

L'IDEC en SSIAD, repère indispensable dans les prises en charge complexes

Par Sonia Artur, Caroline Beauvois et Clarisse Fantoli

« Le travail d'équipe est la capacité d'un groupe à travailler ensemble vers un but commun.

Il permet à des gens ordinaires de faire des miracles »

Andrew Carnegie

Diplôme Universitaire d'Infirmière Référente et Coordinatrice
en EHPAD et en SSIAD

2024

Directrice de mémoire : Hélène Clari

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à notre directrice de mémoire, Madame Hélène Clari, pour son écoute attentive et sa guidance nous ayant permis de réaliser ce travail.

Nous remercions également tous les professionnels qui ont pris le temps de répondre à notre enquête et à ceux qui nous ont accueillis lors de nos stages.

Nous remercions enfin nos proches pour leur soutien et leurs encouragements et nos relecteurs pour leur patience.

Merci à notre groupe pour avoir su donner chacune une part de nous-même, dans la bienveillance, l'écoute et la compréhension de l'autre.

Cette année riche en enseignements nous aura permis de développer notre culture gériatrique.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements | 1 |
| Liste des abréviations | 4 |
| I. Résumé..... | 5 |
| II. Abstract..... | 6 |
| III. Introduction | 7 |
| IV. Situation de départ..... | 8 |
| V. Hypothèses..... | 9 |
| VI. Cadre théorique de la problématique..... | 10 |
| A. Le SSIAD..... | 10 |
| 1. Qu'est-ce qu'un SSIAD ?..... | 10 |
| 2. Quelles sont les missions de l'IDEC en SSIAD ? | 10 |
| B. Le réseau | 11 |
| 1. Cadre législatif..... | 12 |
| 2. Le réseau gérontologique | 12 |
| C. Complexité | 13 |
| 1. La prise en charge de la complexité..... | 13 |
| 2. Le repérage de la complexité | 14 |
| 3. Le but du repérage | 15 |
| VII. Posture professionnelle | 16 |
| A. Définition | 16 |
| B. Posture managériale de l'IDEC | 17 |
| VIII. Exploration de la problématique | 19 |
| A. Méthodologie d'exploration..... | 19 |
| 1. Difficultés rencontrées | 19 |
| 2. Analyse des résultats | 20 |

| | | |
|------|---|----|
| IX. | Propositions de plan d'action | 25 |
| A. | Institutionnaliser les réunions collégiales..... | 25 |
| B. | Utiliser un outil d'évaluation spécifique..... | 25 |
| C. | Concevoir une formation spécifique à la gestion des situations complexes pour les IDEC..... | 26 |
| X. | Conclusion ouverture | 26 |
| XI. | Bibliographie | 27 |
| XII. | Annexes..... | 32 |
| | Annexe 1 : Les partenaires du réseau..... | 32 |
| | Annexe 2 : Questionnaire d'aide à la décision, d'initier une démarche de type PPS chez des patients de plus de 75 ans | 36 |
| | Annexe 3 : outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation | 37 |
| | Annexe 4 COMID | 38 |
| | Annexe 5 : Schéma du système micro, méso, macro | 40 |
| | Annexe 6 : Questionnaire | 41 |

Liste des abréviations

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CD : Conseil Départemental

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COMID : COMplexité Multidimensionnelle pour la pratique Infirmière à Domicile

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

ESPRAD : Equipe Spécialisée de Prévention et de Réadaptation à Domicile

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEC : Infirmière Coordinatrice

GIR : Groupe Iso-Ressources

PPS : Plan Personnalisé de Santé

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement Domicile

SAD : Service Autonomie à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

I. Résumé

Le vieillissement des personnes prises en soins s'accompagne de pathologies plus nombreuses et plus invalidantes. Les situations se complexifient.

En parallèle, les personnes âgées, affirment leur préférence à rester à domicile le plus longtemps possible. De fait, les équipes des Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) sont régulièrement confrontées à des difficultés multifactorielles lors des prises en soins.

De ce constat, nous nous sommes interrogées sur la place qu'occupe l'IDEC dans l'organisation de la prise en charge globale à domicile et comment elle pouvait œuvrer pour fluidifier ces prises en charge complexes.

L'enquête menée auprès des IDEC de SSIAD met en exergue la dimension organisationnelle et émotionnelle qu'imposent les situations complexes. Dans ces contextes, les IDEC, soutenues par leur hiérarchie, développent des stratégies managériales participatives avec leur équipe et leur réseau.

Il est indéniable que les IDEC tiennent un rôle central dans l'accompagnement à domicile.

Pour mener à bien la résolution des situations complexes, l'IDEC pourra s'appuyer sur les outils d'évaluation, le réseau et la formation spécifique.

L'importance du rôle de l'IDEC devrait être encore plus probant avec la mise en œuvre des SAD. Il paraît évident pour l'avenir de continuer à œuvrer pour la professionnalisation du métier et l'homogénéisation des pratiques.

II. Abstract

The aging of the people taken care of, is followed by more numerous and more invalidating pathologies. Such situations are becoming more complicated.

At the same time, old people prefer staying at home as long as possible. As a result, the home and care services staff regularly face multifactorial difficulties during people's care. On the basis of such facts, we are led to wonder about the role of the coordination nurse in the organization of home care and how she could work to improve these complicated cares.

A survey of the coordination nurses of the home nursing services highlight the dimensional and emotional importance imposed by such situations. In these situations, coordination nurses develop managerial and participative tactics with their team and network, supported by their hierarchy.

It is obvious that coordination nurses have a central role in home care services.

To complete the resolution of complex situations successfully, the coordination nurse will rely on evaluation tools, the network and specific training.

The importance of the role of coordination nurses (IDEC) should be more convincing with the implementation of home care services (SAD). It is obvious for the future to carry on working on the professionalisation of this job and the standardization of experiences.

III. Introduction

Notre volonté de groupe a été de choisir un sujet sur les prises en soins à domicile car chacune a le projet de poursuivre ou de s'orienter dans cette spécificité de la gérontologie.

Aujourd'hui, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à affirmer leur préférence à rester à domicile le plus longtemps possible.

En parallèle, le vieillissement des personnes prises en soins s'accompagne de pathologies plus nombreuses et plus invalidantes. Les situations se complexifient.

Le maintien à domicile demande donc plus de ressources humaines et matérielles aux vues de l'augmentation de la dépendance des personnes.

Fort de ce constat, la loi Grand Age¹ propose entre autres de simplifier le parcours des personnes et de garantir le maintien à domicile.

Nous avons pu constater que les situations complexes pouvaient mettre en difficulté les équipes et l'Infirmière Coordinatrice (IDEC).

Nous avons donc voulu explorer à travers cette étude, les leviers à disposition de l'IDEC pour soutenir les équipes lors de situations complexes.

Dans un premier temps, nous présenterons le cadre conceptuel en lien avec notre situation de départ. Nous verrons dans un second temps l'analyse de l'enquête menée auprès des professionnels de terrain.

En dernier lieu nous tenterons d'exposer des propositions d'actions afin d'améliorer les prises en charge complexes.

¹ (LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie , s.d.)

IV. Situation de départ

Pour illustrer notre questionnement initial, nous avons décidé de décrire une situation vécue par l'une de nous dans le cadre d'un accompagnement par le Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique.

Il s'agit d'une patiente de 81 ans, prise en charge pour maladie neurodégénérative d'évolution rapide sans trouble cognitif. Elle ne présente pas d'antécédents notables. Elle vit avec son époux dans une maison à étage. Ses deux filles vivent loin et viennent quand elles le peuvent. Aucune aide à domicile n'est en place. C'est une femme très élégante qui a toujours été vigilante à son image et qui est le pilier de son foyer. Elle est lucide et fait preuve de discernement. Elle exprime un besoin d'être soutenue par les professionnels. Elle dispose d'un médecin traitant et d'un suivi chez un neurologue.

L'accompagnement débute peu après l'annonce de la maladie.

La patiente présente alors des difficultés à la marche sans chute ainsi que des difficultés dans les actes de la vie quotidienne. Sur le plan psychologique, elle présente un syndrome dépressif réactionnel à l'annonce de la maladie avec déni de la pathologie et perte de l'estime de soi. Elle souhaite rester à domicile avec des aides. Son évaluation Groupe Iso-Ressources (GIR) est de 4.

Plusieurs dispositifs sont mis en place. En premier lieu le Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) financé par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), avec la téléalarme et la mise en place du matériel adapté. L'intervention de l'Equipe Spécialisée de Prévention et de Réadaptation à Domicile (ESPRAD) et le soutien du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) pour suivi psychologique dans le cadre de soins palliatifs à venir compléteront les aides à domicile.

Après deux mois, la patiente montre une perte d'autonomie importante. La mise en place d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) trois fois par semaine est actée. Une révision du plan d'aide est réalisée. Son GIR est réajusté à 2. Des mesures d'adaptation du logement sont mises en œuvre (salle de bain, monte escaliers).

Ces actions sont complétées par la sollicitation du DAC lorsque la patiente évoque le projet d'euthanasie en Belgique. Le médecin coordinateur réalise alors la rédaction des directives anticipées. Il donnera de nouveau des informations sur les soins palliatifs en France.

Six mois après le début de l'accompagnement, les chutes se font plus fréquentes. La patiente présente une aphasie qui engendre une souffrance morale importante.

Les passages du SAAD sont augmentés à trois fois par jour. Le SSIAD quant à lui passe tous les jours. Les aidants sont épuisés, notamment l'une de ses filles qui réduit son temps de travail. L'IDEC et l'équipe s'interrogent sur sa capacité à poursuivre cette prise en charge complexe avec bienveillance.

