Qu'est-ce qu'un patient lourd en SSIAD-PA, (Service de Soins Infirmiers à Domicile-Personne Agée) et comment optimiser la prise en charge de ces patients en médecine générale ?

Marie-Astrid Brenot

▶ **To cite this version:**

Marie-Astrid Brenot. Qu'est-ce qu'un patient lourd en SSIAD-PA, (Service de Soins Infirmiers à Domicile-Personne Agée) et comment optimiser la prise en charge de ces patients en médecine générale ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01931801

HAL Id: hal-01931801

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931801

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

THÈSE

Pour l'obtention du grade de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 15 janvier 2018

par

Madame Marie-Astrid BRENOT

Qu'est-ce qu'un patient lourd en SSIAD-PA, (Service de Soins Infirmiers à Domicile-Personne Agée) et comment optimiser la prise en charge de ces patients en médecine générale ?

Membres du jury :

Pr. Paolo DI PATRIZIO	Président du jury
Pr. François PAILLE	Examinateur
Pr. Christine PERRET-GUILLAUME	Examinateur
Dr. Eliane ABRAHAM	Directrice de Thèse

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -

Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation)***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : ***(Réanimation)***
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; addictologie)***
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Table des matières

Glossaire 9
I INTRODUCTION 10
Objectif : 17
II Les SSIAD 18
a) Généralités : 18
b) L'agglomération Nancéienne 22
III Les autres dispositifs d'aide à domicile 29
a) HAD 29
b) SAAD 31
c) SPASAD 33
d) Centre de Soins Infirmiers 35
IV Le patient complexe, définition 36
V Le médecin généraliste, médecin de premier recours 39
VI Etude 43
a) Matériel et méthode 43
VI Discussion 59
Conclusion 66
Bibliographie 67
Annexes 70
Annexe 1 Grille AGGIR 70
Annexe 2 : Questionnaire SSIAD 73
Annexe 3 : Questionnaires à destination des médecins généralistes prescripteurs de SSIAD 75
Annexe 4 : Echelle de Zarit 77
Annexe 5 : évaluation de prise en charge en SSIAD 78

Glossaire :

AAH : Allocation Adulte handicapé

AGGIR : Groupe Iso Ressources

APA : Allocation Pour l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CLIC : Centres Locaux d'Informations et de Coordination

CRAM : Caisse régionale d'Assurance Maladie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EPHAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

SAD : Service d'Aide à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

URIOPSS : Union Régionale des Œuvres et Organismes privés Sanitaires et Sociaux

REMERCIEMENTS :

A Mon maitre et président de jury
Monsieur le Professeur Paolo Di PATRIZIO,
Professeur de médecine générale
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse et pour votre investissement dans l'enseignement de la Médecine Générale.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

A mon maitre et juge

Madame Le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME
Professeure de Médecine interne
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

À mon Maître et Juge,
Monsieur le Professeur François PAILLE
Professeur des Universités en Thérapeutiques
Vous me faîtes l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici mes sincères remerciements
et l'assurance de ma profonde estime à votre égard.

A Mon Maitre et Juge
Madame le Docteur Eliane ABRAHAM, directeur de thèse, à l'origine de ce travail, pour la qualité de votre enseignement, vos qualités humaines, votre soutien et votre disponibilité.
Soyez assuré de mon admiration, ma reconnaissance et de mon plus profond respect. Votre accompagnement m'a permis d'être à la fois parrainée et autonome pour l'élaboration de cette thèse.

Aux Membres du Jury pour leur participation à ce jury et l'intérêt porté à ce travail.

A tous les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire. Je sais à quel point votre temps est précieux. Merci.

A toutes les équipes des SSIAD de l'agglomération Nancéienne, infirmières coordinatrices, infirmières, aides-soignantes, merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A Julie Laurent et aux secrétaires du réseau Gérard Cuny, pour votre aide dans la collecte des données.

A l'équipe de l'HADAN , Dr Di Santolo et Dr L'évêque, pour les connaissances que vous m'avez apportées sur les soins palliatifs,
A l'équipe de l'UPUP, Dr Valance et Dr Giraud, pour votre formation durant ces six mois d'internat, travailler à vos côtés a été une chance.

A mes grands-parents, vous avez beaucoup compté,
A ma mère et mes frères, pour m'avoir aidé à me construire, pour notre histoire, passée et à venir.

A mon chéri, pour ta participation à la mise en page, ton soutien a été d'une grande aide, vivement la vie à deux dans la ville Rose.

A la team des urgences de Verdun, Marion et Pauline, à nos moments sushi, nos debriefings. La distance n'effacera pas notre amitié.

A Chloé, pour ton esprit pratique et nos soirées Picon, à nos randonnées futures.
A Linda, pour ton expertise en littérature rhum et géopolitique,
A Noémie pour ton côté punk, tes conseils, les moments vélo
A Fatima, vivement qu'on aille manger des olives sous le soleil libanais,
Merci pour votre soutient, merci pour tous les moments passés ensemble, je vous attends en Occitanie.

A Anaïs, aux séances sport et cocktails,

Aux rémois, Anaïs, pour nos pseudo jogging, Marion Suissi, pour tes galères de voiture, et les moments switch
A l'équipe de Gentilly, Michèle Elodie Vincent, Amandine, Marie, pour avoir permis une ambiance de boulot au top.
A Amélie et Xavier, pour les moments d'externat qui nous ont façonnés.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

I INTRODUCTION

La prise en charge des personnes âgées à domicile en matière de soins est assurée à la fois par des infirmiers libéraux, des centres de soins infirmiers (CSI), des Services de soins infirmiers à domicile, des services d'Hospitalisation à Domicile, SAAD, SPASAD. Ces offres ne sont pas substituables mais doivent s'organiser de manière complémentaire pour améliorer la prise en charge à domicile.

Les SSIAD sont amenés à prendre en charge des personnes en situation sanitaire complexes. Cet état de fait est régulièrement constaté au cours des commissions SSIAD organisées par le réseau Gérard Cuny pour l'agglomération du grand Nancy, par l'Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) par les gestionnaires des SSIAD qui déplorent des coûts de prise en charge dépassant les enveloppes financières qui leur sont allouées, ce qui entraine un surinvestissement des équipes des SSIAD qui peuvent atteindre leurs limites. Malgré l'évaluation initiale faite par les SSIAD auprès des patients lors de la demande de SSIAD, certains patients se révèlent dans le temps comme trop lourds par rapport aux moyens mis en place, avec souvent une absence de relais par un autre réseau de soins car trop justes au niveau des critères (Hospitalisation à Domicile/Unité De Soins Longue Durée). Ceci amène à un déséquilibre des budgets, à un épuisement des équipes, et à un manque de place pour d'autres patients, créant ainsi une inégalité d'accès aux soins.(1)

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients », article L.4130-1 du code de la santé publique. (2) Le médecin généraliste de premier recours a donc un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre du système de soins (diagnostic, orientation, traitement), du suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social). Une situation complexe implique une multiplicité d'intervenants pour un même patient. Une meilleure orientation et une amélioration de la coordination entre ces intervenants semble nécessaire pour une meilleure prise en charge du patient.

Objectif :

Qu'est-ce qu'un patient lourd en SSIAD-PA, (Service de Soins Infirmiers à Domicile-Personne Agée) ? Comment optimiser la prise en charge de ces patients en médecine générale ?

L'objectif principal de ce travail est de comprendre si le médecin traitant, le SSIAD et le patient et son entourage partagent la même vision de la situation d'un patient en situation complexe. Ce travail de thèse se propose de déterminer au travers du regard du médecin généraliste prescripteur, au travers du ressentit des aidants principaux ou accompagnants, au travers du vécu des SSIAD, sur l'agglomération nancéenne d'avril à juin 2016, comment une grille de critères permet de juger des moyens à mettre en place par le SSIAD pour une prise en charge optimale, en optimisant la place des médecins traitants au sein de cette coordination.

II Les SSIAD

a) Généralités :

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) fournissent sur prescription médicale, une aide à la vie quotidienne au travers d'actes techniques et infirmiers réalisés par une équipe d'aides-soignantes et d'infirmières. Les patients sont évalués selon la grille AGGIR pour définir le nombre et le temps de passage des équipes SSIAD. Les services de soins à domicile sont, au sens des 6° et 7°de l'article L.312-1 (3) du code de l'action sociale et des familles, des services médico-sociaux qui apportent à domicile aux personnes âgées et aux adultes handicapés, des prestations de soins. A ce titre les SSIAD sont soumis aux droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux notamment au regard de l'autorisation de création et des modalités de tarification.(4) Les SSIAD assurent sur prescription médicale des soins infirmiers sous forme d'actes techniques et/ou de soins de base relationnels. Les premiers, dispensés par les infirmiers, participent au traitement et à la surveillance des pathologies présentées par les patients. Les seconds participent à l'entretient et à la qualité de vie des patients, en concourant entre autres à l'hygiène, la mobilisation, la locomotion et le confort des bénéficiaires. Ils sont dans le cadre des SSIAD préférentiellement dispensés par les aides-soignants.

Les services de soins à domicile ont pour mission première de permettre le maintien à domicile ; de maintenir l'autonomie des personnes, d'apporter soutient et conseil aux familles et à l'entourage, d'aider les personnes à mieux vivre leur dépendance au quotidien, de prévenir ou différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement ; de raccourcir lorsque cela est possible les séjours hospitaliers, d'accompagner les personnes en fin de vie lorsqu'elles le désirent. Ils contribuent à prévenir la perte d'autonomie, à limiter les incapacités et à lutter contre l'isolement ; ils contribuent ainsi à retarder l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux.(5) Ils dispensent des prestations de soins au domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées et dans les établissements mentionnés aux II, III et IV de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.(6)

Les SSIAD assurent donc des soins infirmiers sous la forme de soins techniques et de soins de base et relationnels. Ils effectuent également une coordination des soins. Les soins techniques correspondent aux actes infirmiers côtés en AMI (actes médicaux infirmiers). Ils ne peuvent être effectués que par des infirmiers salariés du service, des infirmiers libéraux ou des centres de santé infirmiers ayant passé convention avec le SSIAD. Exemple d'actes médicaux infirmiers : prélèvement par ponction veineuse, injection intraveineuse, injection sous cutanée, pansement, pansement d'escarres, pose de sonde gastrique, extraction manuelle des selles, pulvérisation de produits médicamenteux, pose de perfusion…

Les soins de base et relationnels correspondent notamment aux actes côtés en AIS (actes infirmiers de soins). Les soins de base sont définis, dans la terminologie des actes infirmiers comme les soins d'entretien et de continuité de la vie, c'est-à-dire l'ensemble des « interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement les incapacités fonctionnelles, afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de recouvrer l'autonomie ». Ces soins tiennent compte des habitudes de vie, des coutumes et valeurs de la personne soignée. Ils sont le plus souvent désignés par le

terme de « nursing ». Les soins de base comprennent en particulier les soins d'hygiène, de confort, mais aussi « les interventions qui consistent à assurer à la personne soignée la propreté corporelle et à lui procurer un environnement sain et agréable » (circulaire du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD). (7) Les soins de base sont des soins qui répondent à une technicité bien précise qui est particulièrement importante pour la prévention de la survenue d'escarres.

Les SSIAD effectuent un travail de coordination, assuré par un infirmier coordonnateur pour coordonner :

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

Ils contribuent également à l'éducation et à la prévention en matière de santé :

- Les SSIAD peuvent être amenés à participer à l'éducation thérapeutique des patients définie par les articles L. 1161-1 à L. 1161-6 du code de la santé publique.(8)
- Ils peuvent également mettre en œuvre des actions d'éducation à la santé et d'aide à l'autonomisation des soins en direction des usagers et de leurs proches.
- Des actions de formation ou d'éducation et d'apprentissage à la réalisation des gestes peuvent enfin être mises en œuvre auprès des professionnels d'autres services à domicile. Articles D. 312-1 à D 312-5-1 du CASF. (9)

Pour assurer ces missions, les SSIAD ont recours à des personnels salariés du service :

- Au moins un infirmier coordonnateur pour assurer l'organisation des soins
- Des aides-soignants qui assurent sous la responsabilité des infirmiers les soins de base et relationnels et les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ;
- Des aides médico-psychologiques
- En tant que de besoin, d'autres auxiliaires para médicaux.

Les infirmiers intervenant sont soit salariés du service, soit des infirmiers libéraux, ou de centre de soins infirmiers qui facturent leurs interventions au SSIAD.

Sur prescription médicale et dans la limite des places autorisées, sont ainsi admises en SSIAD :

- Les personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ;
- Les personnes adultes de moins de 60 ans en situation de handicap ;
- Les personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affections.

Sont considérées comme des personnes adultes en situation de handicap :

- Les personnes qui bénéficient d'une prestation ou d'une reconnaissance de handicap attribuée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

- Les personnes bénéficiant d'une pension relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, d'une carte d'invalidité prévue à l'article R.

389-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, les personnes titulaires d'une pension d'invalidité d'un régime de sécurité sociale ou bénéficiant d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle. (5)

Sont considérées comme des personnes présentant certains types d'affections au sens du code de la sécurité sociale (3° et 4° de l'art L. 322-3)(10) :

- Les personnes présentant une affection qui comporte un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrite sur une liste établie par décret après avis de la Haute autorité de santé.
- Les personnes reconnues par le service du contrôle médical comme étant atteintes soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entrainant un état pathologique invalidant et nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Il pourra s'agir par exemple de personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral, de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque grave, d'hépatites chroniques virales B, d'hépatites virales C, de personnes présentant un diabète de type1 ou de type 2 ou de personnes atteintes de maladies neurologiques (Sclérose en plaques, maladies de Charcot, maladie de Parkinson, maladies d'Alzheimer et maladies apparentée « jeune » avant 60 ans...).

Le critère d'inclusion principal d'une personne dans un SSIAD est son niveau de dépendance. Le niveau de dépendance est mesuré avec la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso Ressources).
Elle a été créée par les docteurs R. LEROUX, JM. VETEL et JM. DUCOUDRAY en 1994. Elle est devenue légale depuis la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 (11) et elle est utilisée par les départements depuis la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 (12)pour le calcul de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) à domicile et en établissement.

Cette grille permet d'évaluer les activités de base effectuées ou non par la personne seule et permet de définir des Groupes Iso Ressources (GIR) rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.
Les SSIAD ne prennent en charge que les personnes relevant des GIR1 à GIR 4. Les personnes âgées plus autonomes, relèvent d'autres structures d'aides à domicile : centres de soins, ide libérale, service d'aide à la personne ou HAD si la toilette doit être médicalisée.
La toilette est l'activité principale des SSIAD, si une personne âgée n'a pas besoin d'aide pour la toilette, elle ne relève pas d'un SSIAD, mais d'une structure d'aide à domicile. À l'inverse si les soins à prodiguer sont trop techniques, (pansements) la prise en charge toilette comprise sera effectuée par l'HAD.

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est une allocation destinée aux personnes âgées de soixante ans et plus en perte d'autonomie(13)
l'APA à domicile aide à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie ;

l'APA en établissement aide à payer une partie du tarif dépendance en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).
L'APA est versée par le conseil départemental. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a revalorisé et amélioré l'APA à domicile.(14)

L'APA est une allocation destinée **aux personnes âgées de 60 ans et plus** :

- **qui ont besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne** : se lever, se laver, s'habiller…,
- ou **dont l'état nécessite une surveillance régulière.**

L'APA ne fait l'objet d'aucune récupération des sommes reçues ni du vivant ni au décès de son bénéficiaire. Le département ne peut donc pas demander le remboursement des sommes versées au bénéficiaire si sa situation financière s'améliore de son vivant, ni les récupérer sur sa succession à son décès.
Pour bénéficier de l'APA, il faut :

- être âgé de 60 ans ou plus,
- résider en France de façon stable et régulière,
- être en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un degré de perte d'autonomie évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 par une équipe de professionnels du conseil départemental.

Il n'y a pas de conditions de revenu pour bénéficier de l'APA. En revanche, le montant attribué dépend du niveau de revenus. **Au-delà d'un certain niveau de revenus, une participation progressive est demandée.**
L'APA ne peut pas être cumulée avec les prestations suivantes :

- La PCH (prestation de compensation du handicap),
- Les aides-ménagères à domicile,
- Les aides des caisses de retraite.

La prise en charge d'une personne par un SSIAD nécessite une analyse préalable de sa demande d'admission ainsi qu'une évaluation de ses besoins et de ses attentes à la suite desquelles des soins seront prodigués selon les modalités d'intervention formalisées dans le volet soin du projet personnalisé proposé.

Si les SSIAD se différencient des infirmiers libéraux, ces deux modes de prise en charge sont cependant complémentaires. Les SSIAD ont interdiction de prodiguer des soins « à l'acte » exclusivement réservés aux infirmiers libéraux, (exemple injections sans soins de nursing, passages non continus dans la semaine…
Les SSIAD effectuent des prises en charge dites globales, qui permettent de dispenser des soins techniques, des soins de nursing, des soins relationnels et d'éducation sur le long terme, l'ensemble étant coordonné par un cadre ou une infirmière coordinatrice.

Le mode de financement est également différent bien que la sécurité sociale rembourse les deux types de service ; les SSIAD sous forme de dotation globale annuelle versée par douzième, alors que les infirmiers libéraux ont une activité rémunérée à l'acte.

b) L'agglomération Nancéienne

Sous l'impulsion des pouvoirs publics et à l'initiative des partenaires du secteur, s'est créé le réseau Gérard Cuny, réseau gérontologique de proximité de l'agglomération de Nancy. Il a choisi son nom en hommage au Professeur Gérard Cuny, en continuité de son action en faveur de la gérontologie, des valeurs scientifiques et humanistes qu'il a défendus.

Le premier rôle du réseau est de coordonner la prise en charge globale, sanitaire et sociale de toute personne âgée dans les situations où le maintien à domicile risque d'être compromis. Il intervient rapidement sur simple appel émanant de la personne elle-même, de son entourage ou d'un professionnel. Il s'assure de l'accord et du soutien de son médecin traitant. Il favorise l'accès aux dispositifs d'évaluation gérontologique. Il élabore un plan d'intervention en concertation avec l'ensemble des professionnels et assure son suivi. Il s'appuie sur les collectivités territoriales impliquées dans l'action sociale en faveur des personnes âgées sur son secteur d'intervention qui est celui des 20 communes composant la Communauté Urbaine du Grand Nancy.

Le réseau associe en partenariat sur la base du volontariat .Les professionnels de santé libéraux et leurs organisations professionnelles, les associations professionnelles d'aide et de soins à domicile, les établissements de santé intervenant dans la prise en charge hospitalière des personnes âgées, les établissements d'hébergement, les associations de bénévoles engagées dans le soutien aux personnes âgées et à leurs proches, les organismes de tutelle des secteurs sanitaires et sociaux et les caisses d'Assurance Maladie, d'Assurance Vieillesse et les collectivités territoriales.
Il développe des activités d'information, de formation, d'éducation à la santé, de prévention et de recherche contribuant ainsi à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Le réseau Gérard Cuny est notamment en relation étroite avec les sept SSIAD de l'agglomération nancéenne :

-SSIAD OHS à Nancy, L'Office d'hygiène sanitaire de Meurthe et Moselle est une association qui regroupe 20 établissements, à destination des personnes Handicapés, de l'enfance au grand âge. Le SSIAD de l'OHS travaille avec des infirmières salariées. Le SSIAD de l'OHS est conventionné avec un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), ce qui réalise un Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD).

-SSIAD de l'ALAGH à Villers-Lès-Nancy, association qui travaille avec des infirmières libérales conventionnées, et des infirmières salariées. L'Association Lorraine d'Aide aux Grands Handicapés s'est rapproché de l'Association Lorraine de Soins à Domicile dans les années 2010, les deux associations ont fusionnées le 1er mai pour former le SAD de Villers-Lès-Nancy. Le SAD gère un Centre De Soins Infirmiers avec 17 salariés et un SSIAD avec 30 salariés.

-SSIAD ADMR GARDE de Nancy, qui travaille avec des infirmières conventionnées avec le SSIAD. Garde est conventionné avec l'ADMR dans un SPASAD. Au sein de cette convention sont regroupées ADMR, GARDE, ALIEH, et ASSAD. L'ADMR est un

réseau associatif structuré en quatre échelons interdépendants et complémentaires (local, départemental, régional et national).

-**SSIAD de Saint Eloi** à Neuves Maison, qui travaille avec des infirmières libérales, pas de convention mais travail avec des services d'aides. Le SSIAD appartient à la clinique Saint-Eloi.

-**SSIAD GIHP** à Nancy, travail avec des infirmières libérales, pas d'infirmières salariées. Il a comme partenaire le SAAD du GIHP, avec lequel il forme un SPASAD

-SSIAD AVAD à Essey-Lès-Nancy. L'association AVAD a une partie SSIAD et une partie SAAD. Ils n'ont pas été retenus pour le projet SPASAD.

-SSIAD Sainte-Marie à Nancy, travaille avec infirmière salariées, et libérales non conventionnées. Le SSIAD est conventionné avec la fondation Saint-Charles depuis plusieurs années. Un projet de SPASAD est en cours.

La DDASS 54,qui souhaitait créer de nouvelles places en SSIAD sur l'agglomération, a interpellé les SSIAD et le réseau Gérard CUNY au cours du troisième trimestre 2009 sur un constat réalisé sur l'agglomération de Nancy : les soins infirmiers prodigués à domicile par les SSIAD implantés sur ce bassin de santé (Services de Soins Infirmiers A Domicile) apparaissent peu coordonnés : patients sur listes d'attente, taux d'occupation inégalitaires, délais de prise en charge parfois trop importants, etc. Par ailleurs les demandes d'entrées en SSIAD qui ne correspondent pas aux critères d'inclusion en SSIAD n'ont pas de suivi individualisé.

La commande des tutelles ainsi formulée a donc consisté à instaurer une réflexion sur la coordination entre les SSIAD sur le Grand Nancy, et ceux-ci ont souhaité que ce soit sous la responsabilité choisie du réseau Gérard CUNY, garant d'une neutralité bienveillante dans le dispositif.

Le réseau CUNY a donc mis en place un groupe de travail réunissant les tutelles et les 6 SSIAD intervenant sur le bassin de Nancy et agglomération. Ce groupe de travail a permis de dessiner les fondations et les contours de la future plateforme : mise à plat des fonctionnements des SSIAD et réalisation d'un état des lieux des SSIAD personnes âgées de l'agglomération nancéenne, expérimentation d'un suivi des places disponibles communiquées tous les 15 jours par les SSIAD, définition des objectifs, fonctionnement, animation, montages administratif et opérationnel de la plateforme.

Le réseau CUNY s'est donc vu confier le portage de la plateforme SSIAD et a mené l'ensemble des démarches pour une création effective de la plateforme SSIAD au 12 avril 2010, avec l'embauche de deux médiatrices médico-sociales, la mise en place d'un numéro unique et la création d'un système d'informations collaboratif dédié.

Au moment du signalement, la mission première de la plateforme est de recueillir par téléphone auprès de l'appelant les éléments constitutifs du dossier de demande de prise en charge en SSIAD : il s'agit du script d'analyse de la plateforme. Depuis le démarrage de la plateforme, ce script a évolué progressivement selon les besoins en termes d'information préalable à relever avant l'instruction.

La plateforme a ainsi permis de collecter un grand nombre de données sur les SSIAD de l'agglomération nancéienne depuis sa création.

Ces données ont permis de mieux caractériser la population des SSIAD, et la création de la plate-forme a permis une meilleure accessibilité aux SSIAD :

Tableaux comparatifs des sept SSIAD de l'agglomération Nancéienne 2014, 2015, 2016.

Caractéristiques des personnes nouvellement signalées à la PF

- Signalements et inclusions :

	2016	2015	2014
Nombre de signalements	399	376	395
Répondant aux critères d'inclusions en SSIAD	399	376	390
Nombre de ré-inclusions	76	36	56

- Descriptif de la population :

	2016	2015	2014
Age moyen	80.9	82.6	82
Sexe	Femmes : 62.3% Hommes : 37.7%	56.5 % 43.5 %	61.4 % 38.6 %
Motifs d'appels *(Plusieurs motifs possibles)*	Aggravation de la dépendance : 55.9% Sortie d'hospitalisation : 46.9% Crise aigüe : 19.3%	61 % 43 % 6 %	64 % 57 % 11 %
Localisation de la personne	Domicile : 57.6% Etablissement : 42.4%	58.7 % 41.3 %	61 % 39 %

Réunion interSSIAD du 24 janvier 2017 – Réseau Gérard Cuny

La population prise en charge par les SSIAD de l'agglomération nancéienne a un âge moyen de plus de 80 ans sur les trois dernières années. Globalement on retrouve deux tiers de femmes pour un tiers d'homme.
Les motifs principaux d'appels sont une aggravation de la dépendance et la sortie d'hospitalisation.
Les demandes d'entrées en SSIAD formulées en direction de la plateforme sont pertinentes ; cette pertinence des demandes est d'autant plus affirmée au fil des années de fonctionnement de la plateforme

Nature des **besoins infirmiers**

	2016	2015	2014
Toilette	100%	100%	100%
Administration d'un traitement	37.6% (10.3% non renseignés)	56.4%	43.1%
Injections	9% (8.7% non renseignés)	18.3%	13.6%
Pansements	13% (7.8% non renseignés)	19%	20%
Autres (Bas de contention, protections hygiéniques, surveillances glycémiques, soins de stomie, pose de corset, etc.)	12%	15%	38.2%
Toilette + traitement + injection	6%	11.7%	11.5%
Toilette + traitement + pansement	6.7%	14.1%	14.3%
Toilette + injection + pansement	3.8%	6.4%	4.6%
Toilette + traitement + injection + pansement	2.8%	4.2%	3.8%

Réunion interSSIAD du 24 janvier 2017 – Réseau Gérard Cuny

La demande de toilette se retrouve dans 100 % des situations, cette demande constituant en soi un critère d'inclusion en SSIAD. Le besoin d'administration d'un traitement est moins présent en 2016 que sur les années précédentes. Les injections et la réalisation de pansement sont demandées dans moins d'une fois sur 5. Dans 3 % des cas, les besoins infirmiers sont importants (toilette, traitement, injection et pansement) : ce sont des situations pour lesquelles la charge globale est la plus lourde.

Description des **orientations à partir de** la PF

	2016	2015	2014
Réponses positives des SSIAD, prises en charge effective par un SSIAD	60.4% (n = 241)	58.8% (n = 221)	64.9% (n = 253)
Evaluation effectuée Non prise en charge par le SSIAD de secteur → orientation vers une autre structure (HAD / Soins palliatifs, IDE Libérale, SAD, Centre de soins)	10.7% (n = 43)	10.4% (n = 39)	10% (n = 39)
Patients décédés / hospitalisés ou entrés en SSR / entrés en institution / inscrits dans un autre établissement au cours de l'instruction	17.8% (n = 71)	20.5% (n = 77)	17.9% (n = 70)
Refus de prises en charge par la personne elle-même ou l'entourage	9.3% (n = 37)	7.9% (n = 30)	6.7% (n = 26)
Autres situations d'abandons de dossiers (amélioration de l'état de santé, déménagement,...)	1.8% (n = 7)	2.4% (n = 9)	0.5% (n = 2)
Total	*100% (n=399)*	*100% (n=376)*	*100% (n=390)*

Réunion interSSIAD du 24 janvier 2017 – Réseau Gérard Cuny

64.9% des demandes d'entrées en SSIAD auprès de la PF se traduisent par une prise en charge effective en SSIAD pour l'année 2014, chiffre en baisse sur les années 2015 et 2016 mais toujours au-delà de 58%.

• Une demande sur 10 a fait l'objet d'une réorientation par le SSIAD de secteur, justifiée essentiellement par le manque de places des SSIAD concernés et/ou d'un dépassement temporaire de la capacité réelle de prise en charge

• Les refus de la famille ou de l'entourage représentent 6.7% des situations en 2014, chiffre en légère hausse qui atteint 9.3% en 2016.

Motifs de réorientation par le SSIAD de secteur

	2016	2015
Charge globale du patient insuffisante pour un SSIAD	14 (32.6%)	4 (10.2%)
Charge globale du patient trop importante pour un SSIAD	10 (23.3%)	6 (15.4%)
Dépassement du nombre de places autorisées du SSIAD	7 (16.3%)	24 (61.5%)
Dépassement temporaire de la capacité réelle de prise en charge du SSIAD	2 (4.7%)	5 (12.9%)
Refus patient / entourage	6 (13.9%)	-
Non renseigné	4 (9.3%)	-
Total	*100% (n=43)*	*100% (n=39)*

motifs de fin de prise en charge

	2016	2015	2014
Hospitalisation de plus de 10 jours	39.2% (n=82)	43.7% (n=90)	51.2% (n=101)
Décès	23.4% (n=49)	25.7% (n=53)	19.3% (n=38)
Entrée en institution	11.5% (n=24)	16% (n=33)	6.1% (n=12)
Relais par un autre intervenant (ex : IDE Libérale, SAD, HAD etc.)	11% (n=23)	3.8% (n=8)	8.1% (n=16)
Amélioration de l'état de santé	6.7% (n=14)	4.9% (n=10)	4.6% (n=9)
Demande de la personne ou de l'entourage (après PEC)	5.3% (n=11)	2.9% (n=6)	3.5% (n=7)
Déménagement	1.9% (n=4)	1% (n=2)	1.5% (n=3)
Inscription dans un autre établissement (ex : centres de soins des SSIAD)	0.5% (n=1)	0.5% (n=1)	-
Relais par la famille	-	1% (n=2)	-
Autres et non renseignés	*0.5% (n=1)* vacances	*0.5% (n=1)*	*5.6% (n=11)*
Sorties de SSIAD	*100% (n=209)*	*100% (n=206)*	*100% (n=197)*

En 2014 pour 51.2% des situations le motif de fin de prise est lié à une hospitalisation de plus de 10 jours, chiffre qui baisse en 2015 en 2016, alors que les chiffres de l'institutionnalisation augmentent, ainsi que ceux du décès. Le nombre de patients sortant pour amélioration de l'état de santé est également en hausse sur les trois ans. Le nombre de sortie de SSIAD est globalement stable.

accessibilité aux SSIAD

> Détails des appelants à l'origine des demandes :

	2016	2015	2014
Professionnels	**70.2 % (n = 280)** - Etablissements de santé : 180 (dont 36 HAD) - SSIAD : 51 - CTA : 37 - IDE libérale : 9 - SAD: 1 - Foyer ARS : 1 - Réseau NSM (SP) : 1	**72.6 % (n = 273)** - ES : 137 - SSIAD : 42 - HAD : 36 - CD 54 : 24 - RGC : 8 - CTA: 12 - Soins palliatifs : 3 - IDE libérale : 7 - SAD : 3 - Pharmacien : 1	**77.9% (n = 304)** - ES : 145 - SSIAD : 72 - HAD : 39 - CG 54 : 10 - RGC : 25 - SAD : 1 - Soins palliatifs : 1 - CCAS/Mairie/Social : 2 - IDE libérale : 8 - Tutelle : 1
Entourage familial	**17.8 % (n = 71)**	**18.3 % (n = 69)**	**13.1 % (n = 51)**
Médecins traitants	10.5 % (n = 42)	7.2 % (n = 27)	7.2 % (n = 28)
Personne elle-même	1.5 % (n = 6)	1.9 % (n = 7)	1 % (n = 4)
Non précisé	-	-	*0.8% (n = 3)*
Total	*100.0 % (n = 399)*	*100.0 % (n = 376)*	*100.0 % (n = 390)*

Réunion interSSIAD du 24 janvier 2017 – Réseau Gérard Cuny

Le nombre de médecins traitants appelant est en hausse alors que le nombre de professionnels de la santé autre est en baisse. De même pour l'entourage familial. Ce qui témoigne d'une meilleure accessibilité des SSIAD.

III Les autres dispositifs d'aide à domicile

a) HAD

L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale d'un médecin hospitalier ou du médecin traitant, et avec l'accord de celui-ci. L'équipe de l'HAD se rend toujours au préalable au domicile afin de s'assurer que les conditions de la prise en charge y soient réunies. Certains aménagements de domicile peuvent être nécessaires. L'accord du médecin traitant est indispensable, c'est lui qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour. L'hospitalisation à Domicile est financée par l'Assurance maladie.

L'hospitalisation à domicile permet d'éviter, de différer ou de raccourcir l'hospitalisation conventionnelle pour des prises en charge en médecine, obstétrique, cancérologie et soins de suite et de réadaptation. Elle intervient donc en substitution de l'hospitalisation conventionnelle. Elle concerne des malades de tous âges. (8) Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L 6122-1 du code de la santé publique peuvent faire usage de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile. (9) Les établissements d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation conventionnels avec hébergement. Ils sont notamment tenus d'assurer la sécurité, la qualité et la continuité des soins, la lutte contre les infections nosocomiales, et sont certifiés par la Haute Autorité de Santé.

Les services de soins infirmiers à domicile et établissements d'hospitalisation à domicile sont susceptibles d'intervenir dans le parcours de soins d'un même patient. Les deux types de structures interviennent au domicile des personnes afin de prévenir, d'éviter, de réduire la durée d'une hospitalisation en établissement et donc de favoriser le retour et le maintien à domicile. Elles sont susceptibles de prendre en charge des populations identiques en termes d'âge et de typologie (personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ; personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ; personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection).

Les deux types de structures dispensent des soins, mais la complexité et l'intensité de la charge en soins les différencient. Les prises en charge en HAD sont réalisées sur prescription, soit du médecin hospitalier, soit du médecin traitant. (15) L'HAD peut être prescrite en cas de pathologie aigüe ou de maladie chronique, nécessitant des soins fréquents complexes et dont certains ne peuvent être réalisés qu'en milieu hospitalier, obligatoirement formalisés dans un protocole de soins. Il peut s'agir aussi de soins de réhabilitation, voire d'accompagnement dans la fin de vie. La nature souvent poly-pathologique des patients reçus en HAD en fait des établissements à vocation généraliste, qui peuvent en outre développer des compétences propres ou des expertises spécialisées dans certains types de prise en charge.

En tant qu'établissement de santé, l'établissement d'HAD est titulaire d'une autorisation délivrée par l'ARS. Il est donc dans l'obligation d'en assurer les obligations

fixées à l'article L 6111-2 du CSP (amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, lutte contre les infections nosocomiales et l'iatrogénie, politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ...). (16)
En outre, l'établissement d'HAD est astreint à minima par les textes à organiser par une permanence téléphonique la continuité des soins 24h/24 et 7j/7.
Comme nous l'avons vu plus haut le SSIAD intervient lorsque l'état de la personne nécessite des actes infirmiers de soins (nursing, prévention d'escarres ...) et/ou des actes médicaux infirmiers (pansements, injections, prélèvements, perfusions ...). Le SSIAD peut également intervenir au décours d'une pathologie grave lorsque la personne a vu son état de santé s'améliorer, mais nécessite encore des actes infirmiers (AMI et AIS).

SSIAD et HAD sont donc susceptibles d'intervenir auprès du même type de population pour assurer le maintien à domicile. Leur prise en charge peut être successive en fonction du parcours de soins de la personne et de l'évolution de son état de santé.
Le fractionnement des interventions ne permet pas d'avoir une approche globale du soin à domicile et introduit des moments de rupture préjudiciables à une certaine qualité de la prise en charge. Une collaboration entre ces deux structures s'avère par conséquent nécessaire.
SSIAD et HAD s'inscrivent cependant dans des champs différents, médico-social pour les premiers et sanitaire pour le second.
Différenciés essentiellement par la densité des soins infirmiers, par l'association systématique (dans l'HAD) des soins infirmiers à d'autres soins techniques (médicaux et paramédicaux) dans le cadre d'un protocole de soins coordonné par le médecin, leur financement par l'assurance maladie et le fait que l'HAD soit considérée comme une hospitalisation à part entière ne permettent pas d'envisager pour des raisons liées à un double financement , la prise en charge simultanée d'un même patient par les deux types de structure.

La circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile souligne la complémentarité entre l'HAD et les SSIAD « dont elle (l'HAD) a vocation à prendre le relais, si la situation du malade s'aggrave, et à contrario auxquels (les SSIAD) elle peut confier un malade stabilisé (17)
Par ailleurs, elle incite à la coopération entre ces deux services par la formalisation de liens conventionnels ou par «la création de structures mixtes ou de plates-formes offrant à la fois un SSIAD et une HAD, gérées par un même opérateur ».

Les différents modes de collaboration :
Dans le cadre et dans l'esprit de ce texte, différents dispositifs ou instruments juridiques permettent qu'une collaboration se mette en place dans le respect des compétences de chacune des structures.
Ainsi, conformément aux dispositions prévues par les codes de la santé publique et de l'action sociale et des familles, SSIAD et HAD peuvent choisir de conclure ou de constituer :

- une convention
- un groupement d'employeurs
- un groupement d'intérêt économique
- une association ou une union d'association lorsque les partenaires relèvent du droit privé non lucratif
- un groupement de coopération sanitaire de moyens

- un groupement de coopération sociale et médico-sociale.

Chacun des dispositifs doit être mis en œuvre dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui s'y rapportent. La convention de collaboration nécessite cependant certaines précisions quant à ses modalités.

La convention de collaboration :

Cette convention doit permettre l'organisation d'un relais entre l'HAD et le SSIAD afin de faciliter le passage des personnes d'une structure à l'autre et d'assurer ainsi une continuité des soins. Un tel relais entre l'HAD et le SSIAD concerne les personnes qui nécessitent des prestations de soins infirmiers à domicile, mais dont l'état de santé ne justifie plus un séjour en HAD ou inversement. La convention a pour objet de définir les conditions du partenariat entre HAD et SSIAD et les engagements réciproques de chacun des services. Il ne s'agit pas de permettre à travers cette convention une mise à disposition de personnel d'une structure à l'autre. La circulaire incite également les établissements d'hospitalisation complète à passer des conventions avec les structures d'HAD. Au-delà du champ sanitaire, cette circulaire revient sur l'importance des acteurs périphériques que sont les acteurs sociaux et les organismes prestataires de services. Ceux-ci trouvent naturellement leur place dans la liste des acteurs facilitant le maintien à domicile des patients. Le protocole de soins prend en compte les besoins d'aides supplémentaires (aide-ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile, garde à domicile, etc.), notamment prodiguées par des services à domicile (SAD). Les liens entre les différentes structures doivent également être formalisés. Par ailleurs, la circulaire DHOS/03/DGAS/2C/2007/265 du 5 octobre 2007 a précisé les modalités d'intervention des structures d'HAD dans les établissements d'hébergement des personnes âgées (EHPA). Elle propose un modèle type de convention de partenariat, dont la signature est un préalable à toute intervention de l'HAD. (17)

b) SAAD

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) désignent les organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Ils accompagnent notamment les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées ainsi que les familles fragilisées. (2)

Le régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) est modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.(14)

Désormais tous les services intervenant auprès des publics fragiles au sens du code de l'action sociale et des familles (CASF) - personnes âgées, personnes handicapées, familles en difficultés - relèvent du régime de l'autorisation délivrée par le président du conseil départemental.

Avant cette loi, il y avait deux régimes différents : l'autorisation, relevant du conseil départemental, et l'agrément qui relevait de la DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi - service de l'Etat).

Depuis le 30 décembre 2015, tous les services agréés relevant du droit d'option ont basculé automatiquement dans le régime de l'autorisation, sans habilitation à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale, pour une durée de 15 ans à compter de la date de leur dernier agrément. Tous les services d'aide à domicile sont désormais soumis aux mêmes règles de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles et par le cahier des charges national annexé au décret n° 2016-502 du 22 avril 2016. (15) Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont autorisés à fonctionner par le conseil départemental. Ils sont spécifiquement habilités à intervenir auprès d'une population considérée comme fragile : enfants de moins de 3 ans, familles en difficulté ou en situation d'exclusion, personnes en situation de handicap et personnes âgées en perte d'autonomie. Ils ont le statut de service médico-social et doivent remplir les obligations règlementaires strictes et rendre des comptes régulièrement au conseil départemental. Le conseil départemental contrôle notamment la qualité des prestations rendues par ces services. Leurs tarifs sont encadrés. Les services d'aide à domicile peuvent être gérés par des CCAS (centres communaux d'action sociale), par des associations ou par des entreprises commerciales.

Il existe deux façons de faire appel à un service d'aide à domicile : faire appel à un service prestataire et faire appel à un service mandataire. Certains services d'aide à domicile proposent à la fois d'intervenir en mode prestataire ou mandataire, d'autres ne proposent que le mode prestataire.

Les aides à domicile sont salariées par le service d'aide à domicile : la personne bénéficiaire du service règle à l'organisme une facture correspondant à sa consommation.

Dans le cas d'un service mandataire, l'aide à domicile est salariée de la personne âgée qui doit être en capacité d'assumer le rôle d'employeur. Le service intervient pour :

- la mise en relation avec l'intervenant qu'il estime compétent,
- l'aide à la rédaction de document (contrat de travail, fiche de demande de congés…),
- l'aide à la réalisation des feuilles de salaire, parfois la déclaration à l'URSSAF de l'aide à domicile.

La personne règle au service le coût de cette mise en relation, du traitement administratif et s'acquitte également du salaire de l'aide à domicile. La personne âgée reste toutefois l'employeur de l'intervenant à domicile. Pour bénéficier d'aide à domicile, il est aussi possible de salarier une aide à domicile dans le cadre de l'emploi direct : la personne âgée est l'employeur de l'aide à domicile. Dans ce cas, elle n'est accompagnée par aucun service.

Les interventions des services d'aide à domicile ont pour objectif de favoriser ou maintenir l'autonomie des personnes âgées et leur permettre de continuer à vivre chez elles le plus longtemps possible.

Les interventions des aides à domicile concernent principalement :

- l'entretien du logement et du linge,
- l'aide au lever,
- l'aide à la toilette,
- l'aide aux courses,
- la préparation des repas,
- la prise des repas,
- l'aide au coucher.

Les aides à domicile peuvent également accompagner les personnes âgées lors de sorties, réaliser des activités de loisirs avec elles, et ainsi contribuer à maintenir leur vie sociale. Certains services d'aide à domicile peuvent également proposer les prestations suivantes :

- téléassistance,
- portage de repas à domicile,
- petits travaux de bricolage.

Le coût varie selon les services à domicile. Il est possible de payer les interventions des services d'aide à domicile en CESU (chèque emploi service universel).

Différentes aides sont possibles pour aider à financer les interventions d'aide à domicile, sous réserve de remplir les différents critères d'éligibilité :

- l'APA (allocation personnalisée d'autonomie),
- l'aide-ménagère,
- les aides fiscales,
- les aides des caisses de retraite,
- les aides des complémentaires santés.
-

c) SPASAD

Afin de répondre de manière plus complète aux besoins des personnes fragiles, une nouvelle forme d'organisation des services à domicile a été mise en place en 2005 sous la forme de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).(2) Les SPASAD apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge. Ils regroupent des services qui assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Un SPASAD peut être nouvellement créé ou constitué à partir d'un SSIAD et d'un SAAD pré existants. La création fait l'objet d'un arrêté d'autorisation conjoint du directeur général de l'ARS (Agence régionale de santé) et du président du conseil départemental. Par le rapprochement de ces deux types de structures, les SPASAD favorisent la coordination des interventions tant autour de la personne accompagnée, qu'auprès des différents acteurs du secteur. Enfin, l'évaluation des besoins de la personne donne lieu à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, construit et mis en œuvre dans une démarche conjointe par les personnels de l'aide et du soin à domicile, pour une prise en charge globale plus cohérente. (16)

Les services rendus par les SPASAD présentent de nombreux intérêts pour les personnes âgées : les personnes ne sont plus obligées de faire appel à deux services, ni de coordonner leurs interventions. Les démarches et le dialogue avec le service intervenant à domicile sont facilités pour les personnes et les familles. Elles disposent d'un interlocuteur unique pour la mise en place de l'intervention et son suivi, qui sont assurés par une même équipe.

Pour la partie aide à domicile, les SPASAD apportent des prestations d'entretien du cadre de vie et des prestations d'aide à la personne. Ils interviennent dans les mêmes conditions que les services d'aide à domicile. Pour ces interventions, il n'est pas nécessaire d'avoir une prescription médicale.

Pour bénéficier de l'intervention d'un SPASAD pour des soins infirmiers, il est nécessaire d'avoir une prescription médicale, comme dans le cadre d'un recours à un SSIAD. Il faut également être âgé de plus de 60 ans ou être en situation de handicap. Le coût des interventions pour les soins infirmiers est pris en charge par l'Assurance maladie. Il n'y a pas d'avance de frais demandée à la personne. Le coût des interventions d'aide à domicile est à la charge de la personne. Il peut être pris en charge en partie par différentes aides (notamment l'APA, les aides des caisses de retraite et les aides des complémentaires santé), sous réserve d'être éligible à ces aides.

Les SPASAD devraient se développer avec la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement :

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement met en place des expérimentations d'une nouvelle forme de SPASAD assurant des prestations d'aide, d'accompagnement et des soins au domicile des personnes fragiles. Ces SPASAD sont appelés « SPASAD intégrés ». (14) La loi donne également la possibilité aux SPASAD de mettre en place des actions de prévention financées dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Un arrêté publié au journal officiel fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux SPASAD permet de lancer ces expérimentations qui sont de nature à favoriser le développement de ces services.

La loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, propose en son article 49 d'expérimenter, sur une période de 2 ans, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD. L'objectif est de promouvoir le développement de ce modèle d'organisation de l'aide et du soin à domicile, et en particulier d'en améliorer la coordination et favoriser la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Les expérimentations porteront sur une organisation et un fonctionnement intégrés des SPASAD pour assurer une plus grande mutualisation des organisations et des outils mais au-delà, une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance. (17)

Ainsi, cette nouvelle forme de SPASAD permettra aux personnes accompagnées de bénéficier :

- d’un accès simplifié aux informations, par la mise en place d’un guichet unique et d’un interlocuteur unique,
- d’une prise en charge globale de ses besoins donnant lieu à l’élaboration d’un projet individualisé d’aide,
- d’accompagnement et de soins, et coordonnée au sein du service et auprès des partenaires extérieurs par un infirmier coordonnateur,
- et d’actions de préventions (dont le financement pourra être pris en charge dans le cadre de la conférence des financeurs).

d) Centre de Soins Infirmiers

Anciennement appelés dispensaires, les centres des soins infirmiers (CSI) sont une catégorie de centres de santé. Structures de proximité de premier recours, ils dispensent sur prescription médicale ou hospitalière des soins infirmiers en centre et/ou à domicile. Ouverts à tous, quel que soit l’âge, les soins à pratiquer, la pathologie, les CSI assurent un libre choix pour les patients en matière de soins sans hébergement. Ils sont une alternative entre l’établissement de santé et les soins de ville. Gérés par des organismes à but non lucratif, les centres pratiquent le tiers payant et s’engagent à respecter les tarifs conventionnels. Ces structures font l’objet d’un agrément et d’une visite de conformité par les autorités publiques. Le personnel du centre est composé d’infirmiers salariés, diplômés d’Etat, qui travaillent en équipe pour offrir les meilleurs soins et assurer une prise en charge globale des patients.

Les soins à domicile permettent, dans certains cas, d’éviter l’hospitalisation lors de la phase aiguë d’une affection et, le cas échéant, de faciliter le retour au domicile après un séjour hospitalier. Des infirmiers d'Etat, salariés de centres de soins infirmiers (CSI) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) interviennent 365/365 jours, voire 24 heures sur 24,dans les CSI grâce à l’exercice en équipe. Ils travaillent en équipe et suivent l'ensemble de des prescriptions, protocoles et actes réalisés. Ils veillent à informer le médecin traitant et d'autres intervenants si nécessaire, globalisant ainsi la prise en charge du patient.

Les centres de soins infirmiers (CSI) sont des centres de santé ouverts à tous qui interviennent dans le secteur des soins ambulatoires. Ils sont considérés comme des structures de proximité de premiers recours. Gérés par des organismes à but non lucratif, ils constituent une alternative entre l’établissement de santé et les soins de villes. Ils participent à la politique de maintien à domicile des personnes âgées, dépendantes, handicapées et dans le cadre de retours à domicile suite à une hospitalisation.

IV Le patient complexe, définition

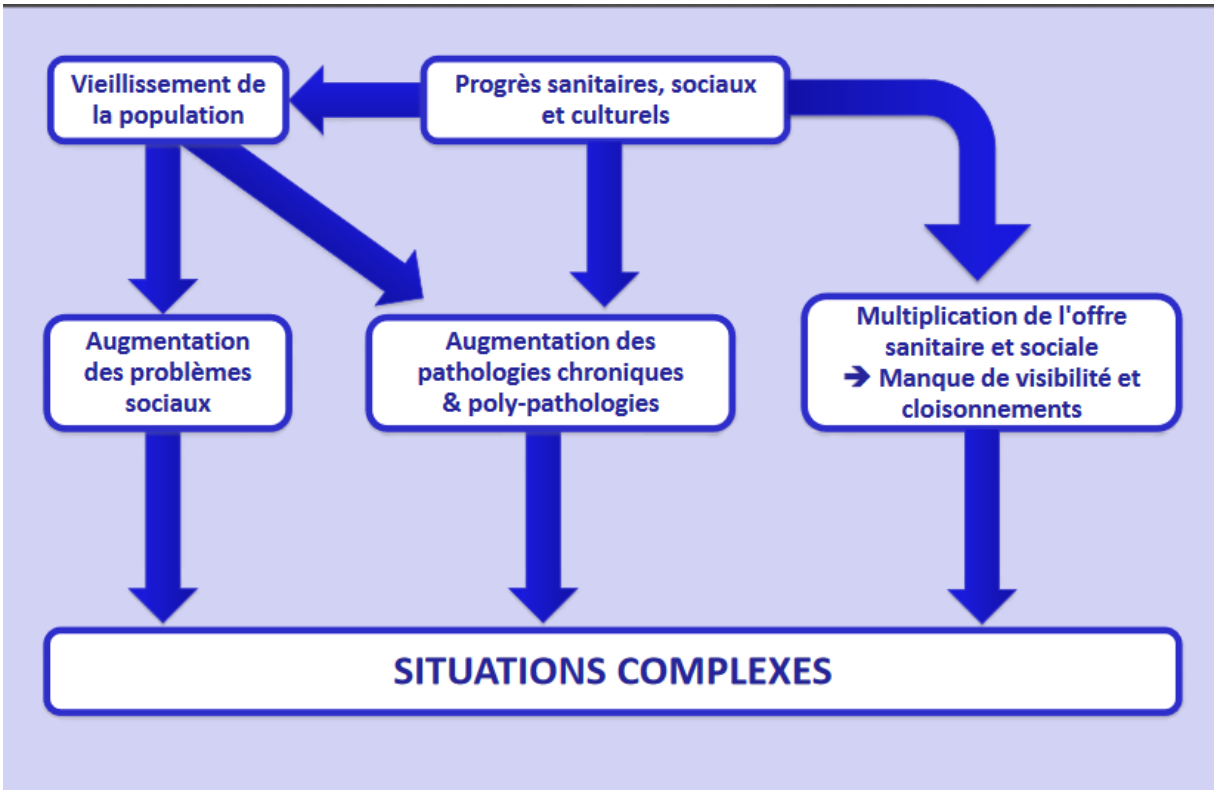
Le mot « complexe » – du latin *complectere* : embrasser, brasser ensemble – est le contraire de simple, puisqu'il renvoie à l'idée d'éléments divers. Le complexe, c'est aussi, dans le langage courant, un sentiment d'infériorité, que la cure psychanalytique aurait pour but d'éliminer. La notion a perdu son sens d'étape de la personnalité pour s'appliquer à une multitude de cas particuliers.

La complexité ne saurait être quelque chose qui se définirait de façon simple et prendrai la place de la simplicité. « La complexité est un mot problème et non un mot solution. » Edgar Morin(18)

Au sens courant, réducteur et inexact de complication, le terme « complexité » servait d'excuse au manque de théorie et d'explication. De justification, il est devenu problème, lui-même objet d'étude. La complexité a évolué dans le contexte scientifique et épistémologique contemporain et a pris, dans les sciences sociales, une ampleur considérable.

En médecine on parle de situations complexes plutôt que de patients complexes.

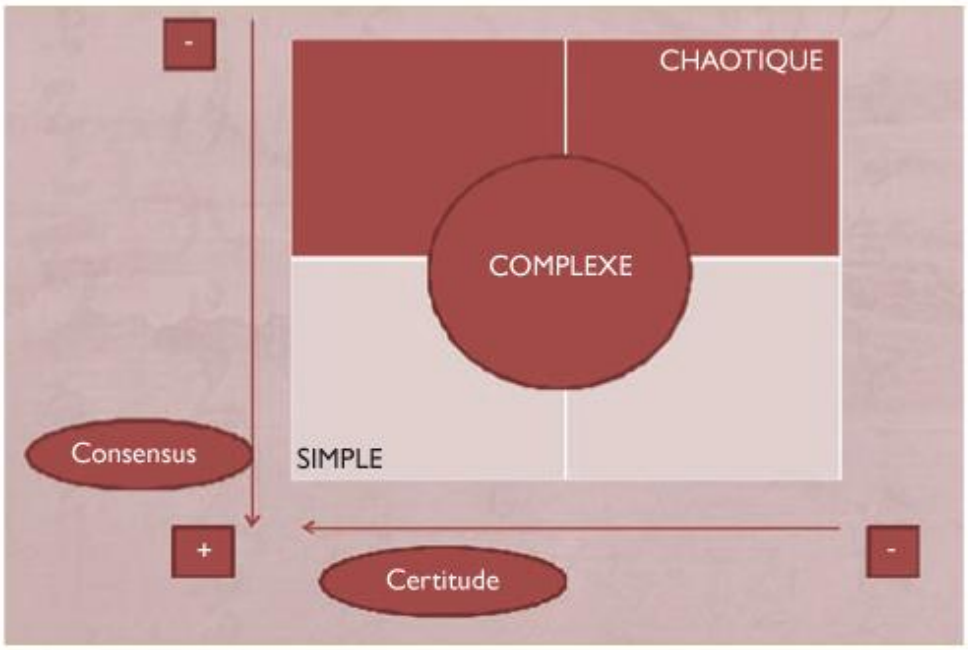
Schéma 1 : la complexité en médecine générale, thèse Caroline Tanquerel (19)



La complexité en médecine générale résulte de la singularité de la prise en charge du patient, de la spécificité de son parcours de santé, des particularités du territoire, du

mode d'exercice et de l'expérience du médecin généraliste. (19) La complexité serait voisine du chaos comme l'illustre la relation décrite par le diagramme de Stacey, professeur de gestion anglais et spécialiste des systèmes complexes.

Diagramme de Stacey



Pour illustrer ce diagramme en médecine, prenons l'exemple concret d'un patient de 70 ans présentant une pneumopathie communautaire aiguë. Dans ce cas, la prescription d'antibiotique est bien codifiée et le traitement peut être réalisé simplement en ambulatoire. Devant un problème simple tel que celui-ci le médecin peut adopter une approche linéaire car il existe une certitude et un consensus élevés. Mais si ce patient est aussi alcoolique chronique, présente une bronchopneumopathie obstructive et une démence débutante, alors la certitude et le consensus diminuent.
Si on ajoute qu'il vit seul sans entourage, ne veut pas être hospitalisé et ne possède pas de mutuelle la situation se complexifie encore, voire approche du chaos.

Le British Medical Journal (BMJ) a consacré quatre articles en 2001 sur le thème de la complexité. (20) (21) (22) (23) Selon les auteurs de cette série, un système complexe « est un ensemble d'agents individuels avec la liberté d'agir de façon pas toujours prédictible, et dont les actions sont interconnectées de sorte que l'action d'une partie modifie le contexte pour les autres agents». Le patient peut être assimilé à un système complexe.

- Il est composé d'organes, de cellules, de molécules mais il est défini également par l'environnement dans lequel il vit (famille, profession, culture, religion,) et par ses expériences passées.
- Il est indivisible et en même temps composé d'un nombre infini de particules et exposé à un nombre infini d'influences extérieures comme l'a expliqué l'américain G. L. Engel, médecin généraliste et psychiatre, dans les années 7O. (24)

En médecine générale, la complexité et l'incertitude font partie du quotidien du médecin. Celui-ci ne peut y répondre de manière linéaire en solutionnant séparément chaque problème mis bout à bout. Il ne peut décomposer le système complexe que

forme le patient en plusieurs parties qu'il aborderait séparément risquant alors de déséquilibrer l'ensemble du système, car ce qui différencie un système compliqué d'un système complexe est l'interdépendance existante entre les différents éléments.

Pour répondre à la complexité du patient, il semble donc adéquat d'avoir une approche « centrée sur le patient » prenant en compte la dimension biomédicale mais aussi psychologique et sociale. C'est cette approche biopsychosociale décrite par Engel qui est utilisée en pratique actuellement.

D'après l'étude d'Evans en 2009(25), les médecins généralistes utilisant une approche biopsychosociale sont moins anxieux face à l'incertitude que ceux utilisant une approche biomédicale stricte. Ainsi le terme de complexité est utilisé en médecine pour qualifier la situation d'un patient pour qui la décision clinique et les processus de soins requis ne sont pas de routine ou standards

Une situation complexe peut se définir comme une situation dans laquelle sont présents plusieurs facteurs : médicaux, biologiques, génétiques, socio-économiques, environnementaux, culturels, comportementaux. Le patient en situation complexe se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de ruptures dans son parcours. Il semble donc nécessaire de savoir repérer ces patients en situation complexes.

Plus récemment, la DGOS a proposé de définir les situations complexes de la manière suivante dans le guide méthodologique publié en 2012 destiné à faire évoluer les réseaux de santé: (26)
Complexité médicale :

- Association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs Affections Longue Durée(ALD)
- Degré de sévérité des pathologies
- Equilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique

Complexité psycho-sociale :

- Personne ayant un faible recours aux soins
- Isolement social, vulnérabilité sociale
- Pratiques de santé inadaptées
- Intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance, associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs.

Ainsi, il s'agit des situations appelant une diversité des intervenants, et auquel le médecin de premier recours ne peut répondre avec ses propres moyens. En pratique, et sans critère d'âge, ce sont essentiellement des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. Pour les personnes âgées, des grilles individuelles d'évaluation du niveau de fragilité sont fréquemment utilisées (Norton, Braden).

V Le médecin généraliste, médecin de premier recours

Le médecin généraliste est un soignant de premier recours, de première ligne. Il s'est vu progressivement confier deux missions, parfois confondues. La première consiste à coordonner les interventions des professionnels de santé pour l'ensemble des patients ; la seconde s'adresse aux seuls malades chroniques pour qui il s'agit d'organiser les soins de premier recours, en coopération avec les autres professionnels de santé. Cette seconde mission est apparue récemment.

Le médecin traitant (article 15-1 de la convention médicale)(27) :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et veille à l'intégration de ces synthèses dans un dossier médical personnel ;
- apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

La loi «hôpital, patients, santé territoires»(28) précise la mission du médecin de premier recours, coordination et organisation de la prise en charge des malades chroniques en coopération avec les autres professionnels. On notera que la coopération des professionnels n'est mentionnée par la loi que pour les malades chroniques, les autres patients bénéficiant aux termes de celle-ci de soins coordonnés. Le médecin de premier recours doit par ailleurs contribuer à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé.

Art. L. 4130-1 du code de la santé publique (2):
Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :
1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 (29) ;
8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique)(2). Le médecin généraliste de premier recours a donc un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre du système de soins (diagnostic, orientation, traitement), du suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

En conséquence, il est important de donner des outils au médecin généraliste afin de favoriser la coordination des soins par le médecin généraliste de premier recours et plus largement, par les équipes de premier recours. Plusieurs outils (système d'information, nouveaux modes de rémunération, référentiels de pratiques médicales) sont des aides à la mise en œuvre de cette fonction de coordination. De même, l'exercice coordonné sous forme de maisons de santé, de pôles de santé, de centres de santé, de cabinets de groupe favorisent la prise en compte de la coordination au plus près du patient. Pour une grande majorité des cas, l'expertise nécessaire à une bonne orientation dans le système est directement fournie par le médecin généraliste de premier recours ou l'équipe de premier recours, qui connaissent l'histoire du patient, son environnement, sa situation sociale. Mais pour les patients en situation complexe appelant un recours à plusieurs intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social) le médecin généraliste de premier recours peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficace (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions). Ce besoin a été identifié dans le cas de la prise en charge des personnes âgées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM)qui juge nécessaire de mettre à disposition du médecin généraliste de premier recours un « Appui fonctionnel ». Cet appui peut comporter un diagnostic sur les besoins d'aménagement du domicile, améliorer le mode de recours aux soins hospitaliers, un diagnostic sur les besoins d'auxiliaire de vie, un suivi de la prise en charge globale et de la coordination des intervenants, une intervention d'autres professionnels pour la formation et l'information de l'entourage familial. Ce besoin d'appui s'exprime de façon générale pour l'organisation de parcours de santé très divers, pour coordonner les intervenants et les dispositifs déjà en place, l'absence d'un maillon au sein d'une filière ou l'insuffisance de coordination.

Plusieurs travaux affirment la complexité de la médecine générale, (19) (30)en lien avec des changements démographiques épidémiologiques et sociaux. Les difficultés retrouvées dans ces travaux pour les médecins généralistes sont multiples et correspondent avec ce qui a été dit ci-dessus à savoir un manque de temps, (aulagnier et al.2007 Brez et al.2010), des difficultés à évaluer sur une consultation l'ensemble

des besoins, et un manque de connaissance des ressources, réseaux de santé existants. Les médecins généralistes ont donc besoin d'outils simples (téléphone) favorisant la communication et le décloisonnement. Ils ont besoin d'appui pour l'étape d'évaluation initiale de la situation. Ils souhaitent rester le coordinateur de proximité, en accord avec les textes juridiques, avec une rémunération adaptée et une réadaptation de la coordination à leur contrainte de travail.

Il s'agit de mieux synchroniser les interventions autour des patients dans une logique de « juste recours » aux soins. La coordination des acteurs de santé vise aussi à décloisonner le système de santé. Elle est en effet particulièrement nécessaire aux interfaces de l'offre de soins (ville/hôpital, sanitaire/médico-social/social) et pour les patients en situation complexe, c'est-à-dire ceux dont la prise en charge requiert une multiplicité d'intervenants des différents champs (sanitaire, médico-social et social). La coordination vise ainsi à articuler les ressources disponibles sur un territoire donné, sans se substituer à l'activité des effecteurs de soins ni à pallier les dysfonctionnements organisationnels existants. A terme, la fonction de coordination devrait s'intégrer davantage dans l'activité de soins.

Compte tenu du besoin de coordination identifié pour l'organisation du parcours de soins des patients en situation complexe, il est préconisé d'orienter les moyens des réseaux de santé vers la mise en place d'un service d'appui aux effecteurs de soins et notamment aux médecins généralistes de premier recours. Plusieurs principes directeurs peuvent être retenus pour la mise en place de ce service :

- Cette évolution ne serait développée que dans les territoires où un besoin est identifié par les ARS et où les professionnels du premier recours expriment le souhait de le voir se développer.
- Ce service serait étroitement articulé avec les autres dispositifs de coordination de proximité, (CLIC, SAMSAH, MDPH) et d'intégration des services d'aide et de soins (MAIA) déployés notamment dans le secteur médico-social, avec l'HAD et les SSIAD, afin d'organiser au mieux les zones de recouvrement.
- L'évolution des réseaux de santé serait engagée dans ce cadre :
    - Les réseaux de santé souhaitant assurer le portage de ce service s'engageraient dans le cadre d'un CPOM avec l'ARS à faire évoluer leur activité et leur positionnement dans l'offre de soins.
    - Pour les réseaux de santé dont l'activité principale ne serait pas centrée sur la coordination (prise en charge directe de patients, fourniture d'une expertise à caractère purement médicale, éducation thérapeutique non inscrite dans la coordination du parcours de soins) ou n'ayant pas vocation à s'inscrire dans un tel service de proximité (réseaux de périnatalité, réseaux régionaux de cancérologie), une stratégie d'évolution adaptée devrait être conduite au regard des besoins identifiés par les ARS.

Un autre point est à aborder dans l'exercice de la médecine générale, concernant les patients complexes. L'aphorisme selon lequel la relation médecin-patient serait celle du « colloque singulier » au cours duquel « une conscience répondait à une confiance » doit probablement être revisité. De plus en plus souvent, la relation est désormais « polyphonique ». Bien loin d'altérer la chaleur et la solidité de la relation humaine qui doivent présider à la prise en charge d'un patient -et parfois de son entourage –les coopérations entre les professionnels de santé en refondent au contraire la valeur

singulière. Y compris par l'expression d'une conception moins exclusivement médicale du secret. Tous les professionnels de santé sont astreints, par leurs éthiques et leurs déontologies ; ainsi que par la loi, au respect de la confidentialité de ce qu'ils auront «vu, entendu ou compris ». Le secret confié à chaque membre d'une équipe de soins est appelé à pouvoir être partagé « dans l'intérêt du patient ». Il ne peut l'être qu'avec l'accord et la confiance de celui-ci, et il reste limité à ce qui est nécessaire et suffisant pour la bonne coordination des soins, avec les implications médico-sociales découlant de la maladie et des conditions de vie du patient.

VI Etude

L'objectif principal de ce travail est de comprendre si le médecin traitant, le SSIAD et le patient et son entourage partagent la même vision de la situation d'un patient en situation complexe. Ce travail de thèse se propose de déterminer au travers du regard du médecin généraliste prescripteur, au travers du ressentit des aidants principaux ou accompagnants, au travers du vécu des SSIAD, sur l'agglomération nancéenne d'avril à juin 2016, comment une grille de critères permet de juger des moyens à mettre en place par le SSIAD pour une prise en charge optimale, en optimisant la place des médecins traitants au sein de cette coordination.

a) Matériel et méthode

L'Etude est descriptive rétrospective,

Nous avons inclus des patients SSIAD-Personnes Agées, considérés comme complexes par les SSIAD, de l'agglomération nancéienne d'avril à juin 2016.

Les SSIAD recrutés sont les sept SSIAD de l'agglomération Nancéenne accompagnés par le réseau Gérard Cuny :

- **SSIAD OHS à Nancy**, L'Office d'hygiène sanitaire de Meurthe et Moselle est une association qui regroupe 20 établissements, à destination des personnes Handicapés, de l'enfance au grand âge. Le SSIAD de l'OHS travaille avec des infirmières salariées. Le SSIAD de l'OHS est conventionné avec un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), ce qui réalise un Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD).
- **SSIAD de l'ALAGH** à Villers-Lès-Nancy, association qui travaille avec des infirmières libérales conventionnées, et des infirmières salariées. L'Association Lorraine d'Aide aux Grands Handicapés s'est rapproché de l'Association Lorraine de Soins à Domicile dans les années 2010, les deux associations ont fusionnées le 1er mai pour former le SSIAD de Villers-Lès-Nancy. Le SSIAD gère un Centre De Soins Infirmiers avec 17 salariés et un SSIAD avec 30 salariés ; avec l'association d'aide à domicile Ville et service il forme un SPASAD.
- **SSIAD ADMR GARDE** de Nancy, qui travaille avec des infirmières conventionnées avec le SSIAD. Garde est conventionné avec des associations d'aide à domicile du group l'ADMR dans un SPASAD. Au sein de cette convention sont regroupées ADMR, GARDE, ALIEH, et ASSAD. L'ADMR est un réseau associatif structuré en quatre échelons interdépendants et complémentaires (local, départemental, régional et national).
- **SSIAD de Saint Eloi** à Neuves Maison, qui travaille avec des infirmières libérales, pas de convention mais travail avec des services d'aides. Le SSIAD appartient à la clinique Saint-Eloi.
- **SSIAD GIHP** à Nancy, travaille avec des infirmières libérales, pas d'infirmières salariées. Il a comme partenaire le SAAD du GIHP, avec lequel il forme un SPASAD.
- **SSIAD AVAD** à Essey-Lès-Nancy. L'association AVAD a une partie SSIAD et une partie SAAD.

- **SSIAD Sainte-Marie** à Nancy, travaille avec infirmière salariées, et libérales non conventionnées. Le SSIAD est conventionné avec la maison hospitalière Saint-Charles depuis plusieurs années. Un projet de SPASAD est en cours.
- Questionnaires donnés à remplir par les aides-soignantes ou informations recueillies lors d'entretiens avec l'infirmière coordinatrice
- Les SSIAD seront ensuite désignés par des lettres pour respecter l'anonymat des situations traitées.

Le nom des Médecins Traitants prescripteurs a été obtenu, à partir des dossiers des patients précités. Un questionnaire de 9 questions a été adressé aux 48 médecins traitants (certains médecins traitants suivent plusieurs patients) par mail téléphone et courrier, avec une enveloppe pré timbrée pour le retour. La plupart ont répondu par courriers, certains par entretien téléphonique.

Les aidants principaux, ont été interrogés par téléphone en utilisant la grille Zarit, grille validée permettant d'évaluer leur ressenti en charge de soins (fardeau).

b)Résultats globaux et graphiques concernant uniquement les prises en charge considérées comme « lourdes » par les SSIAD.

- Représentent 51/413 patients, soit 12.3 % sur le territoire nancéen.

- Répartition par SSIAD : chiffre brut et % par rapport au nombre total de place : quelle lecture de ces chiffres ? Est-ce lié à la personnalité de l'Infirmière Coordinatrice (IDEC) ? À l'histoire et au fonctionnement de la structure ? Ou bien aux médecins prescripteurs ? Ou bien aux caractéristiques de la population sur un territoire donné (moyens, offre, disponibilité de l'offre …)

Caractéristiques des SSIAD : tableau 1

SSIAD	Nombre de patients lourds,	Nombre de places	Pourcentage par rapport au nombre de place	ide libéraux	Ide salariées	Association avec des structures d'aides
SSIAD A	8	117	6.8%	non	oui	oui
SSIAD B	4	50	8%	Oui	non	oui
SSIAD C	7	32	21%	Oui	non	oui
SSIAD D	4	50	8%	Oui	non	non
SSIAD E	15	120	12.5%	Oui	oui	oui
SSIAD F	13	39	33.3%	Oui, non conventionnées	oui	non
SSIAD G	0	5	0	oui	non	oui
Total	**N=51**	**N=413**	**Pourcentage brut : 12.3%**			

Sur l'agglomération nancéenne, entre avril et juin 2016, 12.3% des patients ont été identifiés comme complexes par les équipes des différents SSIAD. Ce taux apparait faible.

Tous les SSIAD ont une à deux infirmières coordinatrices, qui ont un travail administratif ainsi que de coordination des soins et qui n'ont donc pas été comptabilisées dans les infirmières de soins.

Seulement un SSIAD travaille exclusivement avec des infirmières salariées, deux SSIAD travaillent avec des infirmières salariées, dont celui pré cité. Les autres travaillent avec des infirmières libérales, en général conventionnées. Le SSIAD qui travaille avec des infirmières salariées a un pourcentage plus faible de patients complexes.

Nous voyons ainsi que les SSIAD travaillent en réseau avec les autres services d'aides à la personne, que ce soient des SAAD, ou des structures hospitalières. Ils constituent ainsi un maillage de proximité qui soutient le médecin traitant dans la prise en charge des personnes âgées.

Caractéristiques des SSIAD : tableau 2

SSIAD	% PATIENTS LOURDS	% PATIENTS GIR 1ET 2	% PATIENTS AVEC TROUBLES COGNITIFS N=31	REALISATION DU PROJET DE SOINS PERSONNALISE (PSP) AVEC LE MEDECIN TRAITANT
A	6.8% (8)	100% (8)	37.5% (3)	Parfois
B	8% (4)	100% (4)	50% (2)	Non, mais suivi du patient coordonné
C	21% (7)	100% (7)	57% (4)	Pas de PSP avec le médecin traitant
D	8% (4)	100% (4)	75% (3)	Pas de PSP avec le médecin traitant
E	12.5% (15)	80% (12)	66.6% (10)	
F	33.3% (13)	84.6% (11)	69.2% (9)	parfois
TOTAL	N=51	N=23	N=31	

La grande majorité des patients décrits comme complexes, appartiennent aux deux premiers groupes GIR, ce qui témoigne d'une très lourde dépendance. La moyenne pour tous les SSIAD, de patients complexes en GIR 1 et 2 est de 90%. 5 SSIAD sur 6

ont plus de la moitié de leurs patients identifiés complexes qui présentent des troubles cognitifs.

A la perte d'autonomie s'ajoutent donc des troubles cognitifs.

Nous constatons également que les médecins traitants ne sont pas systématiquement associés au projet de soins personnalisé. Seuls deux SSIAD relisent de façon occasionnelle le projet de soins personnalisé du patient avec le médecin traitant. Le projet de soins personnalisé qui fixe les objectifs de la prise en charge des patients, et est donc le fil conducteur de la coordination lors du séjour en SSIAD des patients.

Soins réalisés par les SSIAD :

Sur l'échantillon des 51 patients considérés comme complexes par les SSIAD, selon les réponses récoltées via le questionnaire adressé aux équipes des SSIAD.

Soins réalisés par les SSIAD tableau 3

SSIAD	Toilettes n=51	Traitements n=22	Alimentation n=3	Fréquence des passages quotidiens	Temps de soins quotidien Moyenne par patient
A	100% (8)	100% (8)	25% (2)	Entre 1 et 4	1h03min
B	100% (4)	25% (1)	0%	Deux passages	1h30min
C	100% (7)	14.2% (1)	0%	Deux passages	1h31min
D	100% (4)	25% (1)	0%	Entre un et deux	1h02 min
E	100% (15)	40% (6)	6.6 % (1)	Entre un et deux	1h17min
F	100% (13)	38.4% (5)	0%	Entre un et deux	1h15min
TOTAL	N=51 100%	n = 22 43%	n = 3 5%	Entre un et quatre	1H 16min

Pas d'inclusion du SSIAD G qui n'a pas inclut de patient pour cette étude. On note un temps quotidien de soins par patient sensiblement identique pour chaque SSIAD. A noter que le SSIAD D a le seul patient qui ne bénéficie pas de passage du SSIAD tous les jours, mais 5 jours sur sept, avec un seul passage sur ces cinq jours.

Remarque importante pour la suite de l'étude : Par la suite, on fait le choix d'une étude territoriale : Tous les tableaux sont donc construits sur la totalité de la population étudiée (n = 51). Il n'est en effet pas utile selon nous d'étudier tous les items SSIAD par SSIAD, ni de les comparer entre eux mais plutôt à l'échelle d'un territoire, celui de la métropole du Grand Nancy.

Tous les patients sur tous les SSIAD, ont bénéficié de soins de confort, d'hygiène d'élimination, de soins éducatifs et relationnels. Les soins autour de la toilette sont centraux dans la prise en charge des patients.

Le rapport d'activité du réseau Gérard Cuny de 2016 et 2015 retrouve 100% de demande pour la toilette au niveau des soins infirmiers.

Le traitement est géré par le SSIAD pour 22 patients, cela signifie la réalisation du pilulier et l'administration des traitements par l'infirmière salariée par le SSIAD.

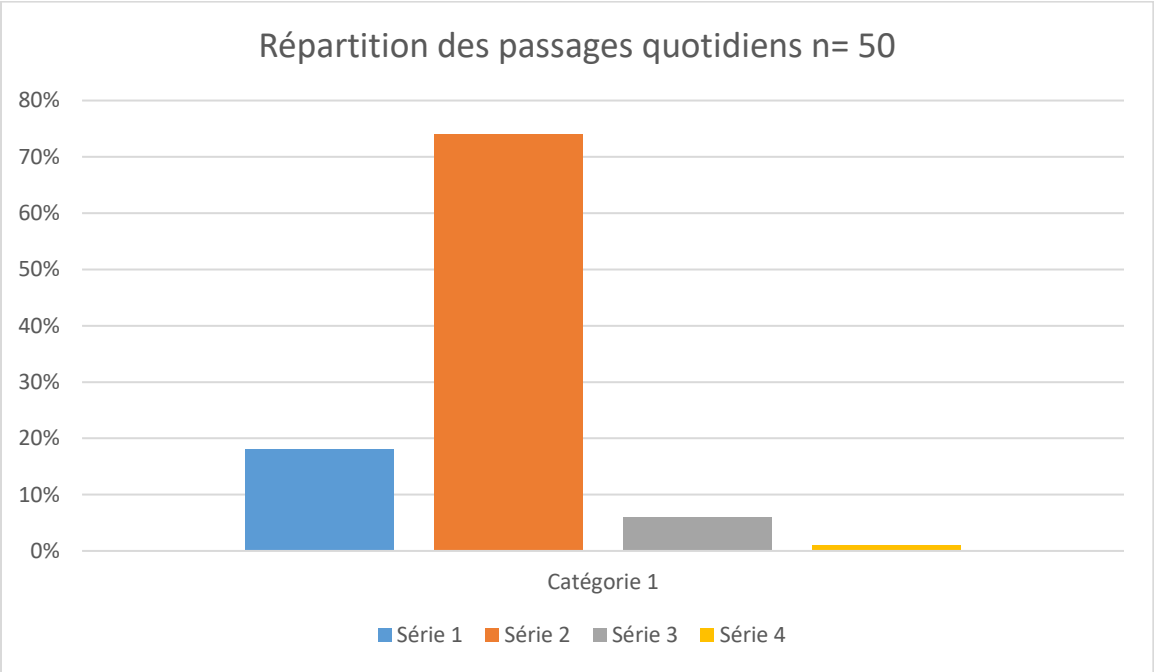
Pour le reste des 51 patients, c'est l'infirmière libérale conventionnée ou non par le SSIAD, présente antérieurement à la prise en charge du SSIAD, qui gère le traitement.

L'alimentation est gérée par le SSIAD pour trois patients, en général quand elle est médicalisée, par Gastroscopie Endoscopique Percutanée, ou seringue notamment dans le cadre de trouble de la déglutition). Pour les autres cas l'aide à l'alimentation est fournie soit par l'aidant principal soit par une association d'aide à la personne, avec multiplication du nombre d'intervenants, ce qui peut engendrer des pertes d'informations.

Il y a eu des soins autour de la fin de vie pour trois patients, ce qui reste relativement faible au vu de l'âge avancé des patients. Ces soins sont souvent du fait de leur technicité (stupéfiants, perfusions pansements de plus d'une heure de temps…) délégués à une équipe d'Hospitalisation A Domicile.

PASSAGES :

Graphique 1



Concernant les temps de passage, ils sont pluriquotidiens pour la plupart des patients, 42 patients ; ---un passage par jour pour 9 patients, série 1 18%

- Deux passages par jours pour 38 patients, série 2, soit 74%

- Trois passages par jour pour trois patients, série 3 soit 6%

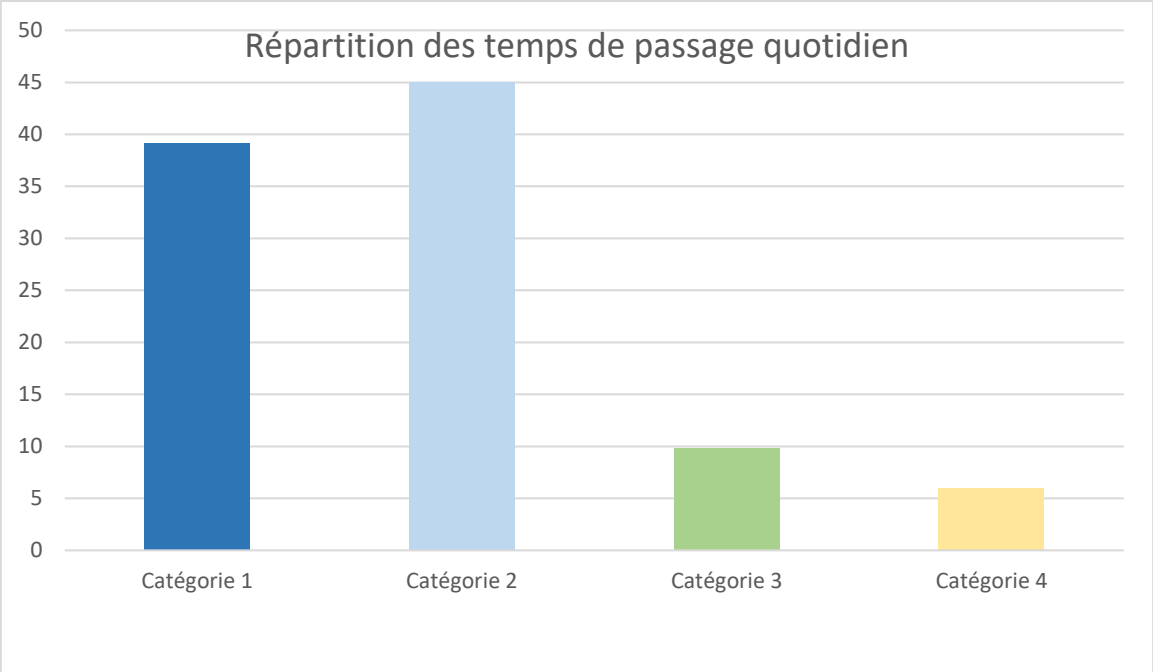
- Quatre passages par jour pour un patient, série 4 soit 1%

Un patient dans cette étude a bénéficié d'un passage 5 jours sur sept. La grande majorité des patients bénéficient de deux passages du SSIAD par jour.

TEMPS DE SOINS :

Les temps de passages sont très variables, allant de 20min à trois heures, avec des temps doublés lorsqu'il y a besoin de deux aides-soignantes pour le même patient au même moment.

Graphique 2



Catégorie 1 : pourcentage de patients nécessitant de 20min à 1h de temps de passage quotidien, soit 39.2%

Catégorie 2 : entre 1h05 et 1h30 soit 45%

Catégorie 3 : entre 1h40 et 2h soit 9.8%

Catégorie 4 : plus de deux heures de temps de passage quotidiens soit 6%

On constate que la plupart des temps de passage quotidien sont entre 1h05 et 1h30, avec peu de cas après 1h30. Plus de 50 % des patients nécessitent plus d'1 h de soins, soit le double du temps dédié par patient, et 7.8 % nécessitent plus de 2 heures de soins. Le calcul est effectué soit le double du temps dédié. La plupart des patients, 78% bénéficient de deux passages par jour, avec des temps de passage compris entre 20min et une heure.

Autant la durée quotidienne du temps de passage a pu être calculée car renseignée de façon claire par les aides-soignantes, autant le détail entre les temps de passages est plus flou, avec des durées plus courtes le soir quand il n'y a pas besoin de toilette, mais lorsque les transferts du patient se font parfois grâce à deux aides-soignantes.

Caractéristiques de la population :

o H/F sur 51 patients on retrouve 24 hommes soit 47% et 27 femmes soit 53%

o Age : 10 patients, soit 19.6% ont entre 96 et 92ans,

25 patients, soit 49% ont entre 88 et 80ans

13 patients soit 25.4% ont entre 79 et 70ans

3 patients, soit 6% ont entre 62 et 68ans

Tableau 4, caractéristiques de la population étudiée

Sexe		Âge				Groupe GIR		
Femme	Homme	60-68 ans	70-79 ans	80-88 ans	92-96 ans	GIR 1	GIR 2	GIR 3
53%	47%	6%	25.4%	49%	19.6%	43%	47%	10%

La moyenne d'âge est de 82.6 ans, comme la population recensée dans le rapport d'activité du réseau Gérard CUNY 2015. Ce même rapport d'activité de 2015 retrouve 56.5% de femmes et 43.5% d'hommes dans la population signalée au réseau Gérard Cuny. On retrouve une proportion un peu plus élevée d'hommes parmi les patients recensés comme complexes par les SSIAD.

Près de la moitié des patients considérés comme complexes dans cette étude ont entre 80 et 88 ans, et près d'un quart sont âgés de plus de quatre-vingt-dix ans.

o GIR, tous les patients appartiennent aux trois premiers groupes GIR, avec 22 patients en GIR 1 soit 43%, 24 patients en GIR 2 soit 47%, 5 patients en GIR 3 soit 10%. 90% des patients lourds sont donc répartis entre le GIR 1 ou le GIR 2.

44 patients soit 86% bénéficient de l'APA, aide du conseil départemental.

TROUBLES COGNITIFS

Des troubles cognitifs, sont fréquemment retrouvés chez les patients identifiés comme complexes.

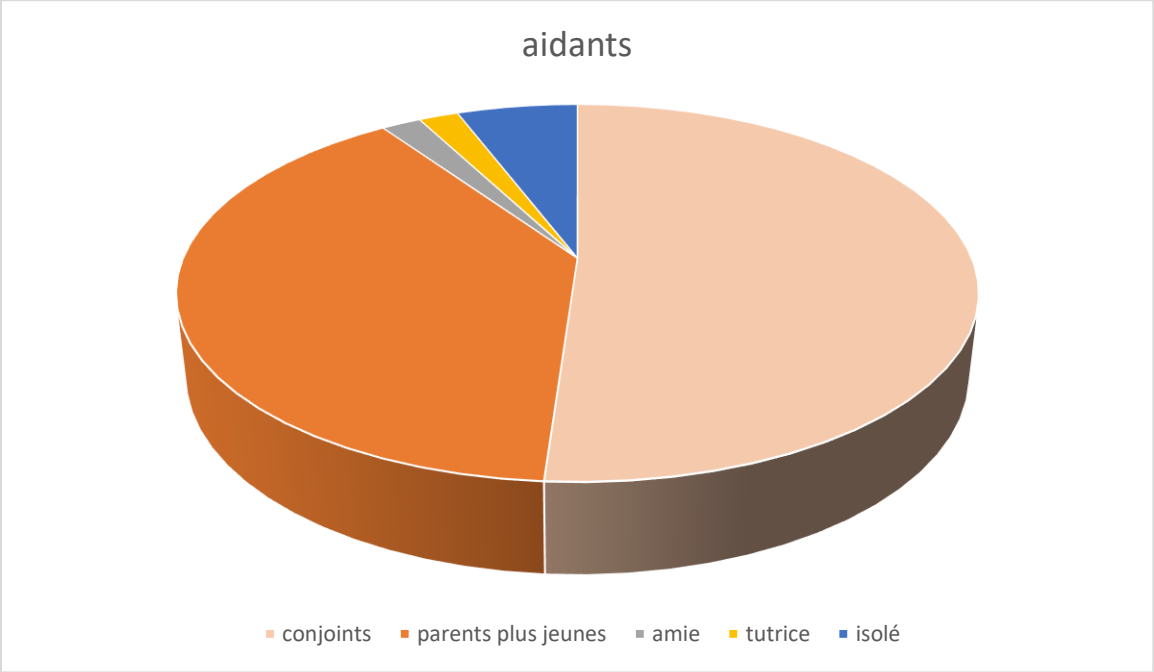
Les patients souffrant de trouble cognitifs (n=31) représentent 60.8% de la population recensée, les patients sans trouble cognitif représentent 39.2% de la population.

MISE EN DANGER : il existe une mise en danger pour 14 patients (27.4%) lorsqu'ils sont laissé seuls au domicile, et 8 patients présentent des problèmes d'agressivité gênant la prise en charge.

Présence d'un aidant et leur profil :

L'aidant est la personne qui vit auprès de la personne âgée dépendante avant toute intervention extérieure. Qu'on le qualifie de bénévole, familial, informel, c'est un interlocuteur clé pour le réseau de soutien à domicile et donc le SSIAD.

Graphique 3 : les aidants

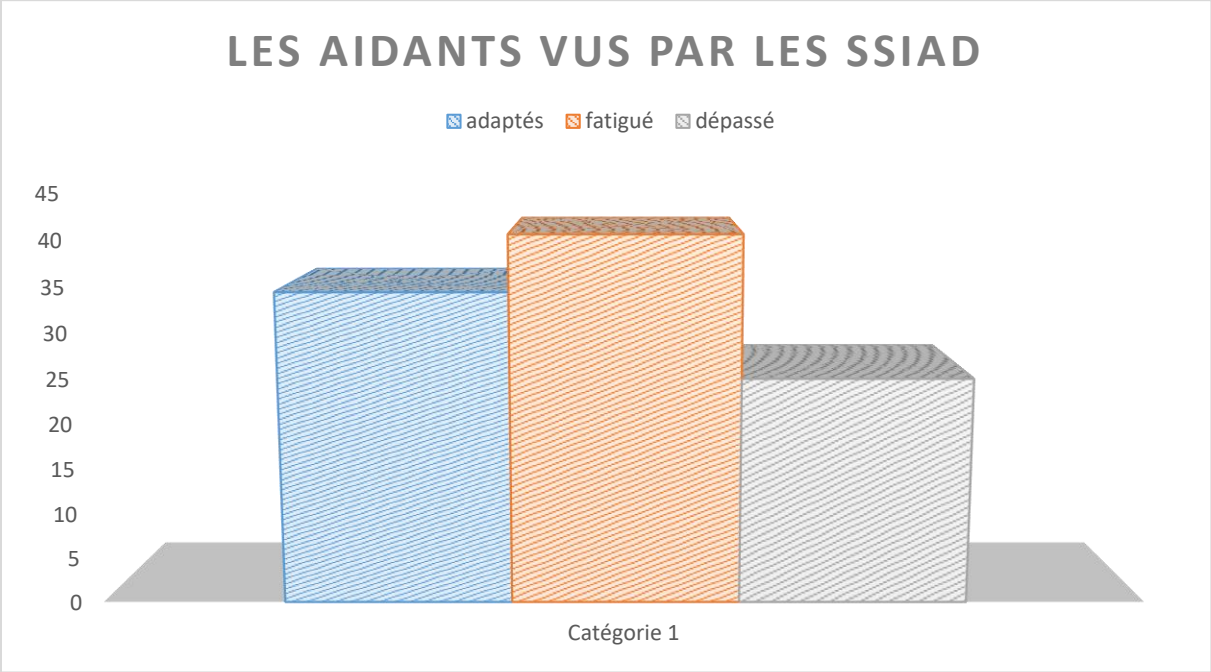


Il s'agit pour la majorité des patients complexes du conjoint (51%) ou d'un parent plus jeune, enfant dans un tiers des cas (39.2%). Lorsque l'aidant principal désigné est un descendant, il n'habite pas forcement avec le patient. Nous avons donc des patients complexes qui vivent seuls mais qui sont entourés du SSIAD.

Trois patients sont sans aidant, un patient a pour principal aidant sa tutrice, ce qui signifie des rapports très distants, sans réelle présence au domicile. Un patient a pour principal aidant une amie, sans qu'elle ait été considérée comme conjoint. Ces patients sont donc isolés sur le plan familial, mais pas forcément social, car des mesures de protections ont été mises en place et permettent l'intervention du SSIAD.

La plupart a été rencontrée et évaluée au domicile du patient par le SSIAD. Un aidant est rémunéré au titre d'aide-soignante, sans compter la tutrice, qui elle est rémunérée pour la gestion administrative des affaires du patient. (19)

Graphique 4 :



Près d'un aidant sur deux est fatigué, et un aidant sur quatre est dépassé. Ils sont adaptés dans un cas sur trois. D'une façon générale, les aidants sont néanmoins fatigués, que ce soient les conjoints ou les enfants, avec deux cas de suspicion de maltraitances rapportés par les équipes des SSIAD, ce qui a motivé l'intervention de gestionnaire de cas du réseau MAIA en lien étroit avec le réseau Gérard Cuny.

Il est probable que cette fatigue retentisse sur les rapports avec les professionnels des SSIAD ; qu'elle se cristallise autour de questions comme le matériel, jugé souvent envahissant, ou l'horaire des tournées. Il serait intéressant de savoir si les aidants jugés adaptés ont reçu au cours de leur vie une formation sur l'accompagnement des personnes âgées fragiles.

Adaptation du domicile :

Selon les réponses du questionnaire adressé aux équipes des SSIAD.

Celui-ci n'est pas adapté pour 11 patients, avec des besoins en lits médicalisés, chaise percée, lève-malade. Du matériel médical est disposé dans la plupart des domiciles sous forme de kits de pansements, ou hydratation sous cutanée. A savoir que l'aménagement du domicile a été conflictuel pour la moitié des patients, plus fréquemment lorsque l'aidant principal est le conjoint. Le patient lui-même dans certains cas refuse l'apport de matériel plus adapté. Le matériel est vécu comme envahissant avec des difficultés de la part des patients et des aidants à intégrer dans le domicile des outils pourtant censés favoriser la prise en charge du patient. Concernant les finances elles n'ont pu être évaluées que dans 3 cas, en rapport avec une mesure de protection, curatelle tutelle.

LIENS SSIAD ET Médecin traitants

Selon les réponses du questionnaire adressé aux équipes des SSIAD

Le médecin traitant a été rencontré physiquement pour 37 patients, soit dans 72.5% des cas, et il y a eu échange avec le médecin traitant dans 78.3% des cas. Les objectifs ont pu être discutés dans 82.3 % des cas entre le SSIAD et la famille. Le téléphone et le cahier de liaison sont les deux outils principaux utilisés pour la communication SSIAD médecin traitant, et SSIAD-autres intervenants paramédicaux. Les SSIAD C et E, ont réussi à mettre en place des réunions pluri professionnelles pour certains patients identifiés comme difficiles.

Grille ZARIT, vision des aidants

30 aidants ont été joints par téléphone, pour répondre au questionnaire : échelle de ZARIT ou inventaire du fardeau de l'aidant. Les autres n'ont pas pu être joints du fait de mauvais numéro, de leur non disponibilité ou de leur refus de répondre. Ce test reflète la surcharge de travail et ses répercussions sur l'état d'esprit des personnes prenant soins d'un parent. Ce test comprend 22 affirmations. Après chaque affirmation, l'aidant indique s'il ressent cet état : 0 = jamais 1 = rarement 2 = parfois 3 = assez souvent 4 = presque tout le temps.

La grille permet une évaluation de cette charge pouvant aller de léger à modéré jusqu'à sévère.

Sur les 30 aidants :

- 18 ont un score compris entre 21 et 40 soit une charge légère ; soit 60% des aidants interrogés.

- 12 ont un score compris entre 41 et 60 soit une charge modérée ; soit 40% des aidants interrogés.

Il n'y a pas eu de patient ressenti comme charge nulle ou sévère par les aidants principaux.

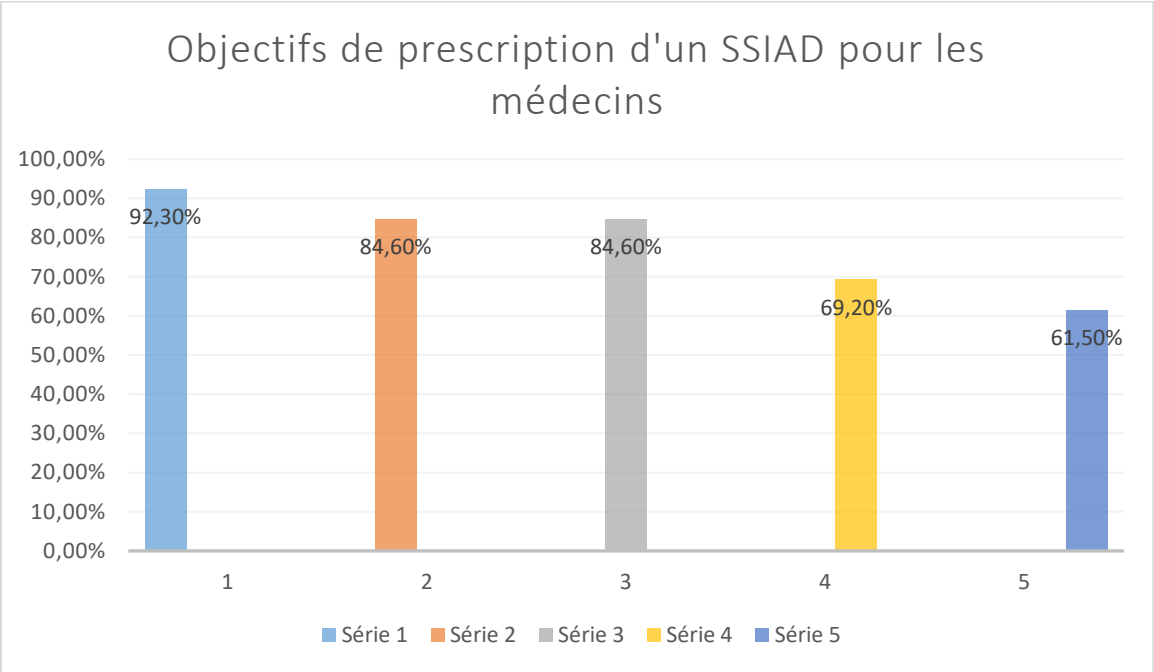
QUESTIONNAIRES Médecins traitants :

Nous avions 51 patients, avec 48 médecins traitants à évaluer.

26 médecins traitants ont répondu au questionnaire de 10 questions, soit par mail soit par téléphone, soit par courrier. Ce qui donne un taux de réponse de 54%. La plupart ont répondu par courrier

Concernant les motifs de la prescription de SSIAD par les médecins traitants :

Graphique 5 :



-92.3% le font pour faciliter le retour au domicile après hospitalisation

-84.6% le font pour prévenir / retarder / accompagner la perte d'autonomie

-84.6% le font pour éviter une hospitalisation

-69.2% le font pour des soins médicaux de longue durée

-61.5% le font pour accompagner une fin de vie

Parmi les 26 médecins interrogés,

84.6% ont eu un temps d'échange avec les proches avant la prescription

84.6% ont eu un temps d'échange avec le patient avant la prescription

46% ont eu un temps d'échange avec le SSIAD avant la prescription

Les médecins traitants ont donc plus d'échanges avec les patients et leur entourage qu'avec les professionnels du SSIAD. Cela probablement car le SSIAD est identifié comme professionnel, avec moins de besoins exprimés, supposés d'explications.

Concernant le moyen de communiquer avec le SSIAD :

77% des médecins traitants utilisent un cahier de liaison

69% utilisent le téléphone

15.3% utilisent les mails.

Nous avons relevé que 23% des médecins interrogés ont réalisé le projet de soins personnalisé du patient avec le SSIAD.

Echanges professionnels

Parmi les médecins, 61.5%, ont des temps d'échanges professionnels, dans une démarche d'amélioration continue des pratiques.

Parmi ces 61.5% qui participent à des temps d'échange professionnel :

- 38 % participent à des Formations Médicales Continues

-23.5% participent à des groupes de pairs. La majorité des médecins participent donc à formations professionnelles en plus de la formation, littérature, personnelle qu'ils mènent à côté.

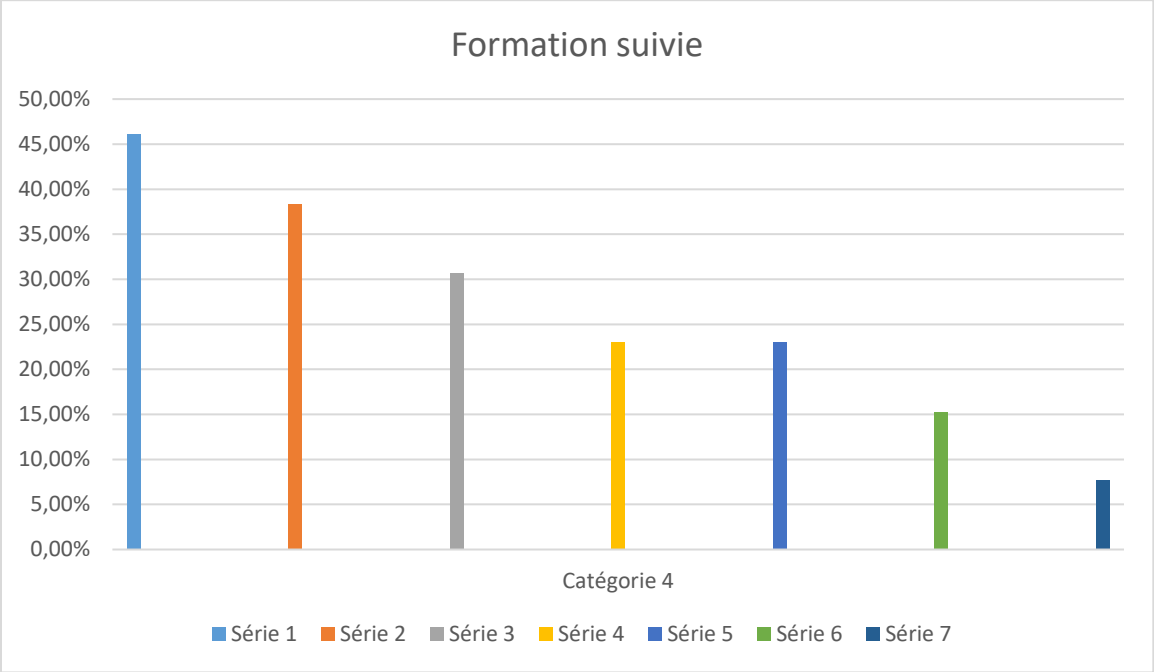
Médecins traitants formations et SSIAD :

Echanges professionnels			formations		Habitués aux SSIAD			
Non 38.5%	OUI 61.5%		Non 30.7%	Oui 69.3%	Non 7.7%	Oui 92.3%		
	FMC 38%	Groupes de pairs 23.5%		-Alzheimer -poly médication -grille AGGIR		58% Via pratique personnelle	35.2% Via service hospitalier	5.8 % via prédécesseur

Formation

Parmi les médecins traitants, 30.7% n'ont pas réalisé de formation, 69.3% ont suivi une à plusieurs formations :

Graphique 6



-46.1% ont suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer, série 1

-38.4 % ont suivi une formation sur la poly médication, série 2

-30.7% ont suivi une formation sur la grille Agir, série 3

-23% ont suivi une formation sur le repérage des besoins d'aide des personnes âgées série 4

-23% ont suivi une formation sur le repérage des besoins d'aide des personnes âgées série 5

-15.3% ont suivi une formation sur les professionnels et les structures série 6

-7.7% ont suivi une formation sur l'accompagnement des aidants série 7

Parmi les médecins traitants interrogés :

77% connaissent le SSIAD par leur pratique personnelle

46% connaissent le SSIAD via le service hospitalier par lequel il a été mis en place

7.7% connaissent le SSIAD via la pratique de leur prédécesseur.

92.3% des médecins traitants ont l'habitude de faire appel aux SSIAD. Nous pouvons toutefois noter qu'une certaine partie d'entre eux sont amenés à travailler avec les professionnels du SSIAD via l'hôpital.

Parmi les médecins traitants,

84.6% pensent qu'il faut améliorer la communication entre l'hôpital et le médecin traitant

77% pensent qu'il faut améliorer la communication entre le SSIAD et le médecin traitant

30.7% pensent qu'il faut améliorer la communication entre le SSIAD et l'hôpital

Quand on interroge les médecins traitants sur le fait de savoir de savoir si leurs patients pourraient dépendre d'une autre structure, ceux-ci répondent non.

En effet le SSIAD permet une prise en charge médicale et paramédicale, l'infirmière libérale est intégrée à la prise en charge mais elle ne pratique pas les toilettes, les associations d'aide à domicile ne sont pas assez médicalisées, les patients ne relèvent pas d'une Hospitalisation à domicile, et souhaitent en général rester au domicile.

Visions croisées SSIAD et médecins traitants :

A partir des résultats du questionnaire adressé aux médecins traitants, croisé avec les réponses du questionnaire adressé aux équipes des SSIAD :

Tableau récapitulatif ;

	Echanges entre médecins traitants et SSIAD	Utilisation des outils de communication			Projet de soins personnalisé
Médecins traitants	46% Avant la prise en charge	Cahier 47.6%	Téléphone 42.8%	Mail 9.5%	23% de réalisation conjointe
SSIAD	78.3% Pendant la prise en charge	Cahier 41.3%	Téléphone 48%	Mail 10.6%	Rapportent une collaboration rare avec le médecin traitant.

VI Discussion

Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes nécessite de trouver des solutions en matière de prise en charge afin de rendre effective leur liberté de choix de rester chez elles si elles le souhaitent et si leur état de santé le permet.

Les SSIAD constituent alors un maillon essentiel du maintien à domicile : ils jouent un rôle de coordination gérontologique de premier plan auprès des différents professionnels intervenant dans le champ des soins ; ils contribuent à un meilleur recours aux soins hospitaliers en prévenant ou en différant les hospitalisations et en facilitant un retour précoce au domicile. En outre, du fait de leur proximité et de leur intervention au quotidien, ils préviennent et retardent la perte d'autonomie et la dégradation progressive de l'état de santé des personnes et l'entrée en établissement.

Cette étude comporte plusieurs biais :

-Biais démographique : - l'étude a été réalisée sur l'agglomération du grand Nancy, soit sur un territoire relativement urbanisé, avec un accès facilité à différents réseaux médicaux, que ce soit pour le grand âge ou le handicap.

-Biais lié à l'intervenant : les patients complexes ont été désignés par les équipes des SSIAD, essentiellement sur le ressenti des aides-soignantes. Cette désignation est donc subjective et dépendante de la charge de travail et de la charge psychologique ressentie par une équipe. Concernant les questionnaires remis aux aides-soignantes, certaines questions ne se sont pas révélées pertinentes et non pas pu être exploitées, la question des troubles cognitifs aurait méritée d'être approfondie concernant le diagnostic.

Les médecins traitants ont également répondu à un questionnaire, avec le ressenti de l'instant présent et leur expérience propre.

De même pour les aidants lors de leur réponse au questionnaire ZARIT.

Le but de l'étude est donc de ressortir des caractéristiques communes aux patients dit complexes afin de pouvoir objectiver le caractère complexe des futures prises en charge.

-Biais lié à l'enquêteur : le questionnaire des grilles ZARIT a été réalisé par téléphone, avec des questions qui ont pu être interprétées différemment selon le ton de voix de l'enquêteur ou les mots choisis pour l'annonce du questionnaire.

-Biais lié à la méthode : la méthode rétrospective, s'est déroulée sur une courte période et a permis d'inclure 51 patients ce qui reste modéré.

La multiplicité des supports pour le recueil des médecins traitants amène une plus grande variation dans leurs réponses. De même pour le questionnaire des aides-soignantes, qui pour certains SSIAD ont été remplis directement par l'enquêteur auprès de l'infirmière coordinatrice du SSIAD.

Nous avons vu à travers cette étude que les patients identifiés comme complexes par les SSIAD de l'agglomération Nancéienne sont des personnes âgées vieillissantes, avec 90% des patients complexes compris dans les groupes GIR 1 et 2 soit lourdement dépendants, alors que les SSIAD prennent en charge les patients compris entre les

GIR 1 et 4. La grille AGGIR qui définit le degré de dépendance des patients est-elle adaptée à l'activité des SSIAD ?

La grille AGGIR n'apporte pas toutes les informations utiles à la mise en place d'un projet de soins personnalisé.

D'une part elle ne prend en compte ni l'histoire, ni la pathologie et les soins techniques infirmiers inhérents à cette pathologie, ni le temps passé auprès des personnes âgées par les aidants et/ou les soignants. D'autre part, seules dix variables sur les dix-sept sont discriminantes, les sept autres sont illustratives c'est-à-dire qu'elles informent sur l'activité domestique et sociale mais n'impactent pas le GIR. La grille GIR est donc loin d'être exhaustive et ne comprend les critères qui permettraient de calculer la charge en soins réelle nécessaire pour ces patients. Dans les établissements d'hébergement la charge en soins est calculée grâce au référentiel PATHOS, cet outil évalue à partir de situations cliniques observées, les soins médicotechniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. L'outil PATHOS nécessite d'être remplit par un personnel formé.

Plus de 50 % des patients dits complexes nécessitent plus d'une heure de soins par jour, soit le double du temps théoriquement dédié par patient, et 7.8 % nécessitent plus de 2 heures de soins.

Les SSIAD prennent en charge des patients plus lourds que lors de leur création : attachement au patient, vieillissement, aggravation de la dépendance. La prise en charge de personnes âgées lourdement dépendantes induit de dispenser des soins qui s'ils sont techniquement de la compétence du personnel soignant, impliquent un temps de présence plus long que les moyens alloués.

Cela impacte les tournées qui sont plus longues, avec un surinvestissement des aides-soignantes pour tenir le rythme. Cela impacte aussi les infirmières coordinatrices avec une augmentation des tâches administratives. Ces patients, dits complexes en nécessitant des soins plus longs prennent de ce fait deux places de SSIAD. Cela impacte les dotations, avec moins de disponibilité des SSIAD pour prendre d'autres patients. Si un patient requiert un niveau de soins trop important pour être pris en charge par un SSIAD au niveau de la tarification actuelle tout en ne relevant pas des critères d'admission pour une Hospitalisation à domicile, seule une altération du bon fonctionnement du SSIAD permet que la continuité de la prise en charge à domicile ne soit pas remise en cause.

En ce qui concerne les aidants, les résultats retrouvent plus d'un tiers de descendants (39%), avec une majorité (51%) de conjoints aidants. Si les descendants n'habitent pas avec leur parent dépendant, nous pouvons nous poser la question de savoir s'ils sont autant impliqués dans la prise en charge au quotidien ? Est-ce qu'ils laissent plus de place au SSIAD dans la gestion de l'habitat, des emplois du temps ?

Les conjoints quant à eux sont souvent également âgés, et présentent possiblement de ce fait une diminution de leurs forces physiques et un ralentissement de leurs facultés mentales. Cependant quand nous interrogeons les aidants à l'aide de la grille ZARIT, sur la charge ressentie en soins, ils disent être soutenus dans la prise en charge de leur conjoint dépendant, et ne perçoivent pas cette prise en charge comme problématique ou génératrice de fatigue.

Les aidants sont perçus comme fatigués par les SSIAD pour près de la moitié d'entre eux, mais ils rapportent quant à eux une charge de travail légère à modérée.

La plupart des patients considérés comme complexes, sont pris en charge par le SSIAD souvent depuis plusieurs années. Nous pouvons ainsi supposer que les aidants rapportent une charge de travail légère à modérée du fait de l'habitude et d'une situation qui se banalise avec le temps, ou bien ne se permettent pas de dire leur réel ressenti face à ce qu'ils considèrent comme leur devoir. Le fait que ces prises en charges lourdes durent dans le temps, entraine-t-il une lassitude des SSIAD concernés, ou bien ceux-ci s'autorisent-ils un « parler vrai » ? Nous relevons ici au travers de cette étude des regards divergents face à ces situations complexes.

La charge pour les aidants, leur semble acceptable, aucun aidant n'a de score correspondant à une charge sévère. Les aidants interrogés rapportent dans une grande majorité des cas, une satisfaction par rapport à l'intervention du SSIAD. Leur projet est d'accompagner leur proche et de permettre son maintien à domicile avec l'intervention du SSIAD.

L'intervention du SSIAD est donc nécessaire pour ces aidants, qui vivent plutôt bien la situation, mais qui eux sont souvent perçus comme inadaptés par les SSIAD. Sont-ils plus sereins du fait de leur intimité avec le patient alors que les équipes du SSIAD sont tenues de garder des rapports professionnels ? L'activité de soins a-t-elle perdu du sens pour les soignants ? Il semblerait qu'il y ait une inadéquation entre le projet de soins du patient et la réalisation des actes par le SSIAD. La « robotisation » des soins peut entrainer une perte de sens chez les équipes des SSIAD, à l'origine d'une souffrance.

Si les proches arrivent à accepter le projet, à s'en remettre au SSIAD, vers qui le SSIAD peut se tourner, quel moyen mettre en place pour résoudre cette complexité.

Le réseau Gérard CUNY est sollicité pour son avis et son expertise quand la prise en charge des patients pose question, ou avant la mise en place d'un éventuel SSIAD. Quel accompagnement mettre en place auprès des SSIAD pour les patients qui une fois pris en charge se révèlent complexes ?

Les infirmières coordinatrices de certains SSIAD peuvent mettre en place de façon informelle des réunions avec les familles quand la prise en charge est complexe.

Faut-il généraliser ces réunions avec les familles, à partir du moment où les patients sont identifiés comme complexes ? Une synthèse pourrait être mise en place tous les six mois au sein des équipes, en présence du médecin traitant pour ces patients considérés comme complexes pour redéfinir le projet de soins, avec restitution à la famille par l'infirmière coordinatrice.

Cela suppose que les SSIAD identifient les patients qui leur semblent complexes. Pour cela il faudrait partir d'une grille de critères, comportant le GIR l'âge la présence de l'aidant le temps de passage effectif.

Le GRESSIAD de Touraine a établi une grille d'évaluation de prise en charge en SSIAD ; grille qui cote un certain nombre de critères de soins : le GIR, les soins de base (toilette, habillage, totale/ partielle) le comportement du patient, les soins techniques (durée, fréquence, nombre d'AMI) les déficiences (élimination, mobilité), l'environnement humain aidant ou non, l'environnement matériel, nécessaire accepté, le nombre de passage de l'aide-soignant par semaine. Au score obtenu est ajouté le

score des critères de pathologies (en fonction de la pathologie un nombre de points est attribué). Le score des critères de soins additionné au score des critères de pathologie constitue le score total et permet de définir trois orientations, une HAD si le score est supérieur à 30, un SSIAD entre 20 et 29, une aide à domicile en dessous de 20.

Cette grille d'évaluation rejoint le travail que nous avons effectué. En effet nous avons ressorti de ce travail que la majorité des patients complexes étaient de GIR 1, avaient plus de 80 ans, un temps de soins journalier d'une heure, et des aidants présents mais inadaptés.

Le GIR, l'âge sont des critères objectifs que les SSIAD peuvent obtenir dès le début de la prise en charge. Le temps de soins est calculé lors de l'évaluation initiale par l'infirmière coordinatrice. Le comportement, les aidants sont des éléments plus difficilement évaluables et souvent manquants dans les dossiers SSIAD des patients.

Nous aurions également pu travailler sur les pathologies présentées par les patients dits complexes, afin d'évaluer quels étaient les groupes de pathologies présentés par les patients dits complexes et s'il y avait une différence avec la population générale des SSIAD.

Cette grille d'évaluation mériterait d'être étendue car elle apparait exhaustive.

Il serait également judicieux d'associer à la réalisation de la grille d'évaluation des SSIAD les professionnels des services SAD qui sont très souvent conventionnés aux SSIAD en formant des SPASAD. Ces services d'aide à la personne gèrent en général l'alimentation, les repas et ont donc également un regard sur les aidants et les patients pris en charge.

A partir de cette grille, une fois les patients complexes identifiés il serait intéressant que l'équipe du SSIAD se réunisse avec le médecin traitant et les aidants des patients identifiés comme complexes, afin de réaliser ensemble le projet de soins personnalisé, de fixer des objectifs réalistes, et d'évaluer régulièrement tous les six mois sous forme de synthèse ces objectifs, leur pertinence et leur faisabilité. Nous avons vu que les prises en charge complexes sont souvent longues dans le temps, il est donc important de réunir tous les intervenants de façon régulière afin de garder une vision globale. L'intervention d'un psychologue pour faire le lien entre les aidants et les professionnels des SSIAD est également à étudier. En effet les aidants qui ont pu bénéficier du passage d'un psychologue à domicile l'ont apprécié, et ont formulé le souhait que cette pratique soit étendue.

Les SSIAD sont soumis à une prescription médicale, et sont prescrits par les médecins traitants essentiellement autour du retour à domicile (92%), pour éviter une hospitalisation (84%) ou accompagner la perte d'autonomie (84%). Cependant 69% des médecins interrogés lors de cette étude prescrivent également un SSIAD dans le but d'accompagner une fin de vie, avec des soins et des situations qui peuvent être génératrices de questionnements pour les équipes paramédicales qui ne sont pas forcément formées autour de ces soins qui peuvent être très techniques et déroutant.

Nous remarquons que dans 46% des réponses de médecins traitants, le SSIAD est mis en place par un service hospitalier. Se pose la question de savoir si le médecin traitant est prévenu en temps réel par le service hospitalier de la mise en place du SSIAD ? La prescription est en général initiée par le médecin hospitalier, le médecin

traitant n’est pas forcement joint que ce soit par l’équipe médicale ou sociale de l’hôpital.

Le médecin traitant s’il est souvent informé de l’hospitalisation de son patient, n’est en général pas prévu de sa sortie d’hospitalisation, du moins pas en temps réel, et il n’est pas forcement informé de la mise en place du SSIAD.

Or comme décrit plus haut le médecin traitant à un rôle pivot dans la coordination des soins primaires, et l’organisation du parcours de soins du patient, surtout quand celui-ci est en situation complexe. S’il n’est pas informé de la mise en place d’un SSIAD ou de la fin d’hospitalisation d’un patient il ne peut remplir correctement son rôle. Nous voyons bien que la multiplicité des intervenants peut complexifier le suivi du patient.

Ce déficit de communication peut engendrer une rupture dans le suivi des patients, avec une prescription hospitalière que le médecin traitant doit se réapproprier, dans un deuxième temps.

Ce problème de communication est relevé par les médecins traitants, 84% jugent que la communication est à améliorer entre le médecin traitant et l’hôpital, et 77% jugent que la communication est à améliorer entre le médecin traitant et le SSIAD, même si les médecins traitants ont pleine confiance dans les SSIAD quand ils en sont les prescripteurs.

Pour résoudre cette complexité il faudrait favoriser la bonne articulation entre la ville et l’hôpital (entrée-sortie d’hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

On en vient à suggérer de créer des espaces d'échanges et de débats, décloisonner l’action de l’ensemble des acteurs par le développement de partenariats, en coordination avec les CLIC, les services des conseils généraux et les MDPH ainsi que les établissements de santé et médico-sociaux ou en tant qu’acteurs de la gestation de cas MAIA.

La collaboration et l'information entre professionnels doivent être facilitées, mises en avant pour favoriser la continuité des soins, notamment en évitant les risques de ruptures du parcours de soins.

De même sensibiliser les professionnels au fonctionnement en réseau, apporter un accompagnement aux hospitalisations non-programmées, faciliter la réponse aux situations d'urgence permettraient une meilleure interface entre l’hôpital et la ville.
Par exemple au travers de protocole de sortie d’hospitalisation, l’assistante sociale qui aura prévu l’intervention d’un SSIAD, appelle et prévient le médecin traitant de la sortie du patient et de la mise en place d’un SSIAD. La Fiche de sortie d’Hospitalisation mériterait d’être généralisée, et on pourrait imaginer un référent nommé dans l’équipe du SSIAD qui se charge du rôle de communication lors des entrées et sorties d’hospitalisation.

Dans un environnement où le parcours de soins se complexifie, où les pathologies chroniques se développent et où le temps d'hospitalisation se réduit, une coordination efficace apparaît cruciale pour maintenir ou améliorer la qualité des soins.
L'enjeu interdisciplinaire pour la coordination des situations complexes est de permettre à tous les acteurs de travailler ensemble, dans le respect du rôle de chacun, d'apprendre à des professionnels issus de culture et de formation différentes à

travailler autour du même objectif : un projet de soins voire de santé personnalisé pour la personne malade.

L'enjeu de la coordination des situations complexes est aussi l'évaluation et la gradation des interventions à mettre en place dans les situations médicales complexes. Ceci pour permettre l'adéquation entre les besoins repérés et évalués et les réponses apportées en fonction des ressources disponibles. Cela nécessite de savoir et pouvoir évaluer le patient dans sa globalité sur son lieu de vie.

Cela suppose pour le médecin généraliste une connaissance et une collaboration de tous les acteurs du territoire passant par le dialogue, et la concertation.
Or nous avons vu que les SSIAD ne rédigent que très rarement le projet de soins personnalisé du patient avec le médecin traitant.

Pourtant le projet de soins personnalisé guide la prise en charge du SSIAD, en fixe les objectifs, et est nécessaire à la motivation des équipes soignantes. Il prévoit pour chaque patient de programmer les actes de soins. Pour construire ce projet de soins il faut identifier les problèmes de santé ainsi que les ressources du patient et de ses proches. Le projet de soins nécessite donc une évaluation répétée du patient. Il permet d'apporter du sens à la prise en charge.

L'élaboration de ce projet réclame donc une collaboration pluri professionnelle.

Il serait judicieux d'y associer systématiquement le médecin traitant, les infirmiers libéraux, afin que ce projet soins soit réajusté à l'état de santé, des besoins et des souhaits du soigné. L'investissement des soignants dans le projet de soins personnalisé permettrait d'éviter une routine, une robotisation des pratiques.

Parmi les médecins traitants interrogés, 38% déclarent ne pas avoir d'échanges interprofessionnels, et 30% n'ont pas suivi de formation continue au sens large. Il est probable que cela résulte d'un emploi du temps chargé, avec des difficultés à se dégager du temps pour se rendre à d'éventuels congrès, journées de formation.

Parmi les formations effectuées, c'est celle sur la maladie d'Alzheimer que les médecins traitants réalisent le plus. Très peu des médecins interrogés ont participé à des formations sur l'accompagnement des aidants, ainsi que sur le rôle des professionnels et des structures. Peu de médecins traitants interrogés ont également participé à des formations sur le repérage des besoins d'aides des personnes âgées.

Nous pouvons donc supposer que les médecins généralistes apprennent à travailler avec les SSIAD à travers leurs expériences professionnelles quotidiennes. Leur rôle dans la coordination du parcours de soins du patient peut être méconnu, voir mis à mal en cas de situation complexe. Il serait intéressant qu'ils puissent bénéficier de formation sur le rôle des différents réseaux gérontologiques, de coordination territoriales d'appui de l'écosystème PAERPA, mais aussi structures d'informations pour les usagers et les familles comme le CLIC, et enfin les structures d'intervention à domicile comme les SSIAD.

En effet le médecin généraliste pivot du système de soins se doit d'organiser la coordination des malades en situations complexes, ainsi que le rappelle la loi Hôpital Patient Santé Territoire. Cela nécessite d'avoir été formé à la complexité, et une connaissance des réseaux du territoire. Le vieillissement de la population, l'émergence de pathologies chroniques et les progrès médicaux entrainent une augmentation du nombre et de la diversité des structures (services et établissements). On assiste à une

hyperspécialisation et une hyper technicité des équipes. Le médecin généraliste doit y être formé afin de prescrire aux mieux les aides à apporter à son patient.

Pour ce qui est de l'enseignement de la complexité, les départements de médecine générale, notamment celui de Nancy, ont mis en place deux moyens, celui des groupes de paires, et le Récit de Situation Complexe Authentique. Ces formations permettent de faire appel au vécu de l'étudiant. Elles mettent l'accent sur le caractère pluri professionnel de la situation, et la prise de décision en situation d'incertitude.

Nous voyons à travers cette étude la difficulté de mettre de mettre en évidence des critères objectifs, pouvant préjuger de la complexité d'une prise en charge. Nous ne retrouvons pas dans les dossiers des patients des éléments d'analyse permettant de comprendre les critères objectifs, voir prédictifs des situations dites complexes. Est-ce à dire que l'aspect subjectif prend le dessus quand nous demandons à l'équipe soignante la définition d'un cas lourd ? Ou est-ce le manque d'outil et de méthode qui amènent cette analyse ?

Il ne faut pas dans tous les cas éluder l'aspect primordial de la souffrance des soignants face à des impératifs de soins parfois supérieurs à leurs engagements. Selon Louis Ploton, psychiatre et gérontologue en psychiatrie, la souffrance des soignants est due à des objectifs inadaptés, avec une formation inadaptée. