement et/ou de service.⁶ »

Cadre législatif :

Selon la circulaire DGAS/2 C N° 2005-111 du 28 février 2005 : *« L'infirmier coordonnateur est la clé de voûte du dispositif de soins infirmiers à domicile. Le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, dans son article 6, précise les missions de l'infirmier coordonnateur, tant en termes d'évaluation des besoins de soins des personnes suivies effectuée au cours de visites à domicile, de coordination du service avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du secteur, que de coordination des activités des salariés du service et des intervenants libéraux ayant passé convention avec le service de soins infirmiers à domicile. L'infirmier coordonnateur élabore et met en œuvre les projets individualisés de soins pour chaque personne suivie. Il peut effectuer directement des prestations de soins au domicile des personnes, il organise le travail des aides-soignants, des aides médico-psychologiques ainsi que des infirmiers salariés du service⁷. »*

⁶ <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/infirmier-coordonateur-de-ssiad-service-de-soins-infirmiers-a-domicile.html>

⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030036.htm>

Les missions de l'IDEC⁸ :

Au titre de l'encadrement :

- L'encadrement du personnel soignant
- L'animation des réunions de service et/ou de synthèse
- La conduite des entretiens annuels d'évaluation
- L'élaboration du programme annuel de formation du personnel soignant
- La participation au recrutement du personnel soignant.

Au titre des activités administratives :

- Les activités d'administration et de gestion du service
- L'élaboration du rapport d'activité
- Le renseignement et la transmission du tableau des effectifs trimestriels
- L'élaboration avec l'usager du document individuel de prise en charge
- La tenue du dossier de soins infirmiers et des transmissions écrites
- Le contrôle des factures des soins infirmiers réalisés par les infirmiers libéraux et les centres de santé infirmiers ayant conventionnés avec le SSIAD.

Au titre de la coordination :

Les SSIAD effectuent également un travail de coordination. Cette coordination qui est assurée par l'infirmier coordonnateur consiste à :

- Coordonner les interventions relevant du SSIAD auprès de la personne prise en charge
- Coordonner les professionnels du service
- Coordonner les interventions du service avec les différents acteurs du secteur.

⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf

La qualité dans les soins

Définition :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité des soins correspond à « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Nous savons que l'IDEC doit organiser et coordonner la production de soins dans un souci de qualité et de continuité. Pour ce faire, il est primordial de poser des socles, notamment le socle qualité, dont la mission est d'organiser les soins au regard des recommandations et des bonnes pratiques gériatriques.

Également, le concept de qualité s'inscrit dans une dynamique d'évaluation, dont l'IDEC est garante. « *L'évaluation de la qualité des soins est un ensemble de méthodes pour aider les professionnels à faire des choix à tous les niveaux des soins, qu'il s'agisse de la décision diagnostique ou thérapeutique au lit du malade, ou à la décision d'investissement dans le cadre d'une politique hospitalière*⁹. ».

⁹ <http://santepublique.eu>

Favoriser la continuité des soins

Définition :

Selon le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière du groupe AMIEC Recherche, la continuité des soins est définie telle que « *Le caractère de la prise en charge des soins dont la permanence et la cohérence reposent sur l'action concertée des différentes personnes qui participent au projet de soins.* »

Nous pouvons corrélérer nos actions sur trois dimensions spécifiques¹⁰ pour parvenir à une meilleure continuité des soins. Même si ces dernières s'appliquent pour les médecins, nous pouvons, tout autant, l'appliquer pour optimiser notre prise en charge globale auprès des patients.

La première étant la dimension contextuelle : L'IDEC doit tenir compte du contexte familial du patient, de son histoire de vie, de sa communauté et sa religion, ainsi que de sa culture. La deuxième est comportementale : L'IDEC doit être concentrée sur ses capacités professionnelles, ses valeurs mais aussi son éthique pour une approche réussie. Enfin, la dimension scientifique : L'IDEC doit réussir à l'aide de son expertise infirmière, de ses recherches personnelles, et/ou, d'une formation continue à favoriser la qualité.

Cadre législatif :

« *La continuité des soins ne se conçoit pas sans la définition d'un projet de soins et de la nécessaire cohérence et coordination des intervenants. Mais continuité des soins ne veut pas dire absence de changements. La continuité veut dire absence de rupture. Elle signifie que si*

¹⁰ <http://woncaeurope.org>

un projet de prise en charge change, c'est toujours en lien, en tenant compte du projet précédent¹¹. »

Selon la Circulaire DGAS/2 C n°2005-111 du 28 février 2005 « Les services de soins infirmiers à domicile doivent être en mesure d'assurer ou de faire assurer les soins quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires. Cette obligation impose aux SSIAD de s'assurer qu'une réponse peut être apportée aux demandes des personnes prises en charge par le service. Il convient donc que les services mettent en place un dispositif permettant de renvoyer les demandes soit vers un salarié d'astreinte soit vers un intervenant libéral avec lequel le service aura conventionné, soit vers tout autre dispositif permettant d'assurer la continuité des soins. »

¹¹ <http://infirmiers.com>

III. EXPLORATION ET ENQUÊTE

Objectifs

Nous avons souhaité rencontrer des IDEC en SSIAD, en poste, afin de connaître leurs réalités sur le terrain. Chaque service est différent. Les organisations sont adaptées en fonction des ressources humaines et matérielles, mais également en fonction du parcours de l'IDEC et de sa vision des choses.

L'enquête a pour objectif de mettre en lumière le rôle de l'IDEC dans le processus de continuité, dans un souci de qualité de soins. Nous avons voulu obtenir des réponses quant aux outils et aux circuits dont elle dispose afin d'en assurer la viabilité, d'approcher les limites et difficultés et d'ouvrir des pistes d'amélioration.

Plus précisément, nous avons cherché à savoir quels étaient les moyens permettant à l'IDEC d'organiser les soins, et d'en assurer la qualité pour les patients de son service.

Méthodologie

Choix de l'outil, du lieu de l'enquête et de sa durée

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de différentes IDEC en SSIAD, de manière à recueillir des données qualitatives et argumentées de la part de professionnelles en poste. La grille d'entretien (*Cf. annexe 1*) est composée de huit questions : la première question concerne le parcours de la personne enquêtée, la seconde question concerne la structure dans laquelle la personne travaille, les six questions suivantes sont ouvertes et en rapport avec le thème de la continuité des soins en SSIAD.

Nous avons mené cette enquête au sein de quatre SSIAD différents situés à Paris et ses alentours.

Les entretiens se sont déroulés du lundi 27 mai au 15 juillet 2019.

Nous avons réalisé sept entretiens avec : quatre IDEC en poste en SSIAD divisé en quatre secteurs de 70 places chacun, soit 280 places au total. Deux IDEC en poste dans un SPASAD, avec une capacité de 87 lits pour le SSIAD. Une IDEC en SSIAD avec une capacité de 57 lits et enfin une IDEC en SSIAD avec 79 lits. *Le premier SSIAD comportait un SSIAD de nuit mais nous n'avons malheureusement pas eu de réponse de la part de l'IDEC.*

Les IDEC 1 et 2 ont été vues en entretien au même moment, par manque de temps dans leur organisation de travail. Néanmoins, elles ont exprimé mutuellement avant l'entretien avoir la même façon de travailler dans leur quotidien et fournir probablement les mêmes réponses dans les grandes lignes.

Les IDEC 4 et 5 travaillent ensemble dans la même structure mais l'une gère aussi la partie SPASAD.

IV. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE, ANALYSE et DISCUSSION

Les résultats de l'enquête sont à retrouver en annexes (*Cf. annexes 2 à 9*).

1. Décrivez votre parcours professionnel ainsi que votre date de prise en charge de fonction d'IDEC.

(Réponses cf. annexe 2) Analyse et discussion

Toutes les IDECS interrogées sont des femmes, âgées de 27 à 37 ans. Elles ont toutes témoigné d'au moins une expérience professionnelle en tant qu'IDE avant d'exercer la fonction de coordinatrice. Seule une infirmière travaillait déjà dans un SSIAD avant d'être IDEC.

Une seule d'entre elles a poursuivi ses études jusqu'à l'obtention d'un master 2 en management des organisations sanitaires et sociales. Les autres n'ont pas suivi de formation officielle et sont devenues IDEC grâce à leur expérience professionnelle.

Nous pensons que pour faciliter le management, la formation devrait être obligatoire : nous serions plus légitimes dans notre rôle avec un diplôme reconnu. Aussi, l'expérience acquise par les IDEC amènerait un plus et favoriserait la confiance naturelle de l'équipe.

Nous pouvons affirmer que la fonction d'IDEC répond à une envie d'évolution de carrière mais également à un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les horaires peuvent corrélés avec une vie de famille et le planning (souvent du lundi au vendredi) exclut le travail les week-ends. Il existe parfois des astreintes téléphoniques, qui peuvent obliger l'IDEC à rester sur un périmètre défini en cas de nécessité d'intervention.

Outre la connaissance du terrain et l'expertise dans les sciences infirmières, cette fonction, humainement riche, requiert une certaine adaptation émotionnelle et relationnelle.

Sur un plan managérial, l'IDEC doit être en mesure de porter son équipe et de transmettre des valeurs bienveillantes. Elle peut parfois avoir à gérer des conflits et accompagner les salariés dans des changements organisationnels internes. Aussi, elle doit être force de propositions et capable mener à bien de nouveaux projets, d'accompagner le changement.

Sans oublier son binôme, le Directeur, avec qui elle doit constamment communiquer et réfléchir la politique de soins¹².

¹² Cours du 11/01/2019, DU IRCO en SSIAD et en EHPAD, Le Trio, Florence Barthelemy.

2. Décrivez brièvement votre structure : secteur, nombre de places accordées, population, personnel soignant, service jour/nuit.

(Réponses cf. annexe 3) Analyse et discussion

Les SSIAD interrogés offrent des prestations de soins sur une plage horaire de jour de 7h30 à 20h, auprès de personnes âgées et handicapées. Ils ont en moyenne une capacité d'accueil de 125,75 places (PA et PH confondues). La majorité des IDEC ne connaît pas la répartition du nombre de PA/PH, cela démontre une connaissance insuffisante des capacités du service et nous questionne quant aux conditions d'admission : suis-je en mesure de prendre en charge ce patient ? Certains SSIAD doivent demander une dérogation pour répondre favorablement à une demande de prise en charge d'une personne en situation de handicap.

Les SSIAD intervenant sur plusieurs communes ont également un nombre de places accordées en fonction de la commune et de l'offre de soins du territoire.

Pour encore mieux répondre aux besoins existants, certains SSIAD dits « de nuit » offrent des prestations de soins nocturnes, pour des patients ayant des surveillances et des besoins en soins continus. Aussi, il existe des SSIAD dits « renforcés », dont l'objectif est de favoriser le retour à domicile, après hospitalisation « classique » ou à domicile (HAD), de patients nécessitant des soins plus importants¹³.

La plupart des SSIAD interrogés (3/5) n'ont pas de SPASAD intégrés dans leur structure, ils sont indépendants des SAAD ce qui peut retarder le délai de mise en place d'aides nécessaires. En revanche, trois SSIAD sur cinq sont dotés d'une ESA. (Cf. analyse et discussion de la question 5).

¹³ <http://www.association-sapa.fr/informations/actualites/97-ssiad-renforce/>

3. Selon vous, quel est votre rôle dans la prise en charge des patients ?

(Réponses cf. annexe 4) Analyse et discussion

À travers les réponses des IDEC, plusieurs rôles sont dégagés : Rôle de repère, de planification, d'accompagnement, de ressource, administratif, d'expertise, de contrôle qualité, de coordination.

À juste titre, le rôle de coordination est essentiellement évoqué. Les réponses ont fait ressortir une coordination en interne certaine, au sein de leurs structures respectives avec leurs équipes mais nous n'avons eu que très peu de mots sur la relation avec les médecins traitants, qui doivent quoiqu'il advienne, être informés par les IDEC de tout changement concernant le patient. Ils comptent sur nous pour les informer en temps et en heure des éléments significatifs. Cela serait sans doute la conséquence de la réalité du terrain qu'est la désertification médicale. Les médecins, par manque de temps et par la hausse de leur quantité de travail, se voient de moins en moins pratiquer de visites à domicile pour le suivi de leurs patients. Récemment, nous avons pu constater l'arrivée du concept de télémédecine¹⁴ permettant un suivi à distance, mais n'étant pas encore adopté par la majorité des professionnels de santé.

Certains patients n'ont pas de médecin traitant, ce qui demande à l'IDEC un travail de recherche et de patience afin de pouvoir assurer un suivi par un SSIAD. Afin de faciliter le parcours de soins des patients et d'améliorer les conditions d'exercice des praticiens, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), en cours d'apparition, regroupent des praticiens afin de travailler ensemble autour d'un projet commun.

¹⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>

Par ailleurs, le rôle de prévention est partiellement cité : on note un rôle important d'évaluation et de réajustement de la part des IDEC (aménagement du domicile, modification du plan de soins etc.) Mais peu de d'actions préventives notamment concernant des problématiques récurrentes telles que les chutes, les escarres, le tri des médicaments de la pharmacie domestique ainsi que la comparaison avec les dernières ordonnances, la grippe saisonnière, la douleur mais aussi les situations plus délicates nécessitant une mobilisation supérieure des moyens. Pour rappel, les SSIAD ont pour mission d'éviter une hospitalisation ou de retarder une entrée en institution. De ce fait, l'IDEC doit mettre en place des actions de prévention telles que : l'inscription des usagers à des ateliers de prévention (chute, mémoire etc.) ainsi que le suivi de ceux-ci, la vaccination antigrippale saisonnière, des grilles et échelles pour la douleur et les risques de chutes etc. Parfois aussi l'élaboration de plan bleu sous la responsabilité du directeur de l'établissement et soutenu par les Agences Régionales de Santé (ARS), lors d'évènements tels que la canicule. Aussi, la survenue d'évènements indésirables doit faire l'objet d'une déclaration à l'autorité de tarification et de contrôle compétente : le signalement de dysfonctionnements ou d'évènements indésirables, la déclaration d'évènements indésirables graves associés à des soins, la déclaration d'évènements sanitaires indésirables.

L'IDEC a un rôle de prévention également au sein de son équipe. Le bien-être de ses membres doit être au sommet de ses préoccupations. Il est important de veiller au maintien de la bonne distance relationnelle, et d'assurer un climat d'empathie et de sollicitude auprès des soignants. Avoir de l'empathie apaise le malade, il faut de la disponibilité interne et du temps, donc un nombre de soignants minimum pour assurer les soins dans les meilleures conditions possibles. Avec l'empathie, ce dernier perçoit la compassion qu'il espère mais cela confirme son statut « *fragile* » et peut tout rejeter en bloc et être agressif, entraînant un refus de soins de la part du patient qui peut être mal vécu et source de frustration. La sollicitude donne un intérêt pour l'autre, et met le soignant à l'abri de l'épuisement et prévient l'agressivité du patient. Il faut amener les soignants à ne pas fusionner ni à s'identifier (transfert émotionnel) au risque d'en

arriver à de l'épuisement¹⁵. Également, si la distance est trop grande, cela enlève l'humanité : la personne devient un objet. L'IDEC donne « l'exemple » à son équipe et se voit porteuse de valeurs qui amèneront les soignants à réfléchir sur leur manière de prendre soin (*concept de CARE*). Il y a là tout un travail relationnel à effectuer afin de parvenir à un juste équilibre entre ne pas en faire trop ni pas assez. La psychologue peut intervenir par le biais de réunions, de formations, d'entretiens ou de visites à domicile en concordance avec l'IDEC ou les soignants afin de réajuster les pratiques et croyances de chacun, d'apaiser les souffrances des patients comme des soignants et d'apporter un soutien sans égal.

Très peu évoqué dans les réponses aux questionnaires, le thème de la fin de vie à domicile et du souhait de « *mourir à la maison* » est une composante réelle du quotidien des SSIAD quand les conditions nécessaires sont réunies. Les soins palliatifs qui pour rappel sont des « *soins actifs* » ont pour but « *d'assurer le confort de la personne et de l'accompagner dans son dernier parcours* ». L'IDEC a tout intérêt d'amener son équipe à une posture réflexive, sur le but et le sens des soins mais également quant à la question éthique de « *trouver un juste équilibre entre pas de défaitisme injustifié ni d'acharnement thérapeutique*¹⁶ ». L'IDEC a un rôle informatif auprès de son équipe quant aux directives anticipées parfois rédigées ou exprimées clairement, qui doivent être écrites dans le dossier du patient.

¹⁵ Jean-Claude Monfort, « Vieillir, risques et chances », Chapitre 17 : Les risques liés aux professionnels et aux dispositifs d'hébergement.

¹⁶ Cours du 11/01/2019, DU IRCO en SSIAD et en EHPAD, Les Soins de Fin de Vie, Sylvie Lefèbre.

4. Qu'implique une prise en charge de qualité ?

(Réponses cf. annexe 5) Analyse et discussion

Il est souvent revenu auprès des IDEC que l'attitude que l'on adopte lors du premier contact va impacter sur la suite de la prise en charge. En effet, lorsqu'un patient se sent en confiance et écouté, il sera plus disposé à nous suivre dans nos décisions (matériel médical, modification de la prise en charge...) et donc à les accepter.

L'écoute, la connaissance et le respect des choix de son patient demeurent la base d'une prise en charge de qualité : cela préserve son autonomie. Il est impossible de soigner sans prendre en compte la personne et ses décisions.

Lors de l'admission d'un patient au sein du SSIAD, l'IDEC lui remet des documents, notamment un livret d'accueil (art L. 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles)¹⁷, dont le patient ou son représentant légal doit prendre connaissance, et dans lequel doit être annexée *La charte des droits et libertés de la personne accueillie*¹⁸ (Cf. annexe 10). Ces documents appuient les notions de droit, de choix et de dignité du patient. Les salariés doivent également en prendre connaissance, et l'IDEC doit s'assurer de leur affichage dans les locaux de la structure.

Pour prendre en charge au mieux le patient et répondre à une des obligations de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'IDEC doit élaborer un projet personnalisé dont « *L'expression, la participation et l'adhésion de l'utilisateur au projet sont systématiquement recherchées* ¹⁹. »

¹⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf

¹⁸ <http://gressiad.fr/wp-content/uploads/2013/07/Charte-des-droits-et-libert%C3%A9s-de-la-personne-accueillie.pdf>

¹⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf

La qualité est également indispensable dans les soins. Le personnel salarié des SSIAD doit obligatoirement détenir un diplôme ou une équivalence reconnue par l'état. Lors de leur embauche, les salariés doivent recevoir une fiche de poste, sur laquelle ils peuvent s'appuyer à tout moment.

L'IDEC est en mesure de servir de ressource s'ils ont des questionnements quant à leur pratique : la posture réflexive est gage de qualité et permet de réajuster les pratiques, nécessitant une mise à jour régulière. Leur formation est également un atout pour assurer des soins de qualité, l'IDEC doit repérer les besoins de son équipe et programmer les formations adéquates en fonction des capacités de la structure.

D'un point de vue administratif, la tenue du dossier de soins est également un critère de qualité : il regroupe toutes les informations nécessaires à la prise en charge des patients, dont son cercle de soins. Les données administratives, juridiques et médicales. Chaque salarié doit être en mesure de pouvoir les consulter et compléter le volet « transmissions » après consentement du patient. Le respect du secret professionnel et de la confidentialité doit être considéré : c'est la clé de voûte de la relation patient-soignant. Le respect du secret professionnel est une obligation légale posée par l'article L.1110-4 du code de la santé publique ainsi qu'une obligation déontologique énoncée par l'article R.4312-4 du même code²⁰.

Le domaine du secret professionnel a connu des aménagements, notamment avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients (article L. 1110-4 du CSP) « *Ainsi, lorsqu'une personne y est prise en charge au sein d'une équipe de soins et « sauf opposition de (cette) personne dûment avertie », les membres de l'équipe peuvent échanger entre eux des informations la concernant « afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la*

²⁰ http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/Secret_pro.pdf

meilleure prise en charge sanitaire possible ». Les informations confiées à un membre de l'équipe sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe²¹. »

Depuis la loi santé du 26 janvier 2016, les professionnels de santé peuvent échanger des informations avec les professionnels du médico-social et du social, dont une des conditions est la suivante « ... *que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social²². »*

²¹ http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/Secret_pro.pdf

²² <http://managersante.com/2017/01/08/secret-professionnel-et-partage-dinformation-les-nouvelles-dispositions-de-la-loi-sante-2016/>

5. Que vous inspire la continuité des soins ?

(Réponses cf. annexe 6) Analyse et discussion

Pour la majorité des IDEC, le thème de la continuité des soins a fait écho à leur quotidien. Pour une, c'est un sujet flou et générateur de questionnements.

Ce qui est principalement ressorti, c'est le bon suivi du patient en sachant relever un dysfonctionnement ou un changement dans son état de santé physique ou mental grâce à son équipe et de mettre en place des actions.

Cependant, en prenant de la hauteur, l'IDEC n'est pas seule : elle peut compter sur des partenaires afin de garantir la continuité des soins aux patients dont le SSIAD a la charge. Et inversement, le SSIAD demeure un partenaire parmi tant d'autres au sein d'un « réseau » dont le patient est le point central.

Les aidants naturels sont au plus proche du patient. Ils constituent un maillon essentiel de la chaîne. Les SSIAD peuvent s'appuyer sur eux mais doivent également rester vigilants. L'IDEC doit prévenir et repérer les premiers signes d'épuisement, qui dans certains cas compromettent le soutien au domicile. Également, il faut envisager le pire (décès précoce de l'aidant) et prévoir des solutions pour la suite.

Sur un plan juridique, une personne de confiance peut être désignée par le patient. Elle représente l'interlocuteur principal en cas de besoin ou si le patient n'est pas ou plus en mesure d'exprimer ses volontés.

Le médecin traitant, prescripteur, est un partenaire de première ligne. Sans son appui et son expertise, l'équipe ne pourra pas avancer correctement dans l'évolution de la prise en charge du patient. Et inversement, il a besoin de nos observations pour faire des réajustements.

Les infirmiers libéraux peuvent être indispensables pour les SSIAD n'ayant pas d'infirmière salariée le soir et/ou le weekend par exemple. Ils pourront alors prendre le relais quand cela est nécessaire par le biais d'une convention afin d'assurer les soins 7 jours sur 7.

Les kinésithérapeutes, les pédicures, les ergothérapeutes, les orthophonistes... ces professionnels interviennent dans le projet de soins du patient et il doit exister une coordination entre eux et l'IDEC pour une prise en charge optimale. L'IDEC privilégiera les rendez-vous les après-midis par exemple pour éviter que les soignants se retrouvent en même temps chez les patients, alors qu'à d'autres moments il faudra plutôt être ensemble pour réaliser au mieux les soins.

Les hôpitaux, notamment les assistantes sociales ou les médecins hospitaliers, qui bien souvent nous contactent pour des nouvelles demandes de prise en charge ou des retours à domicile. Outre les bons rapports entre partenaires, l'importance est à la communication efficace : il faut poser les bonnes questions et donner les bonnes informations dans des moments propices à la rupture de soins tant redoutée par les IDEC.

Lorsqu'il n'y a pas ou plus de nécessité pour un SSIAD d'intervenir auprès d'un patient, les SAAD peuvent prendre le relais : ils offrent des prestations telles que les aides à la toilette ou le lever ou interviennent en complément des SSIAD, notamment pour la préparation des repas, l'entretien du linge et du logement, les courses etc. Depuis la loi du 28/12/2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'expérimentation des Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) intégrés, permet une meilleure réponse aux besoins des patients âgés et/ou en situation de handicap, notamment, en favorisant la communication entre les différents intervenants, en mettant en place des actions de prévention et en limitant le nombre d'interlocuteurs.

Lorsque l'état de santé du patient s'aggrave ou nécessite des soins plus techniques, l'HAD peut relayer et soulager les SSIAD via une convention.

Les Equipes Spécialisées Alzheimer créées lors du plan Alzheimer 2008-2012, ont permis une amélioration de la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, en facilitant leurs parcours de santé. L'intervention et la participation aux projets de vie de professionnels formés offre une meilleure qualité de vie à domicile ainsi qu'une prise en charge adaptée.

Lors de situations complexes ou problématiques (isolement, problématique sociale, soutien au domicile difficile etc.), l'IDEC peut s'appuyer sur des réseaux de santé (Fin de vie, oncologie, douleur, plaies et cicatrisation etc.), ainsi que sur les dispositifs départementaux tels que les CLIC et les MAIA, en provoquant ou en participant par exemple à des réunions cliniques de concertation. L'IDEC doit être en mesure de savoir alerter et orienter les usagers lorsque c'est nécessaire et de savoir passer le relais lorsque le SSIAD ne peut répondre de manière optimale aux besoins de la personne.

6. Comment assurez-vous la continuité des soins au sein de votre service ? Quels sont vos outils et circuits ?

(Réponses cf. annexe 7) Analyse et discussion

Nous avons bien compris que la communication était un art difficile à maîtriser quand nous voulons passer une information. C'est à l'IDEC de percevoir ce qui pourra être entendu et compris de manière la plus efficace possible. N'oublions pas qu'entre ce que l'on souhaite faire passer comme message et ce qui est répercuté il y a beaucoup d'informations occultées, ce qui peut engendrer une rupture dans les soins²³. À l'IDEC d'être capable de savoir si son interlocuteur (que ce soit le patient, sa famille, ses aidants, l'équipe soignante, les autres partenaires) a bien compris, bien interprété, bien mémorisé et, surtout que le message sera utilisé à bon escient.

L'IDEC est donc perpétuellement le lien entre les médecins, les patients, les familles et les partenaires. La communication est indéniablement nécessaire dans toutes les situations que l'on peut rencontrer. À elle, en fonction du degré de l'autonomie de son équipe de trouver sa place de manager pour une communication efficace entre eux et la direction de la structure pour le bien être du patient.

Toutes sont unanimes sur l'outil indispensable et quotidien que sont les transmissions. Qu'elles soient écrites ou orales elles jouent un rôle primordial dans la prise en charge des patients, et donc, de la continuité des soins. Le fait de transmettre est une composante des métiers du soin.

Les transmissions écrites assurent une traçabilité des actes réalisés mais également des événements importants voire indésirables. D'un point de vue législatif, « *les transmissions sont*

²³ Cours du 7/02/2019, DU IRCO en SSIAD et en EHPAD, La Communication Managériale, Nadine Défillon.

une obligation légale de l'IDE. Elles doivent être horodatées et signées. Le nom et la qualification de la personne qui effectue les transmissions doivent être identifiables. Elles font partie du dossier de soins du patient, une feuille spécifique leur est réservée. Si plusieurs feuilles sont nécessaires, elles doivent être numérotées. Les transmissions peuvent être utilisées à des fins légales par la justice. Elles servent de preuve juridique au sein de l'institution. Elles doivent être légalement justes²⁴. » L'IDEC doit s'assurer que les soignants aient un support papier ou numérique pour réaliser des transmissions écrites et veiller à ce que les soignants les réalisent de manière « Exacte : attention aux fautes d'orthographe qui peuvent changer le sens comme le temps du verbe. Précise : langage commun et professionnel, non sujet à interprétation. Objective : sans jugement de valeur, elle décrit des faits intentionnels²⁵. »

Les transmissions orales quant à elles ne laissent pas de trace et n'ont aucune valeur juridique. Leur caractère interprétable peut être dangereux : comme nous le disions plus haut, il y a une disparité entre ce qui est dit, écouté, entendu, compris et répercuté. Cependant, elles permettent l'échange entre les interlocuteurs. L'IDEC organise des réunions de service, idéalement hebdomadaires pour faire le point sur les patients. Il s'agit d'un temps dédié, dont le lieu et la durée sont communiqués aux membres de l'équipe. Un ordre du jour doit être obligatoirement transmis : l'accueil d'un stagiaire, la présentation d'un nouveau patient etc. Il s'agit d'un moment important qui permet à l'équipe de transmettre des éléments significatifs, mais également d'échanger sur de situations complexes. La participation de l'ensemble du personnel peut amener à trouver des solutions rapidement : l'expérience de chacun est à prendre en compte, aussi les réunions permettent un sentiment d'appartenance aux salariés, ainsi que la notion d'esprit d'équipe. Face à des problématiques, l'IDEC peut être amenée à prendre une décision, et à en expliquer les motivations. Là aussi, une traçabilité doit être assurée, notamment par la rédaction d'un compte rendu.

²⁴ <http://guide-ide.com/les-transmissions/>

²⁵ <http://guide-ide.com/les-transmissions/>

La communication est également externe : que ce soit par téléphone, par mail ou lors de rendez-vous avec les familles, les soignants, le médecin traitant, les partenaires ou les patients eux-mêmes, elle ne doit jamais être laissée pour compte. L'important est de tracer chaque élément, afin d'avoir un suivi de chaque situation.

Les SSIAD disposent d'outils papiers et numériques, tels que les « listings patients », les plans de soins, les diagrammes de soins, les feuilles de transmissions, les feuilles de surveillance, le logiciel métier avec leurs dossiers etc. Autant d'éléments qui, s'ils sont bien utilisés, concourent à une prise en charge de qualité. C'est la manière de s'en servir qui est intéressante : le personnel doit être formé et informé de l'importance et de l'utilisation des outils du service.

Également, la mise à jour des informations est élémentaire : chaque changement doit être pris en compte et transmis de manière adaptée.

À aucun moment, la communication par téléphone avec les membres de l'équipe n'est évoquée. Les salariés interviennent majoritairement seuls aux domiciles des patients, ils sont donc « isolés » physiquement. Leur unique moyen de communication en cas de problème est le téléphone : le salarié doit pouvoir joindre l'IDEC ou la structure et être joignable à tout moment. L'IDEC a parfois des informations à transmettre durant la tournée du soignant, comme par exemple l'absence d'un patient, ou le caractère urgent d'un passage etc. Mais aussi, le soignant peut rencontrer des difficultés ou des situations urgentes : il doit pouvoir s'appuyer sur l'IDEC afin de ne pas avoir à gérer seul une situation délicate (ex : un décès). Il est important pour les soignants de se sentir soutenu en étant sur le terrain, ce qui peut parfois être anxiogène pour certains. Les SSIAD peuvent fournir des téléphones professionnels aux salariés, dont ils sont responsables : cela permet de distinguer les appels privés des appels professionnels.

7. Rencontrez-vous des difficultés dans l'organisation de cette continuité ?

(Réponses cf. annexe 8) Analyse et discussion

À part une IDEC qui ne rencontre pas de difficultés quant à son organisation pour assurer la continuité des soins, les autres expriment bien des obstacles. Nous pouvons donc nous demander si elles ont tous les atouts nécessaires.

La plupart d'entre elles ont exprimé le fait qu'il était difficile de répondre aux attentes de tout le monde, que ce soit les patients, les soignants, les familles et les partenaires. Le cœur du métier étant l'humain, cela implique forcément des disparités dans l'échange d'informations.

En effet, l'IDEC est très souvent sollicitée et doit constamment s'assurer que les informations soient bien comprises. Pour se faire, elle doit adapter sa stratégie de communication en fonction de son interlocuteur : Qu'est ce je dois dire, à qui je vais le dire, quand je dois le dire et quel impact aura ce que j'ai dit. Mais il y a aussi la notion d'écoute : la manière dont c'est fait et le but : comprendre ou convaincre ?

La façon de manager est aussi peu perçue dans les réponses. En fonction du niveau d'autonomie des salariés, le type de management devra être adapté (ex. : un management délégatif peut être mis en place face à une équipe autonome). Le manque d'investissement est souvent déploré, et pour cause, cela constitue un problème évident pour assurer une continuité de soins pour les patients. L'humain est davantage motivé par la reconnaissance que par le salaire, et doit se voir confier des responsabilités dans des conditions et des limites clairement définies en commun. Le fait de déléguer accroît la motivation et les compétences de chacun et permet à l'IDEC de responsabiliser et d'autonomiser son équipe²⁶.

²⁶ Cours du 7/02/2019, DU IRCO en SSIAD et en EHPAD, La Communication Managériale, Nadine Défillon.

Parfois, les soignants ressentent un manque de considération, ne leur permettant pas de travailler dans des conditions sereines. Ils ont cette nécessité de se sentir également acteurs de la prise en charge, et pas seulement exécutants : à mettre en évidence lors des réunions par exemple.

Face aux problèmes d'ordre organisationnel, les IDEC peuvent se questionner quant à leurs pratiques : comment je peux m'organiser au mieux pour ne pas être débordée et éviter les problématiques ? Comment éviter le *turnover* et l'absentéisme des soignants ?

Par exemple, la gestion quotidienne telle que la planification des soins peut être facilitée. En concertation avec les membres de l'équipe, les tournées peuvent être organisées en roulement : un soignant est affecté à une tournée sur une période donnée. Cela permet un suivi mensuel, par exemple, sans avoir à réorganiser quotidiennement le planning. Certains soignants peuvent aussi être nommés « référents » de certains patients, libérant l'IDEC de certaines tâches en les déléguant. Aussi, dans l'idéal, l'IDEC devrait pouvoir participer au recrutement de ses équipes. Il s'agit d'un moment de rencontre et d'échange lors duquel le service et la manière de fonctionner sont présentés. Qui mieux que l'IDEC connaît son service et ses patients ?

C'est à l'IDEC de chercher des solutions pour que les soignants se sentent investis dans leur profession, en proposant des formations, en les valorisant, en les impliquant dans l'élaboration des plans de soins individualisés des patients notamment. Sans une communication et une posture bienveillante il sera difficile de créer un lien de confiance IDEC-soignants.

8. Proposez-vous des pistes d'amélioration de la continuité des soins en SSIAD ?

(Réponses cf. annexe 9) Analyse et discussion

Nous remarquons que les pistes d'amélioration évoquées pour favoriser la continuité concernent la communication : en interne, telle que le dialogue avec la direction et les soignants, mais aussi avec les partenaires externes. L'IDEC doit prendre soin de communiquer à bon escient avec ses interlocuteurs, et ne pas perdre de vue le fait qu'elle est entourée.

La direction, du moins le directeur, doit travailler en étroite collaboration avec l'IDEC. Cela demande un intérêt commun pour les missions et les obligations de chacun. Dans une dynamique d'interdépendance, ils doivent construire une cohérence au sein de leur duo, gage de qualité et d'efficacité. La direction doit être un appui certain pour l'IDEC, que ce soit dans le quotidien comme dans des moments délicats, et inversement. L'organisation de réunions telles que les comités de pilotage (COPIL) ou comités de directions (CODIR) mais également la mise en place de cellules dédiées pour la gestion de situations sensibles peut être une opportunité pour être épaulée et trouver des solutions²⁷.

Également, l'IDEC peut demander à être formée quant à des problématiques réelles telles que la fin de vie au domicile ou la chronicité des plaies. Les réseaux organisent des réunions et des formations destinées aux infirmières afin de leur permettre de tenir à jour leurs connaissances pour qu'elles puissent guider leurs équipes.

Pour être à l'aise dans ses fonctions, l'IDEC peut s'appuyer sur différents supports :

- Les référentiels et recommandations de la HAS (ex ANESM) relatifs aux SSIAD,

²⁷ Cours du 11/01/2019, DU IRCO en SSIAD et en EHPAD, Le Trio, Florence Barthelemy.

- La formation initiale et continue,
- Les relectures de pratique, la supervision (médecin, psychologue, direction...)
- Des groupes professionnels comme par exemple la Fédération Française des Infirmières Diplômées d'État Coordinatrices (FFIDEC), créée le 5 février 2016, ayant « *pour ambition première d'encourager les échanges d'expériences, d'harmoniser les pratiques, d'être une structure de réflexion, de concertation, de formation, et d'intégrer, à ce titre, les instances de concertation. Cette Fédération aura pour objet de représenter le plus grand nombre d'IDEC partout en France, et d'être dès lors l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics sur le plan national comme local, afin d'avancer sur des questions aussi essentielles que le statut, les missions et la formation des IDEC*²⁸. ».

²⁸ <http://ffidec.fr>

V. CONCLUSION

L'IDEC a une place centrale au sein du SSIAD. Ses rôles sont multiples et pluridimensionnels, ce qui en constitue sa richesse. Elle doit assurer un premier niveau basique de continuité des soins de manière interne à sa structure : organiser le travail, pallier le manque de personnel, s'assurer de la transmission des informations nécessaires, etc. Outre cette gestion quotidienne, son champ d'action dépasse sans équivoque les portes de la structure. Il est important de bien apprécier les besoins du patient et des équipes et de bien comprendre le contexte global d'intervention. Elle doit également œuvrer en collaboration avec les différents partenaires de la prise en charge. En adoptant une vision globale du patient et s'ouvrant à son environnement : les SSIAD ne sont pas les seuls acteurs du soutien au domicile.

Un nouvel outil d'amélioration des pratiques professionnelles²⁹ préconisé par l'HAS, tel que le Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) aidera à coordonner les acteurs de soin, fixer des objectifs communs, faire de la prévention et répondre aux attentes et besoins du patient et de son entourage.

Evaluer les situations pour organiser la réponse la mieux adaptée tenant compte de ces différents facteurs tend vers une amélioration de la qualité, qui se traduit par un parcours fluide limitant au maximum les ruptures. C'est bien à l'IDEC d'être chef d'orchestre de la mise en œuvre du dispositif, à la croisée des chemins entre le patient et son entourage, le médecin traitant, les équipes et les partenaires opérationnels comme institutionnels.

Ce rôle est en constante évolution, tant d'un point de vue réglementaire que fonctionnel, au gré des décisions stratégiques des politiques de santé nationales.

²⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante#toc_1_1_3

Nous avons abordé les notions de formation, d'équipe et d'esprit d'équipe : ces habiletés, appelées "*skills*" en anglais, sécurisent la prise en charge sur le plan relationnel, humain, et peuvent aboutir à un épanouissement professionnel propice à la bienveillance et surtout à la sollicitude. C'est bien là un second niveau, plus abstrait mais non moins important dans la qualité de la réponse du service de soins aux besoins de continuité.

Ainsi, nous concluons en observant que la prise en considération de ces deux niveaux et la capacité à les mettre en œuvre permet d'augmenter significativement la qualité de prise en charge du patient, permet la résilience des équipes et la capacité d'adaptation du service à différents types de situations. C'est sans doute une clé pour aboutir à des parcours sans ruptures ou à la prise de conscience des risques de rupture permettant de les prévenir.

Ce qui ouvre des perspectives sur le rôle de l'IDEC au sein d'un ESMS : doit-on parler d'une place centrale ou d'un rôle tout en prise de hauteur ? Quel rôle à jouer, pour quel accomplissement personnel ? Sans doute faudra-t-il un autre mémoire pour commencer à répondre à ces questions fondamentales.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- Décret n°81-448 du 8 mai 1981.
- <https://www.futura-sciences.com>
- <https://annuaire.action-sociale.org>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- <http://santepublique.eu>
- <http://woncaeuropa.org>
- <http://infirmiers.com>
- <http://larousse.fr>
- <http://www.association-sapa.fr>
- <http://gressiad.fr>
- <http://www.ordre-infirmiers.fr>
- <http://managersante.com>
- <http://guide-ide.com>
- <http://ffidec.fr>
- <https://www.has-sante.fr>
- Cours du 7/02/2019, DU IRCO en SSIAD et en EHPAD, *La Communication Managériale*, Nadine Défillon.
- Cours du 11/01/2019, DU IRCO en SSIAD et en EHPAD, *Le Trio*, Florence Barthelemy.
- Cours du 11/01/2019, DU IRCO en SSIAD et en EHPAD, *Les Soins de Fin de Vie*, Sylvie Lefèbre.
- Jean-Claude Monfort, « *Vieillir, risques et chances* », Chapitre 17 : Les risques liés aux professionnels et aux dispositifs d'hébergement, Lavoisier Médecine.

- *Le Guide du Manager 2019*, Le droit du travail pour répondre à vos équipes au quotidien, Editions législatives.
- *Recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile*, Mai 2015, ANESM.

VII. ANNEXES

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIEN

Dans le cadre de notre Diplôme Universitaire d'Infirmière Coordinatrice en EHPAD et en SSIAD (année 2019), nous réalisons des entretiens auprès de différentes IDEC en poste sur le thème de la continuité des soins en SSIAD. Merci pour votre participation !

Q1 : Décrivez votre parcours professionnel (dont année de diplôme) ainsi que votre date de prise de fonction d'IDEC.

Q2 : Décrivez brièvement votre structure : secteur, nombre de places accordées, population, personnel soignant, service jour/nuit.

Q3 : Selon vous, quel est votre rôle dans la prise en charge des patients ?

Q4 : Qu'implique une prise en charge de qualité ?

Q5 : Que vous inspire le thème de la continuité des soins ?

Q6 : Comment assurez-vous la continuité des soins au sein de votre service ? Quels sont vos outils et circuits ?

Q7 : Rencontrez-vous des difficultés dans l'organisation de cette continuité ?

Q8 : Proposez-vous des pistes d'amélioration de la continuité des soins en SSIAD ?

Merci encore pour votre participation !
Annabelle ZANTOUT et Jennifer TROUVE

ANNEXE 2

1. Décrivez votre parcours professionnel (dont année de diplôme) ainsi que votre date de prise de fonction d'IDEC.

IDEC 1 : « J'ai été diplômée en 2013, j'ai travaillé deux ans en tant qu'infirmière préleveuse à domicile et en laboratoire. Ensuite j'ai repris mes études avec un Master 1 en santé publique et un Master 2 en management des organisations sanitaires et sociales. Ensuite j'ai eu un court contrat à durée déterminée à l'ARS : Direction de Santé publique, puis j'ai eu le poste d'IDEC en SSIAD depuis 5 mois. »

IDEC 2 : « J'ai été diplômée en 2006 au Portugal et j'ai travaillé en France en 2007 à l'hôpital Broca en SSR et UGA pendant trois ans, après j'ai fait trois ans d'urgences à la Pitié Salpêtrière puis six ans en libéral. Ensuite j'ai fait trois mois en médecine du travail à la SNCF et je suis IDEC depuis octobre 2018. »

IDEC 3 : « Je suis diplômée depuis 2006, j'ai commencé en HAD puis j'ai passé mon diplôme d'infirmière puéricultrice et je suis partie à Londres pendant deux ans dans un « Community nurse », l'équivalent d'un SSIAD pendant deux ans. Je suis retournée à Paris où j'ai fait 8/9 ans de libéral puis j'ai pris le poste d'IDEC depuis août 2018. »

IDEC 4 : « Je suis diplômée depuis 2010, j'ai fait beaucoup de remplacements (pédiatrie, gériatrie, SSR), ensuite j'ai fait beaucoup de vacations ici même, vu que j'y avais déjà fait deux stages (dont un stage préprofessionnel) et cela m'a beaucoup plu. Passion SSIAD. J'ai été sur le terrain pendant trois ans en vacations puis en CDI pendant trois ans et ensuite divers remplacements en tant qu'IDEC faisant fonction suite à des arrêts maladies ou démissions. Reprise du terrain puis prise de poste IDEC depuis 6 ans. »

IDEC 5 : « J'ai commencé par des missions en tant qu'intérimaire dans différents services (chirurgie, médecine interne, EHPAD...) ce qui m'a permis de voir un peu de tout. Puis j'ai été embauchée en SSIAD à temps plein. J'y ai travaillé deux ans en tant qu'infirmière, mais je

remplissais déjà certaines missions qui relèvent du rôle d'IDEC. Par la suite, le poste d'IDEC s'est libéré et j'ai pu y accéder en tant que « faisant fonction » en attendant le diplôme officiel. Aujourd'hui cela fait donc 5 ans que je suis diplômée en tant qu'IDE et 1 an et demi que je suis IDEC. »

IDEC 6 : *« Je suis diplômée depuis maintenant 8 ans, presque 9. J'ai d'abord travaillé dans un Centre Hospitalier Universitaire en Normandie pendant 3 ans avant de venir m'installer en région parisienne il y a 5 ans. En Normandie j'ai travaillé dans le service de neurochirurgie. J'ai intégré un EHPAD en arrivant dans la région et j'ai tout de suite voulu me positionner en tant qu'IDEC et depuis, je travaille dans un SSIAD. »*

IDEC 7 : *« Je suis diplômée depuis 2013, et j'ai travaillé dans un SSR pendant 4 ans puis je suis IDEC depuis maintenant 2 ans et demi dans ce SSIAD. »*

IDEC 8 *« Je suis diplômée depuis 2011, j'ai fait beaucoup d'urgences et réanimation uniquement en intérim pendant 5 ans puis je suis devenue IDEC en 2016 au sein de ce SSIAD. Nous intervenons de 7h30 à 20 h. »*

ANNEXE 3

2. **Décrivez brièvement votre structure : secteur, nombre de places accordées, population, personnel soignant, service jour/nuit.**

IDEC 1 : « *C'est un SSIAD de jour, on a 70 places mais je ne connais pas la répartition du nombre de places accordées personnes âgées, personnes handicapées (PA/PH), mais il y a une majorité de places PA. Au niveau du personnel nous avons des IDE, AS, et AMP parfois en faisant fonction AS, et une ESA : ergothérapeute, psychologue, psychomotricienne. Le service intervient de 8h à 13h, puis de 14h à 19h.* »

IDEC 2 : « *Idem que ma collègue mais un secteur différent. Je ne connais pas la répartition des places personnes non plus.* »

IDEC 3 : « *C'est un SSIAD de jour, il comprend 70 places dont 10 places en petite unité de vie (PUV). Nous avons des AS, des IDE, une ESA avec un ergothérapeute. Je ne connais pas la répartition des places PA/PH. Le service intervient de 8h à 13h, puis de 14h à 19h.* »

IDEC 4 : « *C'est un SSIAD de jour avec 70 patients, dont 1/4 sont des PH et 3/4 sont des PA. Au niveau du personnel nous avons des IDE, AS, AMP, et une ESA avec un psychomotricien et un ergothérapeute. Le service intervient de 8h à 13h, puis de 14h à 19h.* »

IDEC 5 et 6 : « *J'exerce donc en SSIAD. C'est un petit service doté de 87 places pour PA et 2 places pour PH. Nous intervenons de 8h à 12h et de 16h à 20h. Nous avons deux IDE et 12 AS.* »

IDEC 7 : « *Je travaille au sein d'un SSIAD ayant une capacité de 57 lits. Nous avons des AS et des IDE à temps plein et à temps partiel.* »

IDEC 8 : « *J'exerce dans un SSIAD de 79 places. Nous avons uniquement une personne handicapée suite à une dérogation. Il y a une IDE qui travaille uniquement du lundi au vendredi, relayée par des IDEL les soirs et les week-ends.* »

ANNEXE 4

3. Selon vous, quel est votre rôle dans la prise en charge des patients ?

IDEC 1 : « Je dis ce que je ressens par rapport au poste que j'ai : je pense que je suis plutôt un repère pour la gestion de problèmes / problématiques, je planifie leurs soins; normalement c'est l'infirmière qui planifie ses propre soins mais ici c'est nous qui le faisons pour les IDE, j'essaie d'être un accompagnement dans leur démarches : parfois on appelle les tutelles, les curatelles, on fait le lien avec les assistantes sociales, on est des personnes ressources (terme de « ressource sociale »), Dans l'aménagement du domicile, on va pouvoir solliciter justement les intervenants comme l'ergothérapeute, je le fais de manière systématique.

On a aussi un rôle d'évaluation du patient, lors de la 1ère visite, on est l'interlocuteur principal, on évalue les besoins et le GIR, et le domicile du coup. On a un rôle administratif : on a beaucoup de papiers : l'évaluation AFNOR, les projets de soins, les ordonnances, puis classer, imprimer et ranger. Si on a le temps, il y a aussi les rendez-vous partenaires (CLIC, réseaux etc.) mais il faut déléguer pour se libérer. Rôle de vérification de la qualité : visites non programmées, appels des patients, tournée en binôme avec un AS habitué qui saura repérer des dysfonctionnements dans la manière de travailler. »

IDEC 2 : « Pour les prises de rendez-vous, les contacts pédicures, tu leur apportes tout ça, des numéros etc. Mais j'essaye de leur laisser une certaine autonomie, de ne pas faire à leur place. On essaye d'ajuster en fonction de leur demande. L'aménagement du domicile : je ne fais presque jamais appel à l'ergothérapeute, sauf lors de situations problématiques ou quand j'ai un manque de connaissance sur le matériel. Sinon je contacte directement le prestataire. J'ai déjà évalué ce qu'il fallait comme matériel pour un patient : lit médicalisé, barre d'appui, rehausseur toilettes, siège pivotant. Rôle d'évaluation : les évaluations annuelles, évaluer s'il n'y a pas de dégradation du patient, réévaluer le domicile. Je délègue beaucoup à l'infirmière, comme par exemple les prises de rendez-vous et les évaluations annuelles, elle les fait et je rédige le compte rendu et le nouveau projet de soins. La présentation du service, quand je

prends en charge un patient je ne lui vends pas du rêve : c'est de 8h à 13h, il y a des soignants différents et également des hommes etc. La réorganisation de la charge de travail, qui nécessite une connaissance du terrain et des patients : je suis déjà allée au domicile évaluer le temps de soins de deux patients qui étaient sur la même tournée pour réorganiser et alléger une tournée lourde. Surveillance quant à la mise à jour des projets de soins. »

IDEC 3 : *« Comme le nom l'indique : la coordination !*

Coordonner c'est : articuler les soins entre les patients et les soignants, permettre une continuité de soins, répondre aux besoins des patients de manière optimale. Tout s'articule autour d'eux. Mettre en place des dispositifs humains et matériel, permettre aux soignants de travailler dans un cadre sécurité en conformité avec les lois et en adéquation avec les besoins des patients »

IDEC 4 : *« Faire en sorte de le soutenir à domicile dans les meilleures conditions possibles*

Soutien à domicile : les limites sont précisées aux familles lors de l'évaluation.

Eviter la douleur et aménager le logement : prise en charge optimale aussi bien pour lui que pour l'équipe et les aidants. Le « Capital bonheur » est primordial pour le patient.

Communiquer avec l'équipe au sujet de cette prise en charge : présenter le projet de soins

Le plan de soins est la base au moment de l'évaluation, et est affiné dès le départ par les soignants : être actif dans l'élaboration du projet de soins. Lors de l'évaluation on ne réalise pas les soins, on fait des préconisations (on ne peut pas tout voir au 1er contact : état cutané, autonomie etc.) Une participation active de l'équipe est demandée : le travail est pluridisciplinaire. Il faut échanger énormément avec les aidants familiaux, les intervenants médicaux et paramédicaux (médecins, ergothérapeutes), les réseaux, le CLIC, la MAIA. Et en interne avec les aides-soignants, les infirmiers, etc. »

L'IDEC 5 : *« Notre rôle est celui de coordinateur comme notre statut l'indique. Nous gérons l'organisation des soins auprès du patient, nous sommes le premier contact avec celui-ci. Nous sommes le lien entre les familles, les patients et les intervenants extérieurs (kinésithérapeute,*

médecin traitant ...). Nous avons aussi un rôle important dans la gestion de l'équipe soignante et dans la gestion de leurs interventions auprès du patient. Nous avons la responsabilité de chaque prise en charge. Nous sommes sur tous les fronts pour assurer un suivi de qualité et en adéquation avec les besoins et les souhaits des patients. Ce qui implique, d'évaluer régulièrement les besoins de nos patients. »

IDEC 6 : « Mon rôle principal est l'écoute. J'essaie d'être présente au maximum lorsque les patients me sollicitent mais c'est vrai qu'il est difficile d'avoir des interactions régulières avec nos patients en SSIAD. Je me déplace tous les trimestres aux domiciles pour faire une évaluation ce qui leur plaît beaucoup car ils peuvent aussi exprimer leurs mécontentements (d'où le rôle d'écoute). C'est moi qui fais l'évaluation des besoins à leur entrée dans notre service, je suis leur premier contact au sein de notre structure. »

IDEC 7 : « Je pense avoir un rôle central car je dois tout gérer. Cela commence dès la première évaluation. Je dois savoir gérer les conflits et les risques. Je considère comme devoir de connaître les impératifs des patients pour planifier correctement les interventions, de savoir mettre à jour les plans de soins pour favoriser la bonne prise en charge. Et enfin un rôle important à jouer avec les partenaires extérieurs pour améliorer la continuité des soins. »

IDEC 8 : « Je pense avoir un rôle clef dans la prise en charge des patients. Je dois analyser les besoins dès la première évaluation au domicile du patient et sans cesse réévaluer au cours de sa prise en charge. Je suis également le lien entre le patient, sa famille, les soignants et les différents partenaires auprès desquels je collabore. Rôle de tampon aussi parfois pour régler un conflit entre le patient et les soignants et ou famille. Rôle dans la communication pour pouvoir avoir des bons contacts avec les assistantes sociales, les médecins, etc... Rôle de manager enfin pour pouvoir gérer au mieux l'équipe soignante afin qu'elle apporte les meilleurs soins possibles auprès des patients. »

ANNEXE 5

4. Qu'implique une prise en charge de qualité ?

IDEC 1 : « *Déjà c'est fournir des soins adaptés dans le respect des règles de bonnes pratiques.*

Respecter la relation soignant-soigné. C'est pouvoir donner la chance au patient d'avoir des soignants réguliers : fournir un soin de qualité et créer de la confiance en connaissant les habitudes de vie des patients, ce qui entraîne un meilleur suivi.

Nous avons beaucoup de vacataires qui ne prennent pas les informations, donc ils posent toujours les mêmes questions, cela fatigue les patients car ils doivent répéter. »

IDEC 2 : « *Aussi, ne pas amener sa vie personnelle chez le patient. On n'a pas toujours de continuité de soins, par exemple on se rend compte qu'un patient est à J5 sans selle, donc il n'y a pas de transmission des informations, ou alors les soignants ne négocient pas toujours face à un refus de soin. Certains soignants ne respectent pas le projet de soins des patients, donc pas de qualité dans ce cas-là. »*

IDEC 3 : « *Être à l'écoute de la demande, former les soignants, s'adapter et être réactif. Être dans la justesse dans la réponse du soin, on peut être à côté. La réévaluation fréquente : ne pas attendre qu'il y ait un problème. »*

IDEC 4 : « *Organisation : aussi bien dans l'étude du dossier du patient : bien connaître son patient : ATCD, habitudes de vie alimentaire, distraction, goûts. Echange important, c'est lui le protagoniste. La parole et les souhaits du patient prévalent sur le reste.*

Une bonne communication avec le patient, la famille, les aidants et l'équipe et mettre en place d'une manière adaptée la prise en charge / le projet de soins. »

IDEC 5 : « *Une prise en charge de qualité est basée, selon moi, sur des points communs à chaque prise en charge : le bien-être, la bienveillance, l'accompagnement, l'écoute, le fait de palier à la dépendance du patient tout en conservant son autonomie au maximum. Au domicile, la préservation de l'autonomie est très importante il s'agit d'ailleurs du motif principal qui*

pousse les familles ou les patients à avoir recours à notre SSIAD. Mais la qualité de la prise en charge dépend aussi de notre capacité à s'adapter aux besoins et aux habitudes du patient. Même si la demande de soin est assez similaire d'un patient à un autre, chacune de nos prises en charge est unique. Cela implique en tant qu'IDEC de bien connaître les patients et de les suivre au quotidien afin de pouvoir assurer cette même qualité lors de tous les passages du SSIAD et de réadapter le plan de soins. »

IDEC 6 : *« La prise en charge doit être globale, c'est très important. L'attitude que l'on adopte lors du premier contact va impacter la suite. En effet, lorsqu'un patient se sent en confiance et écouté, il sera plus disposé à nous suivre dans nos décisions (matériel médical, nécessité de modification de la prise en charge du fait de l'évolution des besoins dont il n'a pas toujours conscience) et il y a surtout moins de conflits. La qualité c'est aussi être disponible lorsqu'ils en ont besoin mais du fait d'aller au domicile tous les trimestres, j'ai remarqué qu'il y avait moins de patients mécontents. Je pense qu'un suivi régulier est essentiel voire primordial. »*

IDEC 7 : *« La prise en charge de qualité est basée selon moi sur la confiance entretenue avec les patients, les familles, les soignants. La connaissance des pathologies pour adapter les bons plans de soins au bon moment. Une bonne entente avec son équipe est pour moi aussi très importante car cela me permet de pouvoir prendre des décisions plus facilement quand il faut trancher. »*

IDEC 8 : *« Une prise en charge de qualité repose sur la communication, la bonne gestion de son équipe, la bonne expertise infirmière pour prendre en compte l'ensemble du patient et pas seulement sa pathologie. Il faut tenir compte de ses habitudes de vie, de sa culture et ses croyances, de son degré d'autonomie, de ses capacités physiques et psychiques. Il faut aussi je pense avoir de très bonnes relations avec les partenaires qui nous entourent, que ce soit les fournisseurs de matériels médicaux en passant par les médecins. Enfin une réévaluation régulière permet de mieux connaître nos patients et de ne rien laisser au hasard quant à la qualité des soins que nous allons lui prodiguer. »*

ANNEXE 6

5. Que vous inspire la continuité des soins ?

IDEC 1 et 2 : « C'est le bon suivi du patient. C'est savoir relever un dysfonctionnement ou un changement dans l'état de santé physique ou mental. Réaménager le domicile si nécessaire. C'est savoir relever un élément à un moment T puis en informer son équipe et ses collègues et surveiller puis proposer les actions à mener. C'est le processus de la qualité continue : on tend toujours à du « meilleur ». On met en place des solutions ou des actions pour maintenir l'autonomie des patients pour les soutenir à domicile. »

IDEC 3 : « La question est un peu floue, qu'est-ce que cela pourrait être ? »

Quand on y réfléchit, effectivement au niveau du patient : la fréquence à laquelle il va être vu, comment on va assurer la continuité de soins qu'on lui prodigue chaque jour ?

Par rapport aux soignants, il faut maintenir un effectif pour pouvoir répondre à cette continuité.

On ne s'arrête pas, on doit toujours pallier les déficits du patient.

Comment vais-je faire pour avoir le personnel qu'il faut pour assurer les soins à mon patient, pour qu'il n'y ait pas d'interruption. Quelle est la politique de soins, comment la réfléchir ?

Comment la mettre en œuvre ? Parfois je vais sur le terrain car je ne peux pas annuler les passages lors d'absences, j'assure la continuité des soins... C'est une chose propre à l'IDEC. »

IDEC 4 : « C'est primordial, pour que la prise en charge se déroule correctement.

Cela nécessite de la communication active entre les soignants, les patients et l'IDEC et le service qui intervient et le kinésithérapeute. Si tout le monde communique les bonnes informations, on améliore la prise en charge, chacun apporte des informations utiles, en particulier cela est nécessaire par exemple pour mieux comprendre un changement de comportement chez un patient (agressivité, perturbation, évolution/dégradation). »

IDEC 5 : « *La continuité des soins pour moi, cela correspond au suivi régulier, l'évaluation, l'accompagnement au quotidien sur la longue durée, la coordination et l'adéquation entre les différents intervenants qui gravitent autour du patient. »*

IDEC 6 : « *Beaucoup de choses importantes... Ayant une population de personnes âgées voire très âgées, nous sommes amenés à avoir très souvent des patients hospitalisés. Certains, lorsqu'ils reviennent n'ont pas de compte rendu et lorsque la famille ne suit pas vraiment le côté médical cela peut être vite problématique quand l'hospitalisation a duré des semaines ou des mois. Nous n'avons aucun regard sur ce qui s'est passé pendant ce long moment. L'entourage est assez souvent dépassé par la prise en charge, les traitements ou les antécédents. »*

IDEC 7 : « *Pour moi c'est le rôle premier. Pour moi, il faut toujours évaluer, aller sur le terrain le plus possible pour se rendre compte de l'état du patient pour qu'il n'y ai jamais de rupture de soins. »*

IDEC 8 : « *La continuité des soins pour moi est une question d'équipe, l'IDEC seule ne pourrait réussir. L'équipe soignante qui est en première ligne nous indique l'état du patient mais c'est avec l'ensemble des professionnels qu'on arrivera à éviter la rupture de soins. La continuité des soins se prépare en amont grâce à la première évaluation à domicile ou l'hôpital afin de créer le bon plan de soins. Et je le répète une bonne entente avec les partenaires permet un meilleur suivi du patient et donc une continuité plus fluide. »*

ANNEXE 7

6. Comment assurez-vous la continuité des soins au sein de votre service ? Quels sont vos outils et circuits ?

IDEC 1 et 2 : « *On rame !*

Nous communiquons essentiellement lors de temps de transmissions orales ou écrites.

S'il y a un dysfonctionnement, on règle en direct via les appels téléphoniques. Nous faisons des réunions hebdomadaires avec le SAAD. Nous faisons des transmissions orales lors de réunions d'équipe. Nous faisons des transmissions écrites qui sont mises à disposition à l'équipe pour savoir de quoi on parle (imprimer les transmissions des salariés fixes pour que les vacataires y aient accès). Nous avons un outil informatique (logiciel), des classeurs : au SSIAD, agenda des RDV et transmissions ciblées + au domicile : diagrammes de soins, feuille de transmissions ciblées, feuilles de surveillance, listing patients (il contient les actes à réaliser et habitudes de vie, les personnes à contacter, le médecin traitant, les antécédents).

Il existe une mise à jour continue du projet de soins au domicile, c'est très important. »

IDEC 3 : « *Les transmissions ! On ne peut pas s'en passer : écrites, orales, visuelles (tableaux, pancartes) ... Par téléphone : on envoie des sms ou on appelle pour rappeler des choses aux soignants. Relais avec les IDE pour qu'elles passent l'info aussi, les mails, les listings patients, la feuille de tournée chaque matin, les classeurs de transmissions, les transmissions sur smartphones, les patients et/ou famille, les intervenants extérieurs, le SAAD... Et parfois des réunions, mais rares : mensuelles et encore. »*

IDEC 4 : « *Moi en m'interrogeant ; je vais directement contacter la patiente. Avec la famille si personne ne peut répondre, lors des transmissions AS/IDE et des réunions. Avec l'ergothérapeute éventuellement. Ce sont surtout des échanges oraux et des transmissions écrites... Il y a également les courriers que je peux recevoir. »*

IDEC 5 : « *Cela se joue beaucoup sur la communication. Être en contact avec les aidants, et les intervenants extérieurs, avec les patients. Cela passe aussi par les transmissions avec*

l'équipe soignante. Cela nous permet de rester à jour de manière continue. Nous avons mis en place un staff hebdomadaire qui nous permet d'évoquer les différentes informations concernant les patients, l'évolution de leur état de santé etc. Par la suite je me note toutes les actions qui peuvent solutionner les problèmes évoqués lors de la réunion. Cela permet de réajuster la prise en charge afin qu'elle reste toujours adaptée aux besoins du patient. Nous mettons, également, quotidiennement à jour les missions et les dossiers de soins des patients sur notre logiciel. »

IDEC 6 : *« Depuis plusieurs années nous avons une fiche générale d'informations qui nous permet de récapituler brièvement les antécédents et les traitements des patients de façon à ce qu'ils puissent avoir une trace lorsqu'ils sont emmenés par les pompiers mais elle sert aussi à nos aides-soignants lorsqu'ils doivent justement appeler les pompiers. Notre SSIAD a récemment scellé un partenariat avec une clinique de SSR de notre ville qui propose un hôpital de jour de rééducation. Nous sommes régulièrement en contact avec eux. »*

IDEC 7 : *« Plusieurs outils sont nécessaires pour moi : la communication est celui qui me semble central, par les transmissions par exemple, les entretiens avec les patients ou les familles. L'outil informatique aussi : permet de mettre à jour rapidement les dossiers des patients et d'avoir un regard sur les tournées... »*

IDEC 8 : *« L'outil premier est la communication, les transmissions orales et/ou écrites avec les soignants sur le terrain, les réunions hebdomadaires, les réunions mensuelles avec tout le réseau pour parler des cas compliqués, les réunions avec le CLIC, la MAIA, les assistantes sociales, les CCAS etc. Les partenariats avec les HDJ, les cliniques, etc. L'outil informatique est aussi important. »*

ANNEXE 8

7. Rencontrez-vous des difficultés dans l'organisation de cette continuité ?

IDEC 1 : « Je pense qu'il n'y a pas de temps de formation assez grand pour les vacataires ni les nouveaux salariés. Il faut avoir envie aussi, et on sent que certains n'ont peut-être pas de réelle motivation réelle motivation. On manque de temps pour leur expliquer des choses le matin. C'est aussi dû à une mauvaise organisation du temps de travail et du service je pense. Et il n'y a pas de sécurisation des outils : ils sont accessibles à une personne lambda si perte... »

IDEC 2 : « Le personnel ne prend pas d'initiative, la plupart est formaté et ne cherche pas à comprendre, certains perdent les outils (listing patients), on ressent un manque d'investissement. Il y a beaucoup d'infos, trop d'info tue l'info, trop de supports d'informations différents : si tu oublies d'ajouter une info sur un support, les soignants n'ont pas les éléments à jour et c'est compliqué. On doit mettre tout à jour trop fréquemment, on a du mal à suivre le fil surtout lorsqu'il y a un manque de transmissions. Certains soignants n'en font qu'à leur tête, par exemple ils ne respectent pas l'ordre de leur tournée. »

IDEC 3 : « Oui totalement ! Les difficultés se posent au niveau de l'équipe : comment amener l'équipe à répondre au mieux aux besoins des patients et comment assurer cette continuité en sachant qu'il y a des disparités dans l'équipe, au niveau des âges, de l'acquisition des soins, de la formulation des transmissions, de la conscience professionnelle, le fait d'être assidu dans le travail, de dire l'importance des choses, la motivation du personnel (pour le patient ou pour le salaire ?), la vie privée et l'intérêt personnel passe avant le patient, souvent. Il y a aussi l'épuisement, les difficultés du métier, travail mal payé, difficile et « ingrat » : si on ne met pas son ego de côté c'est compliqué ! Le patient est déjà en difficulté, il doit gérer son handicap ou sa maladie et doit accepter qu'une personne étrangère vienne l'aider et entre dans son intimité, donc l'image de soi et le rapport à l'autre est difficile et met les soignants en difficulté.

Comment amener les deux justement sur un terrain d'entente pour prendre en charge les patients dignement ?

Aussi, ma vision du soin n'est pas forcément la même que les soignants, par rapport à la culture, la façon de faire, la personnalité etc. Il faut « lisser » tout ça pour obtenir une même vision des choses dans le travail et c'est difficile.

Quelles sont les limites de mes soignants ? Une AS peut soigner dix patients tandis qu'une autre n'a pas les mêmes capacités. Il faut le prendre en compte, et être juste.

Amener le soignant à se questionner : pourquoi il fait ça ? Amener tout le monde à comprendre que nous sommes dans un système où patient est au milieu. Être à l'écoute du soignant, et valorisation ses compétences. Harmoniser l'équipe avant tout, malgré la pluralité de vacataires). Lorsque l'équipe est fixe, on peut proposer une formation flash et adapter : très compliqué avec des vacataires. Du moment qu'il y a un soignant chez un patient c'est le principal pour moi. La réalité est un peu décourageante, on se rend compte comment est l'être humain : chacun est différent. L'IDEC doit faire preuve d'empathie, être disponible. »

IDEC 4 : *« Non pas du tout. Peut-être en termes de temps mais tout est gérable. Je peux parfois avoir des difficultés pour traiter un dossier de A à Z quand je suis sollicitée toute la journée. »*

IDEC 5 : *« Il est toujours compliqué d'assurer la continuité des soins car il faut sans cesse être à jour, cela nécessite beaucoup de travail, passer des appels, échanger avec les familles, les médecins ... Il n'est pas toujours évident d'avoir des interlocuteurs en face qui acceptent facilement d'échanger et de coopérer avec nous. Parfois aussi le contact avec les familles peut être « conflictuel » ce qui complique notre prise en charge au quotidien. »*

IDEC 6 : *« Le principal souci c'est la modification régulière des traitements qui oblige à modifier très souvent cette fiche. Et pour être tout à fait honnête, elle n'est pas forcément toujours à jour... Le second souci récurrent c'est le manque de transparence entre les services hospitaliers et les services de soins à domicile. Très souvent nous avons des ordonnances qui*

ne sont pas valables et donc inutilisables pour les patients et nous avons beaucoup de mal à joindre le médecin hospitalier. »

IDEC 7 : *« Plus un souci avec les vacataires car j'ai du mal à leur transmettre les informations. Difficultés aussi avec les partenaires extérieurs comme les hôpitaux ou autre car par forcément de rigueur parfois et donc difficulté de communication entre nous. »*

IDEC 8 : *« La première difficulté est la perte d'information ou la non-compréhension parfois des soignants. Beaucoup de rupture de soins aussi quand des intérimaires ou des vacataires travaillent : ils n'ont pas toutes les informations des réunions ou transmissions. J'ai parfois du mal aussi à joindre les médecins ou les assistantes sociales... Les kinésithérapeutes souvent prennent rendez-vous le matin avec des patients et il arrive très souvent qu'ils annulent la séance car l'aide-soignant est à ce moment en train de faire la toilette... du coup rupture de la continuité des soins. Je ressens parfois un manque de motivation auprès de certains salariés, qui vont juste faire le strict minimum et ne vont pas remarquer par exemple que cela fait six jours que madame X n'a pas été à la selle, ou ne va pas regarder le classeur alors que tel ou tel plan de soins a été modifié... »*

ANNEXE 9

8. Proposez-vous des pistes d'amélioration de la continuité des soins en SSIAD ?

IDEC 1 : « Face au manque d'investissement, je pense qu'il est important de valoriser leur travail et de savoir les remercier. Que ça vienne des IDEC mais également de la direction, car ils se sentent isolés et insignifiants. Il faut une atmosphère de travail agréable, et qu'ils ne viennent pas là juste pour leur salaire. Également, fidéliser le personnel, pour répondre à la continuité des soins. Les aider avec des outils, par exemple faciliter leur trajet et afficher le plan sectorisé. Chose importante également, les IDEC doivent participer de près ou de loin au recrutement des salariés, c'est primordial, nous devons être dans la boucle. »

IDEC 2 : « L'idéal serait que tous les soignants aient un mail sécurisé, de manière à numériser les outils et que l'on puisse leur envoyer les infos en temps réel.

Toujours communiquer avec eux, avoir du temps pour eux et leur en donner (temps d'adaptation). Avoir des temps de réunion, de discussion, et appuyer les formations en ayant repéré au préalable les besoins de chacun. »

IDEC 3 : « Développer le lien entre les IDEC et les supérieurs, le dialogue est obligatoire.

Il faut plus de transmissions et de communication entre les supérieurs et les IDEC : dialoguer sur les difficultés, les méthodologies de travail. Accompagner les équipes dans les conduites de changement. Harmoniser et organiser plus de formations avec l'équipe soignante. Favoriser l'intervention du psychologue auprès des équipes. Être à l'écoute des patients et leur proposer ce qui est réalisable, être au clair avec ça. »

IDEC 4 : « Ma problématique : la réactivité des réseaux (structures externes) : lors d'un signalement au CLIC, le délai est long...Sinon au sein de mon service je n'ai rien à signaler.

Parfois les familles qui peuvent être réticentes au vu de l'installation du matériel, ou lorsque l'on change le projet de soins, intervenir en binôme, passer plus tôt ou plus tard, c'est parfois dur à faire accepter. Faire en sorte d'avoir une équipe fixe est un atout indiscutable. »

IDEC 5 « *Communiquer, garder un lien en continu avec nos patients, leurs familles, leurs intervenants, leur médecin. Être organisée.* »

IDEC 6 : « *Des « partenariats » avec les établissements médicaux de notre secteur afin de pouvoir mettre en place des réunions pour pouvoir proposer des améliorations concernant chaque partie.* »

IDEC 7 : « *Des fiches relais avec les hôpitaux, des fiches pour les vacataires avec les détails des missions à effectuer chez les patients, plus de réunions avec les partenaires extérieurs.* »

IDEC 8 : « *Plus de réunions avec les partenaires auprès desquels nous avons à faire, des plans de soins détaillés au domicile pour les vacataires ou les intérimaires, groupe de discussion instantanée type « WhatsApp » pour communiquer plus rapidement avec les soignants, formations, partenariats...* »

ANNEXE 10

Charte des droits et libertés de la personne accueillie

Article I. Principe de non-discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article II. Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article II. Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article IV. Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1- La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

- 2- Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3- Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article V. Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article VI. Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article VII. Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article VIII. Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. À cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article IX. Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article X. Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article XI. Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes

confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article XII. Respect de la dignité de la personne et de son intimité Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.