V. Hypothèses

De cette situation ont émergé plusieurs questionnements :

- La participation active du patient dans son projet personnalisé met-elle l'équipe sous tension ?
- La lucidité des patients atteints de maladies incurables est-elle un facteur de risque d'épuisement des équipes ?
- Quelle est la place de l'aidant dans les prises en charges complexes ?
- La mise en place du service autonomie permet-elle de simplifier la coordination des situations complexes ?

Après discussion, nous avons choisi d'orienter notre questionnement sur :

Quelle posture de l'IDEC permet de fluidifier la coordination des prises en soins complexes en SSIAD ?

A l'issue de ces interrogations, notre hypothèse est que la posture de l'IDEC permet de fluidifier la prise en charge de situation complexe.

VI. Cadre théorique de la problématique

A. Le SSIAD

1. Qu'est-ce qu'un SSIAD ?

Les SSIAD ont vu le jour à la publication du décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

Ils sont actuellement régis par la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

De statut publique, privé ou associatif, les SSIAD sont financés par l'assurance maladie.

Les budgets des SSIAD sont alloués et contrôlés par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Leur principale mission est de dispenser, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers techniques, relationnels ou éducatifs auprès de personnes malades ou dépendantes âgées de 60 ans et plus.

Le plus souvent ces soins sont réalisés auprès de personnes âgées de plus de 60 ans mais les SSIAD peuvent également intervenir auprès de personnes de moins de 60 ans en situation de handicap.

La coordination avec les autres intervenants médico-sociaux du maintien à domicile s'inscrit dans le cadre des conventions négociées.

Les personnels qui composent les SSIAD sont essentiellement des aides-soignantes. Selon leur taille et le projet d'établissement, l'équipe d'aides-soignantes peut être renforcée d'infirmières, d'ergothérapeutes, de psychologues, de psychomotriciens.

Les objectifs des SSIAD sont de favoriser le maintien à domicile en prévenant la perte d'autonomie, en évitant les hospitalisations.

2. Quelles sont les missions de l'IDEC en SSIAD ?

Le statut de l'IDEC n'est pour le moment pas officiellement reconnu.

Pour autant, le décret no 2004-613 du 25/06/2004² (art. 6) évoque l'évaluation des besoins des personnes, l'élaboration et la mise en œuvre des projets individualisés, et

² (Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domic, 2024)

l'organisation du travail des équipes qui interviennent auprès des personnes. A ce titre, elle portera une attention particulière à la prévention des risque psycho sociaux.³

L'IDEC coordonne l'intervention des équipes soignantes et communique avec les différents intervenants qui gravitent autour du patient.

L'IDEC garantie la qualité des soins et participe à la vie de l'établissement en s'inscrivant dans la démarche du projet de service.

Ses missions sont guidées par le projet d'établissement. Le binôme Direction/IDEC déterminera la volonté d'ouverture vers les réseaux.

Dans le cadre de l'accompagnement des malades atteints de maladies neuro dégénératives, l'IDEC s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁴ pour offrir une prise en charge de qualité.

B. Le réseau

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite » Henry FORD.

Dès le début des échanges dans notre groupe, nous avons constaté des écarts sur notre représentation des réseaux et l'inégalité des dispositifs existants selon les territoires. En effet, la mise en œuvre des dispositifs est soumise aux priorités données par les différentes directions de service et le profil des professionnels.

Le constat s'est révélé identique suite à nos recherches. La multiplicité des acteurs et le défaut de coordination entre eux ajoutent de la complexité. Cela entrave la fluidité dans les prises en charge, provoquant parfois de la frustration pour les professionnels.

³ (Recueil commenté des normes et recommandations applicables aux services de soins à domicile, 2015)

⁴ (Guide méthodologique, Services d'aide et de soins à domicile : accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative, 2020)

1. Cadre législatif

Selon la loi du 4 mars 2002⁵ « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».

2. Le réseau gérontologique

Les SSIAD sont intégrés dans ces réseaux gérontologiques. Ils ont d'ailleurs leurs partenaires proches qui collaborent dans la prise en charge quotidienne des patients tels que les médecins traitants, les kinésithérapeutes, les podologues et les infirmières libérales, avec lesquels ils peuvent être conventionnés.

Dans ces réseaux réguliers, les SAAD sont des partenaires privilégiés pour la gestion des actes de la vie quotidienne. A ce titre l'émergence des Services Autonomie à Domicile (SAD)⁶ vont permettre de regrouper ces deux services dans le but d'améliorer la coordination pour plus de lisibilité et de qualité pour les usagers.

Avec la volonté de prise en charge globale dans les situations complexes, l'IDEC sollicite les partenaires. L'objectif est de collaborer ou de passer le relais quand cela est nécessaire. L'IDEC profite ainsi de leurs compétences et de leurs expertises respectives. (Cf. annexe 1)

En ce sens, Christelle Bruyère, Maître de conférences en sciences de gestion et du management fait état de cette nécessité de travailler en réseau⁷ : « Les cas de patients complexes sont à traiter de façon collégiale ».

Du point de vue financier, le travail en réseau s'imposera à l'IDEC lorsque les soins techniques seront plus nombreux, complexes et onéreux.

⁵ (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 , 2002)

⁶ (Notice explicative : réforme des services à domicile dans le cadre du projet de loi de finances de la sécurité sociale (PLFSS) 2022, 2022)

⁷ (Bruyère, 2009)

C'est bien pour cela que l'IDEC doit connaître la spécificité de chacun des partenaires du réseau pour s'appuyer sur leurs compétences et les saisir aux moments opportuns.

Nous avons pris conscience que le travail en réseau est un réel challenge.

Quand le partenariat est soudé et cohérent, cela permet de proposer une prise en charge de qualité dans les parcours des personnes. Ces notions de relais, de coopération et de collaboration sont essentielles dans une démarche de décroisement.

La communication entre chaque partenaire est primordiale et demandera à l'IDEC une posture particulière dans la relation humaine que nous évoquerons plus tard.

Ainsi la gestion des cas complexes sera satisfaisante pour le patient et l'équipe.

C. Complexité

1. La prise en charge de la complexité.

« La complexité est multidimensionnelle et multiréférentielle, elle se situe entre le simple et le chaotique et pour les professionnels de santé, elle peut aussi bien constituer un défi qu'un fardeau extrême »⁸.

Il nous semblait évident de nous concentrer sur la notion de complexité.

Selon la définition de l'HAS en 2014 « Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux e/ ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé »⁹

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 (art 74)¹⁰ mentionne que le parcours de santé est dit « complexe » lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.¹¹

⁸ (Busnel, Ludwig, & Goret Da Rocha Rodrigues, 2020).

⁹ (Note méthodologique et de synthèse, 2014)

¹⁰ (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, s.d.)

¹¹ (patients-complexes-domicile-comment-les-reperer-et-agir, 2022)

En échangeant sur nos expériences de terrain, nos stages, nos lectures, nous constatons effectivement que ces situations de complexité ne sont pas à la marge. Elles auront tendance à se développer avec l'accroissement démographique, les polyopathologies liées au vieillissement, la baisse de l'autonomie, la précarité, l'environnement social et familial, la fin de vie, la rupture médicale...

En effet, en 2021, l'INSEE annonçait que 7.3 % des personnes âgées de 60 ans ou plus étaient en perte d'autonomie à leur domicile, soit 1 270 000 personnes¹²

Nous estimons également que ces situations demanderont « plus d'énergie, de la réflexion » afin de proposer à ces patients une prise en charge globale de qualité.¹³

Il sera d'autant plus important dans ces situations complexes que l'IDEC adopte une analyse réflexive sur sa posture tant avec l'équipe qu'avec les partenaires.

2. Le repérage de la complexité

L'évaluation gériatrique est une évaluation multidimensionnelle et pluridisciplinaire.

Comme nous l'avons expliqué auparavant, les situations sont évaluées par l'IDEC lors de l'admission dans les SSIAD par le recueil de données. Des outils d'évaluation (grille AGGIR, Braden...) sont utilisés.

Une attention particulière est portée tout au long de la prise en soins. Cette vigilance permettra de s'adapter dès que la situation du patient évoluera en situation complexe.

Dans ces situations, la particularité de la prise en charge à domicile fait que l'IDEC n'est pas toujours présente sur le terrain. L'équipe travaille en autonomie, néanmoins la confiance de l'IDEC envers les compétences de son équipe est un élément primordial et n'exclut pas son contrôle. En effet, la qualité et la pertinence des transmissions écrites réalisées par les équipes permettra d'alerter l'IDEC sur l'évolution de la prise en soins.

Les compétences infirmières de l'IDEC permettront de confirmer les données de complexité et de s'emparer d'outils adaptés.

Parmi les outils à la disposition de l'IDEC, on peut retrouver les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (HAS) pour les professionnels de nos services.¹⁴

¹² (insee.fr, 2024).

¹³ (Rapport_DDARS37_situations-complexes, 2016)

¹⁴ (L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018)

On retrouve également le questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type Plan Personnalisé de Santé (PPS) chez des patients de plus de 75 ans (cf. annexe 2).

Le questionnaire du dispositif des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Cf. annexe 3), qui permet de déclencher un plan personnalisé de soins¹⁵, peut également être un outil de repérage pour l'IDEC.

En Suisse, c'est l'outil d'évaluation spécifique de la **complexité multidimensionnelle** pour la pratique infirmière à domicile : le Comid¹⁶ (cf. annexe 4) qui est utilisé. Cet outil évalue des domaines de la santé médicale, la situation socioéconomique, la santé mentale, les comportements du patient, l'instabilité de l'état de santé ainsi que les intervenants et le système de soins.

Chacun de ces domaines interagit de manière dynamique et souvent imprévisible.

Ces outils semblent pertinents et font écho à notre situation de départ. Ils permettent d'enclencher une démarche de collaboration avec nos partenaires.

3. Le but du repérage

Ces évaluations permettent d'anticiper certaines dégradations médico-psychologiques de la personne et de ses aidants. Un travail en collaboration pertinent favorise la prise en charge. La finalité est d'éviter les hospitalisations.

Dans un autre contexte, il s'agit également pour l'IDEC, de prévoir le soutien de son équipe face à la difficulté et au poids de prendre soins. Nous reviendrons ultérieurement sur cette notion de « posture ».

Nos recherches nous ont également conduites à la conception de niveau de complexité¹⁷.

Afin de mieux comprendre les situations complexes, nous avons orienté nos recherches sur l'analyse de l'organisation du réseau gérontologique.

Ainsi, on peut considérer 3 niveaux : Micro, Méso et Macro (cf. annexe 5)

¹⁵ (Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (pps) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (paerpa), 2014)

¹⁶ (Le COMID, un outil rapide et précis, utilisé pour mesurer la complexité des prises en soins à domicile, s.d.)

¹⁷ (Busnel, Ludwig, & Goreti Da Rocha Rodrigues, 2020)

Sur le plan micro, on retrouve le patient, son entourage et l'équipe.

Sur le plan méso, se situent tous les partenaires du réseau : SAAD, ESPRAD, HAD, plateforme de répit, DAC ... Et bien sûr les SSIAD.

Le plan macro est le plan de la politique de santé avec les financeurs et les contrôleurs tels que l'Agence Régionale de Santé (ARS), le Conseil Départemental (CD) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

A chaque niveau, on retrouve des activités allant de compétences spécifiques pour le niveau micro, aux visions plus globales pour le niveau macro.

L'IDEC doit pouvoir garder en tête cette analyse systémique pour accompagner au mieux l'évolution des situations des soins complexes.

En résumé, dans notre future fonction d'IDEC, l'approche de ces situations demande beaucoup de prudence, d'humilité, de compétences (acquises par le biais de formations), et s'effectue dans la temporalité. Certains enjeux sont maîtrisables alors que d'autres dépendront des choix politiques.

VII. Posture professionnelle

A. Définition

Le mot « posture » est emprunté de l'italien *postura*, « position, attitude », lui-même issu du latin *positura*, « position, disposition ».

Au sens figuré, la posture est l'attitude morale de quelqu'un [...] son comportement, (sa ligne de) conduite¹⁸.

La posture professionnelle est quant à elle la « situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte dans cet exercice »¹⁹

Autrement dit, la posture professionnelle est la manière d'être en relation dans les différentes situations de travail en se référant aux règles éthiques et morales du métier.

¹⁸ (lexicographie posture, s.d.)

¹⁹ (MULIN, 2013)

B. Posture managériale de l'IDEC

Nous avons vu précédemment que la collaboration avec les autres professionnels permet d'améliorer la prise en charge des patients.

Deux des objectifs de l'IDEC sont de développer et maintenir la cohésion au sein de l'équipe et de favoriser le travail en réseau.

La posture adoptée par l'IDEC est donc primordiale pour mener à bien sa mission de coordination.

L'IDEC est en effet au service des autres pour créer du lien, soutenir, former, guider tel un chef d'orchestre. Pour se faire, elle s'appuie bien entendu sur ses connaissances et ses compétences opérationnelles, mais elle doit également s'appuyer sur des compétences comportementales encore appelées *soft skills*²⁰ pour assurer l'harmonie entre l'équipe et le réseau.

En s'arrêtant sur la notion de *soft skills*, nous nous sommes vite aperçues qu'un flou entourait ce concept. Tantôt savoir être, tantôt compétences humaines ou encore relationnelles, nous avons tenté de trouver une définition qui corresponde aux fonctions de l'IDEC.

Selon William Tate, directeur de recherche anglais sur le leadership, les *soft skills* sont « un éventail de comportements qu'une personne doit avoir et doit être capable de mettre en œuvre pour réussir les tâches et les missions d'un métier avec compétence »²¹

Les *soft skills* sont des compétences dites douces (*soft*) qui ne dépendent pas des savoirs (connaissances) ou des savoirs techniques (*savoirs faire*). Elles sont souvent associées à l'intelligence émotionnelle.

Dans son cours du 9 mars 2024, Monsieur Troch décrivait la confiance comme « levier managérial ». On retrouve dans sa « boîte à confiance » des compétences douces qui permettent d'établir des relations positives comme la communication, la manifestation de signes de reconnaissance ou encore la motivation.

Au-delà de ces compétences, la manière de manager sera primordiale.

En fonction des situations, des personnes, le manager pourra utiliser un management différent.

²⁰ Compétences douces

²¹ (Tate, 1995)

Kurt Lewin, à l'origine des recherches sur le leadership, est le premier à démontrer l'importance de la confiance dans la gestion d'une équipe et ses bénéfices sur la performance.²²

La gestion des situations complexes nécessite une mobilisation et une implication de tous les acteurs.

Nos recherches ont montré que le management participatif, de par l'ouverture et la négociation utilisées par le manager²³, génère de l'engagement.

Pour mettre en place ce type de management, le manager doit montrer des compétences douces comme « connaître les collaborateurs, reconnaître, épauler, accompagner, gérer les conflits et les tensions, solliciter les propositions des collaborateurs. »²⁴

L'auteur Dale Carnegie, dans son ouvrage²⁵ « Comment trouver le leader en vous » met en avant la communication, la confiance et le respect envers ses collaborateurs. Il prône de créer l'enthousiasme, la motivation et l'autonomie.

Ainsi, et même s'il n'existe pas en soi de style de management meilleur qu'un autre²⁶, le style participatif semble le plus approprié dans la gestion de situations complexes.

²² (Plane, 2015)

²³ (Bélorgey & Van Laethem, 2019)

²⁴ (Ricou & Moissonnier, 2022)

²⁵ (Carnegie, 1995)

²⁶ (Ricou & Moissonnier, 2022)

VIII. Exploration de la problématique

L'objectif du questionnaire est de repérer les leviers que l'IDEC peut utiliser dans la gestion de situations complexes.

A. Méthodologie d'exploration

Nous avons choisi d'utiliser le questionnaire en ligne pour explorer notre problématique.

Il comporte une majorité de questions fermées pour faciliter sa complétion et son analyse.

Il a été diffusé par mail aux IDEC de SSIAD de notre connaissance.

L'objectif du questionnaire est de repérer les leviers que l'IDEC peut utiliser dans la gestion de situations complexes. Nous avons donc orienté nos questions selon 5 items :

- La structure du SSIAD pour évaluer une potentielle différence de pratique.
- Les prises en charge complexes et leurs conséquences pour faire un état des lieux des prises en charge complexes rencontrées par les IDEC interrogées ; les répercussions au quotidien sur les équipes et les difficultés ressenties pour les IDEC dans leur gestion.
- Les stratégies employées pour faire face aux situations complexes pour repérer les styles de management, les actions mises en place et le recours aux partenaires du réseau.
- Les leviers utilisés dans les situations complexes pour évaluer un éventuel besoin d'outil spécifique d'évaluation et la place du réseau pluriprofessionnel.
- La professionnalisation des IDEC pour évaluer un besoin de reconnaissance de la profession d'IDEC.

Nous avons récolté 49 réponses.

1. Difficultés rencontrées

Nous nous sommes concentrées sur l'élaboration du questionnaire avec pour objectif de le diffuser avant les congés d'été. Nous avons omis de préparer la liste de diffusion du questionnaire en amont. De fait, nous nous sommes concentrées sur les SSIAD de

notre connaissance. Nous aurions pu avoir plus de retours en diffusant notre questionnaire auprès d'autres groupes d'établissement médico-sociaux tels que la Croix-Rouge française ou encore l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR).

La formulation des questions nous a parfois mises en difficulté pour l'analyse des résultats. Les questions ouvertes ont, en effet, compliqué le dépouillement du questionnaire.

Sur le sujet des formations en management, notre libellé n'a pas permis d'obtenir des retours pertinents.

2. Analyse des résultats

➤ *La structure du SSIAD*

Nous avons démarré le questionnaire par des questions concernant la structure des SSIAD des IDEC répondants.

Les principales fonctions retrouvées au sein des SSIAD sont les aides-soignantes (35%), les infirmières (24%) et les secrétaires (21%). Viennent ensuite les psychologues (12%), les ergothérapeutes (4%), l'encadrement (2,1%), les psychomotriciens et psycho-esthéticiennes (0,8%).

La capacité d'accueil la plus fréquemment citée est de 30 à 60 places (47%) suivie de 60 à 80 patients et plus de 80 patients (respectivement 22%). Une faible part montre une capacité d'accueil de moins de 30 places (8%).

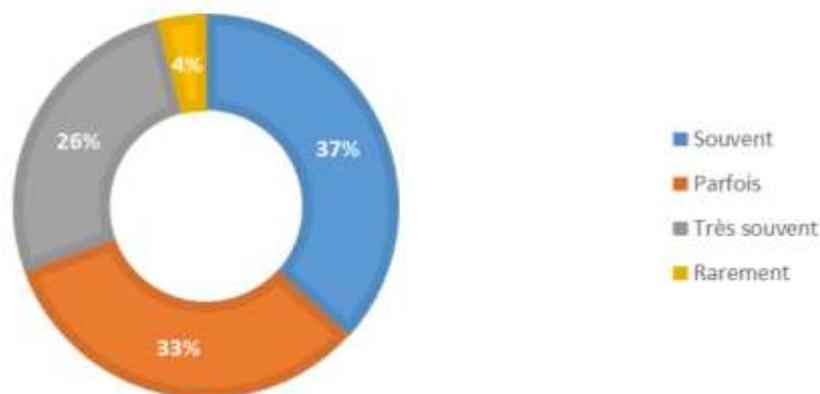
Les publics accueillis sont les personnes âgées pour 29%, les personnes porteuses de handicap pour 21%, et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour 20%. Les 30% restants sont répartis entre les personnes isolées 16%, les personnes précaires 11%, les maladies neurodégénératives 1%, les SSIAD renforcés 1% et les soins palliatifs à moins de 1%.

➤ *Les prises en charge complexes et leurs conséquences*

La suite du questionnaire porte sur les prises en charge complexes et leurs conséquences.

Ainsi une majorité des IDEC disent avoir rencontré des situations complexes dans les 6 derniers mois. En effet, seules 4% d'entre elles disent y être rarement confrontées.

FRÉQUENCE DES SITUATIONS COMPLEXES



27

Dans 31%, ces situations sont repérées lors de la première évaluation, dans 25% lors des transmissions et dans 24% par les partenaires.

Les deux notions préjudiciables pour une équipe face aux situations complexes sont :

- Pour 24% les moyens matériels et/ou moyens humains inadaptés
- Pour 23% les exigences émotionnelles (confrontation à la maladie, fin de vie, la mort)

²⁷ Diagramme établi suite au questionnaire des IDEC en analysant les données de la question « Dans les 6 derniers mois avez-vous rencontré des situations complexes ? »

Notions préjudiciables



28

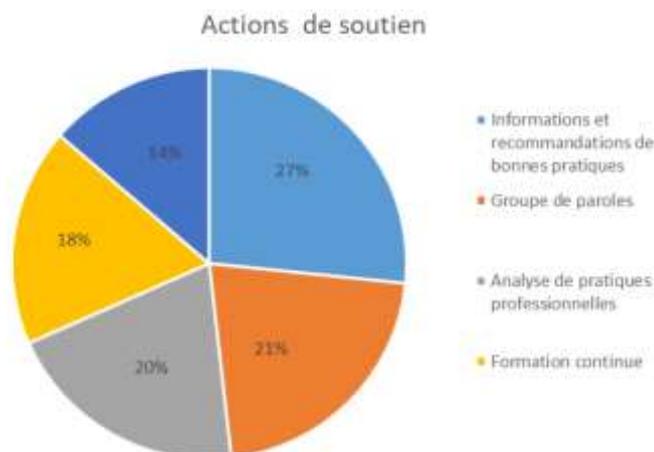
Concernant les difficultés rencontrées lors de la gestion des situations complexes, les IDEC interrogées évoquent l'accompagnement des aidants pour 35 %, le travail en réseau pour 30 % et le soutien des équipes pour 29%.

➤ *Les stratégies*

A propos de l'exploration des stratégies, les réponses ont mis en évidence l'intérêt des *soft skills* dans l'accompagnement de l'équipe. En effet on constate que l'écoute active (19%), l'accompagnement (18%) et la disponibilité (17%) sont mentionnés en priorité.

Les actions principales mises en place auprès de l'équipe sont, « les informations et recommandations de bonnes pratiques » pour plus d'un quart des réponses. Viennent ensuite les groupes de paroles pour 21% et l'analyse de pratiques professionnelles pour 19 %. La formation (17%) et les partenaires réseaux (14%) sont les autres actions initiées.

²⁸ Diagramme établi suite au questionnaire des IDEC en analysant les données de la question « Selon vous quelles sont les 2 notions les plus préjudiciables pour les équipes dans les situations complexes ? »



29

Les aptitudes principales énoncées pour gérer les situation complexes sont « écouter », « structurer », « associer » et « épauler ». Ces aptitudes sont en lien avec le style de management participatif.

La sollicitation des partenaires est marquée à plus de 70%. Les principaux partenaires évoqués sont le DAC (29%) et les services sociaux du territoire (17%), puis les équipes de mobiles de soins palliatifs (14%) et de gériatrie (13%). Nous constatons que les associations et dispositifs pour les aidants sont faiblement sollicités.

Par ailleurs, plus 70% des répondants affirment solliciter régulièrement les partenaires réseaux.

En outre, pour plus de 80% des IDEC, la bonne connaissance du réseau est un atout dans les prises en charge complexes.

Dans le travail avec les partenaires, les IDEC mettent en avant l'importance de la communication (32%), de la coordination (29%) et de la mobilisation (21%).

Les IDEC reconnaissent à 80% que l'engagement de leur direction est facilitant dès lors qu'il est en faveur du travail collaboratif avec les partenaires réseau. Malgré tout, 20% n'en sont pas convaincues.

Sur les 64% des structures ayant un projet d'établissement, plus de la moitié retrouve le travail en réseau comme axe prioritaire.

²⁹ Diagramme établi suite au questionnaire des IDEC en analysant les données de la question « Quelles actions mettez-vous en place auprès de l'équipe pour l'aider dans la prise en charge des situations complexes ? »

➤ *Les leviers*

Pour 85 %, les IDEC valident l'utilité d'un outil d'évaluation pour ces situations complexes. Pourtant, elles expriment à 73% ne pas en connaître. Par ailleurs, 21% possèdent un outil propre à leur service.

77% des répondants reconnaissent l'utilité des réunions collégiales dans la gestion de ces situations.

Selon les IDEC interrogées, les trois compétences essentielles à la gestion des situations complexes sont l'écoute à 22%, et à égalité la communication et la connaissance du réseau à 12%.

➤ *La professionnalisation des IDEC*

- Pour les fonctions d'IDEC

En ce qui concerne la formation aux fonctions d'IDEC 30% sont réalisés en interne. Le Diplôme Universitaire à l'Université Paris Descartes a été suivi par 20% des participantes de notre enquête. Toutefois, 26% n'ont pas reçu de formation.

- Pour le management

En ce qui concerne la formation en management, 56% des personnes sondées sont formées, et 35% disent n'avoir suivi aucune formation.

On constate une disparité entre les formations reçues, ce qui ne nous permet pas d'analyser pertinemment les réponses récoltées.

Pour 6% des participantes à l'enquête, une formation aux fonctions d'IDEC n'est pas utile dans la gestion des situations complexes.

Pour celles qui considèrent que la formation aux fonctions d'IDEC est utile, c'est l'apport de connaissances qui est le plus plébiscité. En effet, 46% d'entre elles mettent en avant l'apport de connaissances théoriques.

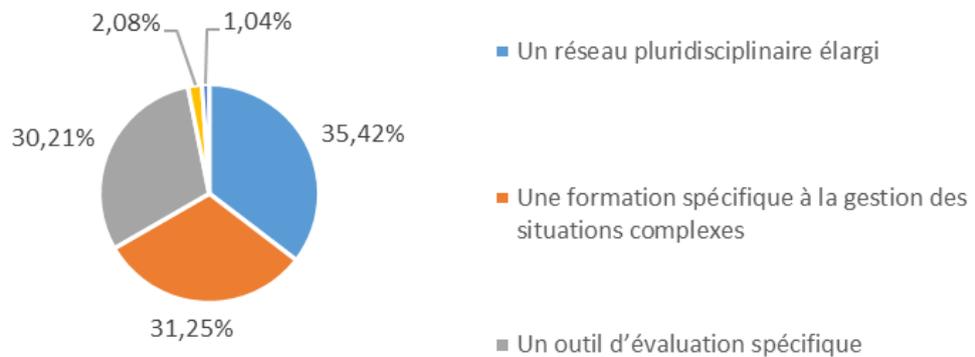
De plus, 6% estiment que la formation est inutile pour le développement des compétences managériales.

Pour le reste du panel et ce domaine de compétences, ce sont les connaissances pratiques qui sont mises en avant.

Pour finir, les trois leviers identifiés par les IDEC pour la gestion des situations complexes sont :

- Un réseau pluridisciplinaire élargi (35%)
- Une formation spécifique à la gestion des situations complexes (31%)
- Un outil d'évaluation spécifique (30%).

Aide à la gestion des situations complexes



30

IX. Propositions de plan d'action

Pour fluidifier les prises en charge complexes, trois axes pourraient être envisagés.

A. Institutionnaliser les réunions collégiales

- Définir Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Combien, Pourquoi
- Proposer le projet aux partenaires identifiés

B. Utiliser un outil d'évaluation spécifique

Avec l'implication des partenaires réseau et de l'équipe soignante.

- Etude des outils existants
- Choix collégial de l'outil
- Formation à sa complétion
- Evaluation à 6 mois
- Réajustement

Il aborderait les sphères médicales, sociales, environnementales.

³⁰ Diagramme établi suite au questionnaire des IDEC en analysant les données de la question « Selon vous qu'est ce qui pourrait aider l'IDEC dans la gestion des situations complexes ? »

C. Concevoir une formation spécifique à la gestion des situations complexes pour les IDEC.

- Définir l'environnement et le contexte
- Objet de la formation
- Public cible
- Objectifs et contenus
- Méthodes pédagogiques
- Durée, dates, lieux
- Evaluation

Cette formation spécifique aurait comme objectif de fournir des outils aidant à la gestion des situations complexes par le biais de jeux de rôle, d'échange de pratiques sur des cas concrets et sur l'analyse de pratiques professionnelles.

X. Conclusion

Les personnes âgées souhaitent en majorité rester à domicile le plus longtemps possible.

Les SSIAD sont une réponse et une pratique de soins bien spécifique (avec ses limites) pour répondre à ce besoin.

Pour autant, la perte d'autonomie, les polyopathologies et l'aspect multifactoriel des soins à domiciles complexifient les prises en charges.

Ce travail nous a permis de mettre en évidence le rôle pivot de l'IDEC dans l'accompagnement des situations complexes.

A partir du repérage, c'est bel et bien son sens de l'organisation, le soutien de son équipe et la mobilisation de son réseau qui favorisent la concertation pluri professionnelle indispensable à la résolution de ces situations.

En véritable chef d'orchestre, et en cohésion avec la direction, l'IDEC doit mobiliser toutes ses compétences managériales en restant centrée sur la qualité des soins donnés aux patients.

La mise en œuvre prochaine des SAD avec un profil soignant dans le rôle de coordination laisse présager un pas supplémentaire vers la professionnalisation et reconnaissance des IDEC.

Il nous appartient aujourd'hui d'œuvrer en ce sens.

XI. Bibliographie

- (s.d.). Récupéré sur Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales:
<https://www.cnrtl.fr/definition/posture>
- (s.d.). Consulté le mai 07, 2024, sur sante.gouv.fr :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
- (2024, Mai 07). Récupéré sur www.legifrance.gouv.fr :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049385823>
- (2024, Mai 7). Consulté le Mai 7, 2024, sur www.insee.fr :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151#titre-bloc-3>
- arrete du 31 juillet 2009 annexe 3*. (2024, avril). Récupéré sur [santé.gouv.fr](https://sante.gouv.fr) :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf
- Bélorgey, P., & Van Laethem, N. (2019). *La méga boîte à outils du Manager leader*. Paris: Dunod.
- Bruyère, C. (2009, juillet). Les réseaux gérontologiques : une réponse organisationnelle aux nouveaux défis du système de santé ? *Management & Avenir*, 26, pp. 160-176. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/mav.026.0160>
- Burgat, P. (2016). *Manager avec l'intelligence émotionnelle*. Malakoff: Dunod Editeur.
- Busnel, C., Ludwig, C., & Goret Da Rocha Rodrigues, M. (2020, mars). La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 140, 7-16. <https://doi-org.ezproxy.u-paris.fr/10.3917/rsi.140.00>, pp. 7-16. Récupéré sur Busnel, C., Ludwig, C. & Da Rocha Rodrigues, M. (2020). La complexité dans la pratique infirmière : vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 140, 7-16. <https://doi-org.ezproxy.u-paris.fr/10.3917/rsi.140.00>.
- Carnegie, D. (1995). *Comment trouver le leader en vous*. Paris: Le Livre de Poche.
- Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 art 6*. (2024, Juin 25). Consulté le mai 2024, sur [Légifrance.gouv.fr](http://Legifrance.gouv.fr) :
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002264124#:~:text=Article%20suivant%20%E2%80%BA-,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%202004%2D613%20du%2025%20juin%202004%20relatif,et%20de%20soins%20%C3%A0%20domicile
- Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domici*. (2005, septembre 10). Consulté le mai 20, 2024, sur

www.legifrance.gouv.fr :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000801170>

Définition déontologie. (2024, Avril). Récupéré sur Dictionnaire le Robert :
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/deontologie>

Définition éthique. (s.d.). Consulté le avril 2024, sur Dictionnaire de l'académie Française : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E2876>

Définition morale. (2024, AVRIL). Récupéré sur centre national des ressources textuelles et lexicales : <https://www.cnrtl.fr/etymologie/morale>

Dehon, M. (2023, Décembre 12). *Davantage de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans les départements les plus pauvres.* Consulté le Mai 20, 2024, sur www.insee.fr :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7716002#:~:text=Insee%20Focus%20%C2%B7%20D%C3%A9cembre%202023%20%C2%B7%20n,les%20d%C3%A9partements%20les%20plus%20pauvres&text=En%202021%2C%20en%20France%2C%207,d%C3%A9passe%209%20%25%20dans%2016%20d%C3%A9partements.>

Desmet, J.-M., & Wargnier, A. (2023, Novembre). Softskills en santé : plus d'humanité et d'efficacité dans les situations complexes. *Soins Aides-Soignantes*, pp. 18-19. Récupéré sur <https://www-clinicalkey-com.ezproxy.u-paris.fr/student/nursing/content/journal/1-s2.0-S1770985723001519>

Ennuyer, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie. *Gérontologie et société*, 30(123), 153-167. Consulté le Mai 7, 2024

Ethymologie éthique. (s.d.). Consulté le avril 2024, sur Centre National des ressources textuelles et lexicales :
<https://www.cnrtl.fr/etymologie/%C3%A9thique>

Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle intégrale.* Paris : Editions j'ai lu.

Guide méthodologique, Services d'aide et de soins à domicile : accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative. (2020, Juillet 6). Consulté le Mars 2024, sur Haute Autorité de Santé: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3193048/fr/services-d-aide-et-de-soins-a-domicile-accompagnement-des-personnes-atteintes-de-maladie-neurodegenerative

infirmier-coordonateur-de-ssiad-service-de-soins-infirmiers-a-domicile. (s.d.). Consulté le 8 avril 2024, sur infirmierscom: <https://www.infirmierscom>

L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation. (2018, Avril 2). Récupéré sur www.has-sante.fr: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835142/fr/l-outil-de-reperage-des-risques-de-perte-d-

autonomie-ou-de-son-aggravation#:~:text=2018-,
L'outil%20de%20rep%C3%A9rage%20des%20risques%20de%20perte%20d'
autonomie,%C3%A0%20domicile%20des%20personnes%20accompagn%C3

Le COMID un outil rapide et précis pour mesurer la complexité des prises en soins à domicile. (s.d.). Consulté le Avril 2024, sur Institut Genevois de Maintien à Domicile : <https://comid.imad-ge.ch/>

Les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-a-domicile. (2022, Juin 21). Consulté le Mai 20, 2024, sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-a-domicile>

Les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-a-domicile. (2022, Juin 21). Récupéré sur www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-a-domicile>

lexicographie posture. (s.d.). Consulté le Avril 12, 2024, sur Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : <https://www.cnrtl.fr/definition/posture>

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 . (2002, Mars 5). Consulté le Mai 20, 2024, sur www.legifrance.gouv.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/#:~:text=%20%20Nul%20ne%20peut%20se%20pr%C3%A9valoir,mesures%20susceptibles%20de%20l'att%C3%A9nuer.>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (s.d.). Récupéré sur legifrance.gouv.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie. (s.d.). Récupéré sur legifrance.gouv.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049385823>

LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie . (s.d.). Récupéré sur legifrance.gouv.fr : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049385823>

Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (pps) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (paerpa). (2014, mars). Consulté le Mai 20, 2024, sur <https://www.has-sante.fr>: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf

MULIN, T. (2013). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation.* Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.

Note méthodologique et de synthèse. (2014, septembre). Consulté le Avril 2024, sur HAS Santé : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

Note méthodologique et de synthèse. (2014, septembre). Récupéré sur HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

Notice explicative : réforme des services à domicile dans le cadre du projet de loi de finances de la sécurité sociale (PLFSS) 2022. (2022, Février 22). Consulté le mai 20, 2024, sur solidarites.gouv.fr : <https://solidarites.gouv.fr/notice-explicative-reforme-des-services-domicile-dans-le-cadre-du-projet-de-loi-de-finances-de-la>

Patients-complexes-domicile-comment-les-reperer-et-agir. (2022, Août 18). Consulté le Avril 2024, sur Infirmier.com : <https://www.infirmiers.com/exercice-liberal/le-metier-didel/patients-complexes-domicile-comment-les-reperer-et-agir>

Plane, J.-M. (2015). *Théories du leadership : Modèles classiques et contemporains.* Paris: Dunod.

Rapport- DDARS37_situations-complexes. (2016). Récupéré sur www.creaicentre.org : https://www.creaicentre.org/images/pdf/etudes_realisees/2016_Rapport-DDARS37_situations-complexes.pdf

Rapport- DDARS37_situations-complexes. (2016). Récupéré sur creaicentre.org : https://www.creaicentre.org/images/pdf/etudes_realisees/2016_Rapport-DDARS37_situations-complexes.pdf

Recueil commenté des normes et recommandations applicables aux services de soins à domicile. (2015, Mai). Récupéré sur [santé.gouv](http://sante.gouv.fr) : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_recueil_ssiad_3_.pdf

Ref-activites-et-competences. (2024, Avril). Récupéré sur Association nationale des cadres de Santé : <https://www.ancim.fr/uploads/Ref-activites-et-competences.pdf>

Ricou, J., & Moissonnier, V. (2022). *Pro en Conduite du changement: 69 outils.* Paris : Vuibert.

Schlanger, J. (2009). *Savoir être et autres savoirs.* Paris : Hermann.

Tate, W. (1995, 5). *Developing Managerial Competence : A Critical Guide to Methods and Materials* (éd. Management prospective Editions). Aldershot: Gower Publishing compagny.

TATE, W. (1995). *Developing managerial competence : A critical guide to methods and materials*. Aldershot: Gower Publishing Company.

Tissier, D. (2018). *Management situationnel. Vers l'autonomie et la responsabilisation*. Paris : Eyrolles.

XII. Annexes

Annexe 1 : Les partenaires du réseau

| Etablissement | Objectifs |
|--|--|
| Centre d'Accueil de Jour (CAJ) | Objectif : préserver l'autonomie de la personne âgée, offrir du répit aux aidants <ul style="list-style-type: none"> - Développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne âgée vivant à domicile et faciliter ou préserver son intégration sociale. - Une ou plusieurs journées par semaine - Rattaché à un EHPAD mais peut être autonome |
| Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) | Objectif : Promouvoir de l'action sociale <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement et soutien quotidien pour les personnes vulnérables dont les personnes âgées en perte d'autonomie - Propose divers services d'aide à domicile, de prévention et d'animation |
| Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) | Objectif : Informer, écouter, orienter les personnes âgées pour favoriser le maintien à domicile <ul style="list-style-type: none"> - Points d'informations de proximité pour les personnes âgées et leurs aidants (droit aux aides sociales, solutions d'hébergement, aide à l'autonomie, accès vers les réseaux gérontologiques) - Permet de répondre aux questions et trouver des solutions face à la perte d'autonomie - Actions collectives de prévention |
| Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) | Objectif : Décloisonner et réorganiser les soins autour du patient <ul style="list-style-type: none"> - Association de tous les professionnels de santé souhaitant s'organiser ensemble pour répondre à des besoins de santé identifiés dans un même territoire - Permet de renforcer la coordination et d'améliorer la prise en charge de la population dans un territoire donné |
| Centre de Ressources Territoriales (CRT) | Objectif : Soutenir une vision globale de la prise en charge alliant EHPAD et Service à domicile <ul style="list-style-type: none"> - Développer une alternative à l'entrée en établissement lorsque l'accompagnement classique déjà assuré n'est pas suffisant - Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention : le CRT déploie à minima une activité en lien avec le plan antichute des personnes âgées - Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants - Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques - Offrir un appui aux professionnels du territoire |
| Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) | Objectif : Amélioration des parcours de santé complexes <ul style="list-style-type: none"> - Regroupe des soins palliatifs et ancienne MAIA (Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) |

| | |
|---|--|
| Etablissement d'hébergement pour Personnes âgées dépendantes (EHPAD) | <p>Objectif : Accompagner les personnes fragiles de plus de 60 ans et préserver leur autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assure l'hébergement, la restauration, l'entretien et les soins nécessaires - Hébergement à temps complet ou temporaire - Accueil de jour possible - PASA et/ou UVP |
| Equipe spécialisée Alzheimer (ESA) | <p>Objectif : Maintien des capacités praxiques, cognitives et motrices pour assurer un maintien à domicile le plus longtemps possible</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les malades d'Alzheimer et maladies apparentées vivant à domicile - Apporter une aide pour leurs proches - Sur prescription médicale (psychomotriciens, ergothérapeutes, ASG) - 12 à 15 séances réparties sur 3 mois/an. - Portée par SSIAD ou SPASAD |
| Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) | <p>Objectif : Apporter une expertise des soins gériatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervient sur demande auprès des personnes hospitalisées dans les services de médecine et/ou de chirurgie et en EHPAD - Equipe composée a minima d'un gériatre et d'une infirmière. Une équipe pluridisciplinaire peut compléter la prise en charge - Rattachée au service de gériatrie de l'hôpital |
| Equipe Mobile de Psycho-gériatrie (EMPG) | <p>Objectif : Apporter une expertise des soins psychiatriques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervient sur demande auprès des personnes hospitalisées dans les services de médecine et/ou de chirurgie et en EHPAD - Equipe composée a minima d'un psychiatre et d'une infirmière. Une équipe pluridisciplinaire peut compléter la prise en charge - Rattachée au service de psychiatrie de l'hôpital |
| Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) | <p>Objectif : Apporter une expertise des soins palliatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervient sur demande auprès des personnes âgées en fin de vie hospitalisées dans les services de médecine et/ou de chirurgie et en EHPAD - Equipe composée d'un médecin, d'une infirmière à minima - Rattachée à l'hôpital |
| Equipe spécialisée de prévention et de réadaptation à domicile (ESPRAD) | <p>Objectif : Prévenir, traiter et optimiser les capacités fonctionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limiter la perte d'autonomie en rapport avec des troubles posturo-locomoteurs et/ou psychomoteurs - Personnes âgées de 60 ans et plus à risque de chute GIR 2, 3 ou 4 - Personnes de plus de 18 ans atteintes de maladie de parkinson, sclérose en plaque ou maladies apparentées - 18 séances/an sur prescription médicale (psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens, psychologues...) |
| Hôpital public ou privé du secteur | <p>Objectif : Améliorer la prise en charge de la personne âgée en situation aigüe</p> |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Collaboration avec les services et praticiens permettant de fluidifier le parcours des personnes âgées - Faciliter l'accès aux soins (plateau technique, avis spécialiste et surveillance spécifique) |
| Hospitalisation A Domicile (HAD) | <p>Objectif : Raccourcir ou éviter un séjour à l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer à domicile des soins médicaux et paramédicaux techniques (post-chirurgie, chimiothérapie, soins palliatifs) pour une période limitée, mais renouvelable en fonction de l'évolution de votre état de santé - Sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant - Equipe composée d'un médecin coordinateur, IDEC, infirmières, aides-soignantes, psychologue - Peut intervenir à domicile ou en établissement d'hébergement collectif - Assure la continuité des soins 24h/24 - Remboursée par l'Assurance maladie |
| Hébergement temporaire (HT) | <p>Objectif : Développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne et faciliter ou préserver son intégration sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limité dans le temps 90 jours/an maxi - Pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément ou dans un contexte de répit pour les aidants - Transition après une hospitalisation et avant le retour à domicile - Rattaché à un EHPAD |
| Médecin traitant | <p>Objectif : Suivi médical personnalisé et coordonné de la personne âgée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interlocuteur privilégié des réseaux de soin |
| Monde associatif (France Alzheimer, et Association Française des sclérosés en plaques, France Parkinson) | <p>Objectif : Offrir aux patients et aux aidants un espace d'échange, de partage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exprimer et trouver l'aide adaptée aux besoins - Missions principales : former, informer, accompagner, orienter et alerter - Mettre en place des actions adaptées d'accompagnement - Soutenir la recherche - Bénévoles formés |
| PASA (Pôle d'Activité et Soins Adaptés) | <p>Objectif : Accompagnement des résidents ayant des troubles du comportement modérés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pendant la journée - Activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant permettant la déambulation - Au sein d'un EHPAD pour les résidents de l'EHPAD |
| Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants | <p>Objectif : Soutenir les aidants en adéquation avec leurs besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recense les partenaires du territoire et oriente les aidants - Organise le répit - Propose des activités |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Il est possible de les contacter directement pour obtenir des conseils et du soutien - Equipe composée de IDEC, ASG, infirmières, psychologue |
| Résidence Autonomie (RA) | <p>Objectif : Prévenir la perte d'autonomie, assurer le lien social, la sécurisation du lieu de vie, un accès facilité à des services</p> <ul style="list-style-type: none"> - Logement collectif à titre de résidence principale - Personnes âgées non-dépendantes - Non médicalisée mais peut être dotée de services collectifs - Appel aux personnels médicaux et paramédicaux à titre individuel |
| Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) | <p>Objectif : Soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestations de services ménagers - Aide pour les activités de la vie quotidienne - Equipe composée d'auxiliaire de vie, responsables de secteur |
| Service Autonomie à Domicile (SAD) | <p>Objectif : Apporter une réponse coordonnée pour l'aide et les soins à domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispositif qui va progressivement s'installer dans nos territoires pour simplifier les parcours à domicile alliant les SAAD et les SSIAD - Equipe composée d'un coordinateur de parcours, responsable soins, responsable aide, aides-soignantes, auxiliaire de vie |
| Service mandataire de mesure de protection | <p>Objectif : Protéger les personnes vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagne et protège les personnes majeures vulnérables dans les droits quotidiens |
| Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASSAD) | <p>Objectif : Fluidifier et sécuriser l'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Service mutualisé d'un SAAD et d'un SSIAD - Equipe composée d'une IDEC, aides-soignantes et auxiliaires de vie |
| Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) / SSIAD renforcé | <p>Objectif : Retarder ou prévenir l'hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestations de soins infirmiers (soins de base ou techniques et relationnels) - Personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes. - Peut porter : <ul style="list-style-type: none"> • Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) • SSIAD renforcé |
| Unités de Soins Longue Durée (USLD) | <p>Objectif : Accueillir les personnes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adossée à un centre hospitalier |
| Unité de Vie Protégée (UVP) ou UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) | <p>Objectif : Accueillir dans un cadre adapté les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unité de petite taille (10 à 20 places). - Aménagement apaisant et sécurisé permettant la déambulation - Accueil nuit et jour - Au sein d'un EHAPD |

Annexe 2 : Questionnaire d'aide à la décision, d'initier une démarche de type PPS chez des patients de plus de 75 ans

| Questionnaire d'aide à la décision d'initier une démarche de type PPS chez des patients de plus de 75 ans | | | |
|--|----------|----------|----------|
| La personne : | O | N | ? |
| ➤ a-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ? | | | |
| ➤ a-t-elle une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ , ou une polymédication (n ≥ 10) ? | | | |
| ➤ a-t-elle une restriction de ses déplacements, dont un antécédent de chute grave ? | | | |
| ➤ a-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant / l'entourage ? | | | |
| ➤ a-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ? | | | |
| ➤ a-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ? | | | |
| Si vous avez répondu OUI à ces deux questions | | | |
| | O | N | |
| ➤ La personne vous paraît-elle nécessiter l'élaboration d'un PPS ¹ (suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins 2 autres professionnels) ? | | | |
| ➤ Si oui, accepte-t-elle l'initiation d'un PPS ? | | | |

Annexe 3 : Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

PARTIE RÉSERVÉE AU RESPONSABLE DE SECTEUR OU DE STRUCTURE

Repérage pour PERSONNE ACCOMPAGNÉE PROCHE AIDANT

Contact pris auprès :

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personne accompagnée Mme/M | 0 |
| <input type="checkbox"/> Intendant Mme/M | 0 |
| <input type="checkbox"/> Enfant Mme/M | 0 |
| <input type="checkbox"/> Proche aidant Mme/M | 0 |
| Ceci pour la personne accompagnée | |
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant Dr | 0 |
| <input type="checkbox"/> Autre Mme/M | 0 |
| Et/ou pour la personne accompagnée | |

| Action(s) / Aide(s) | Proposée(s) | Acceptée(s) | Mise(s) en place |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Augmentation des heures/modification du plan d'aide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Changement des horaires de passage des intervenants (soignants, AVS, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Installation de services de soins (infirmiers, kiné, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Portage des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aide technique (lève-malade, canne, déambulateur, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Adaptation du domicile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Téléassistance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires

Impact sur le projet personnel

 Aucun Vigilance Refus/abandon

Demande d'AVS Inutile Refusé

Dossier traité le

2018

À REMPLIR EN DÉROULE DE L'URGENCE

Personne accompagnée n°1 : _____

Âge : _____ ans

Outil de repérage complété par _____

Fonction : _____

En date du _____

Outil de repérage transmis le _____

La personne accompagnée a consenti, de façon éclairée, à être évaluée à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres _____

Le proche aidant a consenti, de façon éclairée, à être évalué à l'aide de l'outil de repérage et à partager ces informations avec les professionnels suivants :

- Responsable de secteur
- Médecins traitants
- Infirmiers
- Autres _____

1 Attention : avant toute utilisation de l'outil, les responsables professionnels doivent s'acquiescer de leurs obligations relatives au traitement de données personnelles, notamment concernant les droits d'accès, d'opposition et de rectification des personnes visées en application de la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978.
 2 Urgence = état de santé qui se dégrade rapidement, ou absence accidentelle de l'aide professionnelle ou familiale.
 3 Afin de garantir la sécurité des données personnelles recueillies, le professionnel met en place un système permettant que ces données puissent être consultées les personnes concernées. Le numéro de la personne peut correspondre, par exemple, au numéro d'identité de la personne.

MON INTERVENTION AU DOMICILE DE LA PERSONNE

| l'intervient chez la personne pour faire / l'aider à faire | Cocher si OUI | Cocher si l'information devient plus difficile ou impossible |
|--|--------------------------|--|
| Le lever / le coucher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La toilette / l'habillage / le déshabillage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La préparation / la prise de repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le ménage / le repassage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les sorties / les courses / les RDV médicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'aide à la prise de médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, merci de préciser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LES MODIFICATIONS DE L'ENVIRONNEMENT HABITUEL DE LA PERSONNE

L'environnement habituel de la personne accompagnée a été modifié suite à

| | Cocher si OUI |
|---|--------------------------|
| La diminution des relations familiales et/ou des proches de la personne (séparation, hospitalisation, maladie, décès, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| La diminution des relations avec l'extérieur (moins de sorties, moins de loisirs, moins de contact avec les amis, les voisins, les clubs, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Eventuellement/défavorablement des passages d'intervenants à domicile (IDE, kiné, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Eventuellement/défavorablement des passages du service de portage des repas | <input type="checkbox"/> |
| Autres, merci de préciser | <input type="checkbox"/> |

Vos commentaires éventuels :

LES CHANGEMENTS OBSERVÉS

| l'observe que la personne accompagnée / son aidant a plus de difficultés à | Cocher si OUI pour la personne | Cocher si OUI pour le proche aidant |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| Faire sa toilette / s'habiller / se déshabiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prendre ses médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utiliser le téléphone, le téléviseur, l'ordinateur, le tableau, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer dans son logement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer dans son quartier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utiliser les transports | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire les courses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gérer ses finances et Administratif (payer chez les commerçants, gérer son budget, les factures, le courrier, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, merci de préciser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| l'observe que la personne accompagnée / son proche aidant | Cocher si OUI pour la personne | Cocher si OUI pour son proche aidant |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| Chute plus souvent / a chuté / a dû mal à tenir en équilibre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mange moins / a maigri / s'hydrate moins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N'a plus la même hygiène (change souvent de vêtements, ne se lave plus, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se plaint beaucoup plus de sentir de sa mémoire, de son sommeil, de son moins bien, de moins entendre, de sa fatigue, de manque d'énergie, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A plus de douleurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se sent plus fatigué(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sent plus triste, exprime moins d'aise ou n'a plus envie de rien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A peur / Se sent responsable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est plus agrippé (est) / Se sent persécuté(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A plus de mal à accepter / commence à refuser mon intervention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consomme plus d'alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ne connaît plus les jours / Ne reconnaît plus facilement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cherche parfois mon passage / cause des autres professionnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ritue plus les soins / vit dans le noir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, merci de préciser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 Anesm - Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation

Anesm - Outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation 3

Annexe 4 COMID

Outil d'évaluation spécifique de la complexité multidimensionnelle pour la pratique infirmière à domicile

| FACTEURS SANTÉ MÉDICALE | Non | Oui |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Plusieurs maladies chroniques (>2) et/ou symptôme(s) inexplicé(s) ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Douleurs chroniques ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Allergie et/ou intolérance médicamenteuse ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Polymédication (>5) ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Troubles cognitifs ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES AGGRAVANT L'ÉTAT DE SANTÉ | Non | Oui |
| Difficultés financières et/ou incapacité à supporter financièrement des prestations d'aide et de soins et/ou de traitements et/ou de moyens auxiliaires et/ou de transports et/ou d'alimentation ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Absence ou épuisement du proche aidant et/ou tensions familiales ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Faible niveau de littératie* (lié à des problèmes d'alphabétisation et/ou barrière linguistique et/ou culturelle) ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Isolement social ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Logement inadapté et/ou barrière environnementale ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| FACTEURS SANTÉ MENTALE AGGRAVANT L'ÉTAT DE SANTÉ | Non | Oui |
| Dépression et/ou idées suicidaires ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Maladie psychiatrique et/ou troubles psychiques (délires, hallucination, etc.) ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Addiction ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Anxiété ou angoisse rendant le tableau clinique confus ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fonctions mentales variant au cours de la journée ⓘ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| FACTEURS COMPORTEMENTAUX DU PATIENT | Non | Oui |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Sollicitations récurrentes du réseau primaire et/ou secondaire ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Communication ambivalente et/ou conflictuelle avec l'un des membres du réseau primaire et/ou secondaire ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inquiétude face à ses symptômes et/ou état de santé et/ou aux informations médicales reçues ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Agressivité (verbale et/ou physique) ou mutisme ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Résistance ou opposition aux soins, qu'elles soient actives ou passives ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| FACTEURS INSTABILITÉ | Non | Oui |
| Dégradation récente de l'état de santé ressentie par le patient ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Changement global du degré d'indépendance (AVQ/AIVQ) lors du dernier mois ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Période de transition <u>Exemples</u> : annonce diagnostic, retour hospitalisation, décès proche aidant, divorce, travail, etc. ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Changement aigu des capacités cognitives ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Non prévisibilité de l'état de santé <u>Exemples</u> : apparition de symptômes inhabituels, décompensation d'une pathologie chronique, plaies, douleurs, etc. ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| FACTEURS RELATIFS AUX INTERVENANTS ET SYSTÈME DE SOINS | Non | Oui |
| Multitude d'intervenants dans le réseau secondaire (médecin traitant, spécialiste, soignant, curateur, etc.) ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Absence ou faible degré de partenariat entre les différents intervenants du réseau primaire et/ou secondaire ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Incohérence thérapeutique et/ou perte de sens dans la prise en charge du point de vue du professionnel ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Problème d'assurance <u>Exemples</u> : limitation du remboursement de prise en charge ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lourdeur émotionnelle et/ou physique de la prise en charge ressentie par les membres du réseau secondaire (médecins, soignants) ① | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Annexe 5 : Schéma du système micro, méso, macro

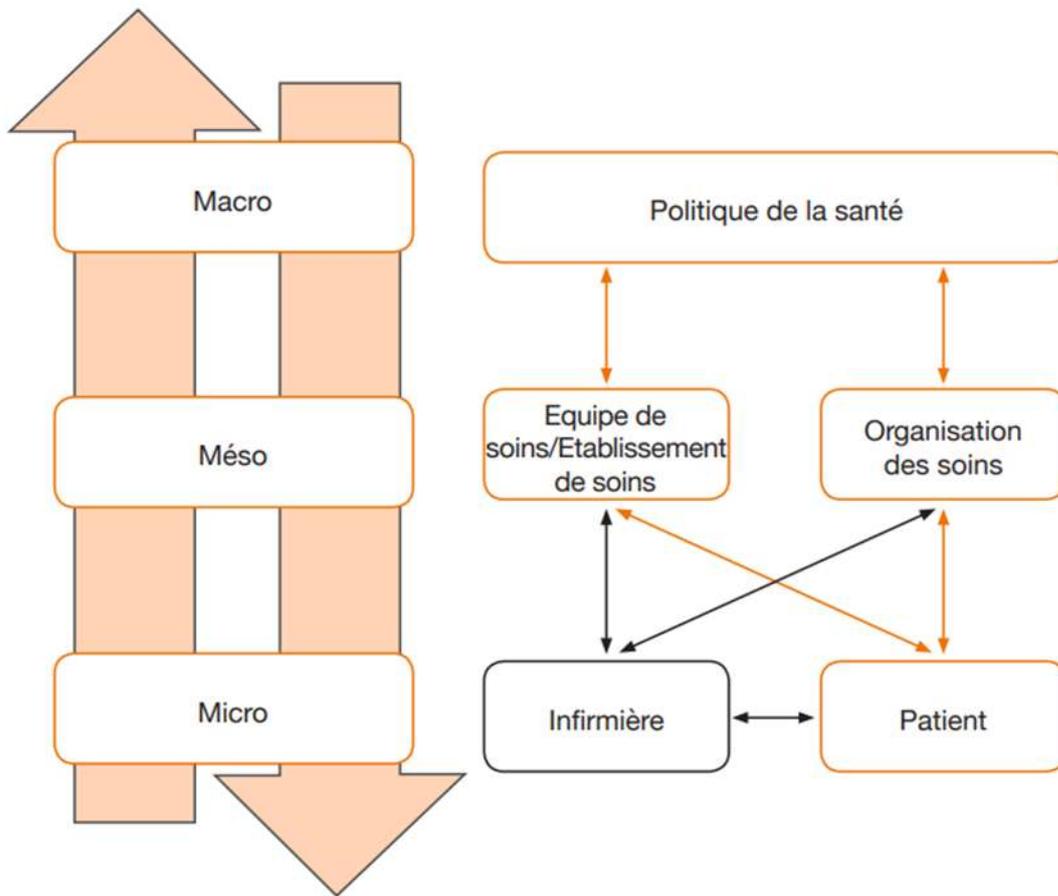


Figure 1 :
Place de l'infirmière au regard des trois niveaux du système de santé-micro, méso, macro-
et des interactions entre les différents systèmes : du patient à la politique de santé

Annexe 6 : Questionnaire

Nous sommes quatre infirmières et suivons le Diplôme Universitaire Infirmier Coordinateur en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) à l'université Paris-Descartes (IRCO).

Dans le cadre de ce diplôme, nous effectuons un travail de recherche qui porte sur la prise en soin complexe en SSIAD et sur les outils de l'Infirmière Coordinatrice (IDEC) permettant de soutenir les équipes lors de ce type de prise en charge.

Les prises en soins complexes sont des prises en soins qui nécessitent des ressources humaines et matérielles importantes et qui englobent des difficultés multifactorielles.

Pour effectuer ce travail de recherche, nous avons réalisé un questionnaire. 20 min vous suffiront à le compléter.

Vos réponses permettront d'éclairer la complexité du rôle des Infirmière coordinatrice (IDEC) en Service de soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Nous vous remercions d'avance pour votre participation.

Nous ne manquerons pas de vous tenir informer des résultats de notre enquête si vous le souhaitez.

❖ **Votre structure**

Question 1

Qui compose votre équipe ? (Plusieurs choix possibles)

- Aide- soignantes
- Infirmières
- Psychologue
- Secrétaire
- Autre. Précisez : _____

Question 2

De combien de places dispose votre structure ? (Cochez la case correspondante)

- Moins de 30
- De 30 à 60
- De 60 à 80

- 80 et plus

Question 3

Quels sont les profils des personnes accueillies au sein de votre SSIAD ? (Plusieurs choix possible)

- Personnes âgées
- Alzheimer
- Précarité
- Handicap
- SSIAD renforcé
- Personnes isolées
- Autre. Précisez

❖ Les prises en charge complexes et leurs conséquences

Une situation complexe est présentée comme mobilisant davantage d'énergie qu'une situation simple et englobe une prise en charge pluriprofessionnelle.

Exemple de situation simple : aide à la toilette chez une personne sans trouble cognitif

Exemple de situation complexe : prise en charge d'une personne atteinte d'une maladie neurodégénérative évolutive en soins palliatifs actifs avec aidant épuisé.

Question 4

Dans les 6 derniers mois avez-vous rencontré-vous des situations complexes ? (Cochez la case correspondante)

- Très souvent
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Question 5

Comment repérez-vous les situations complexes ? (Plusieurs réponses au choix)

- Lors de la première évaluation

- Par le biais des transmissions
- Par les familles
- Par les partenaires
- Autre précisez

Question 6

Selon vous quelles sont les 2 notions les plus préjudiciables pour les équipes dans les situations complexes ? (2 réponses possibles)

- Exigence émotionnelle (confrontation à la maladie, à la fin de vie, à la mort...)
- Organisation du travail stressante
- Charge de travail importante
- Moyens matériels et/ou humains inadaptés
- Manque d'autonomie
- Isolement
- Agressivité générée par la situation
- autres. Précisez

Question 7

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la gestion des situations complexes ?

- Travail en réseau
- Accompagnement des aidants
- soutenir ses équipes
- Autres. Précisez

❖ Les stratégies

Question 8

Lors du repérage d'une situation complexe, comment accompagnez-vous l'équipe ? (Plusieurs réponses possibles)

- Ecoute active
- Disponibilité
- Pro activité

- Empathie
- Communication claire et efficace
- Renforcement positif
- Accompagnement
- Autres. Précisez

Question 9

Quelles actions mettez-vous en place auprès de l'équipe pour l'aider dans la prise en charge des situations complexes ? (Plusieurs réponses possibles)

- Formation continue
- Informations et recommandations de bonnes pratiques
- Analyse de pratiques professionnelles
- Groupe de paroles
- Rencontre avec les partenaires réseaux
- Aucune
- Autre. Précisez

Question 10

Choisissez 3 verbes qui sont pour vous les plus appropriés dans la gestion des situations complexes ? (Cochez les cases correspondantes)

- Diriger
- Donner des missions
- Négocier
- Ecouter
- Associer
- Encourager
- Entraîner
- Superviser
- Mobiliser

- Epauler
- Structurer
- Contrôler
- Responsabiliser

Question 11

Quels partenaires réseau sollicitez-vous le plus souvent dans les situations complexes ? (Plusieurs réponses possibles)

- Dispositif d'Appui à la Coordination
- Equipe mobile de gériatrie
- Equipe mobile de psychiatrie
- Equipe mobile de soins palliatifs
- Associations (France Alzheimer, France Parkinson, Association Française des SEP...)
- MDPH
- Service social du territoire
- Aucun
- Autre. Précisez _____

Question 12

A quelle fréquence sollicitez-vous au moins un de vos partenaires réseau lorsque vous rencontrez une situation complexe ? (Cochez la case correspondante)

- A chaque fois
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Question 13

Choisissez 3 verbes qui sont pour vous les plus appropriés dans le travail avec les partenaires réseau. (Cochez les cases correspondantes)

- Coordonner
- Être pro actif
- Communiquer
- Être Humble
- Diriger
- Mobiliser

Question 14

Selon vous, l'engagement de la direction est-il un facteur facilitant pour le travail en réseau lors des prises en soins complexes ? (Cochez la case correspondante)

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Question 15

Votre établissement a-t-il un projet de service ? (Cochez la case correspondante)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Question 16

Si oui, le travail en réseau y est-il inscrit comme une priorité ? (Cochez la case correspondante)

- Oui
- Non

❖ Les leviers dans les prises en charge de situations complexes

Question 17

Selon vous, un outil permettant d'évaluer la complexité des situations pourrait-il être un levier dans la prise en charge des situations complexes ? (Cochez la case correspondante)

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Question 18

Quels sont les outils d'évaluation de situation complexe que vous connaissez ? (Cochez la case correspondante)

- COMID
- Questionnaires d'aide à la décision pour initier la prise en charge des tableaux complexes
- Propre à votre service
- Autre
- je n'en connais aucun

Question 19

Selon vous, la bonne connaissance du réseau par l'IDEC est-il un atout dans la prise en charge des situations complexes ? (Cochez la case correspondante)

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Question 20

Selon vous des réunions collégiales sont-elles un atout dans la gestion des situations complexes ? (Cochez la case correspondante)

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Pas d'accord

- Pas du tout d'accord

Question 21

Chez l'IDEC quelles sont pour vous les compétences essentielles à la gestion des situations complexes ? (Réponse libre)

❖ Vous Question 22

Depuis combien de temps exercez-vous la fonction d'infirmière coordinatrice (IDEC) ? (Cochez la réponse correspondant)

- Moins d'un an
- 1 à 3 ans
- 3 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

Question 23

Quelle formation aux fonctions d'IDEC avez-vous suivie ? (Plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai pas été formé(e)
- Interne à l'établissement dans lequel vous exercez actuellement
- Interne à l'établissement dans lequel vous exerciez précédemment
- Croix rouge
- DU IRCO Paris Descartes
- Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)
- Autre. Précisez _____

Question 24

Quelle(s) formation(s) en management avez-vous suivie ? (Indiquez le nom de la ou des formations)

Formation(s) suivie(s) :

Aucune

Question 25

Selon vous une formation aux fonctions d'IDEC peut-elle être utile dans la gestion des situations complexes ?

- Très utile
- Plutôt utile
- Plutôt pas utile
- Pas du tout utile

Pourquoi ?

Question 26

Selon vous une formation en management peut-elle être utile dans la gestion des situations complexes ? (Cocher la case correspondante)

- Très utile
- Plutôt utile
- Plutôt pas utile
- Pas du tout utile

Pourquoi ?

Question 27

Selon vous qu'est ce qui pourrait aider l'IDEC dans la gestion des situations complexes ? (Plusieurs réponses possibles)

- Un réseau pluridisciplinaire élargi

- Un outil d'évaluation spécifique
- Une formation spécifique à la gestion des situations complexes
- Je ne sais pas
- Autre : précisez

Le questionnaire est à présent terminé.

Merci pour votre participation.

Si vous souhaitez être informé des résultats de cette enquête, vous pouvez nous laisser votre adresse mail : _____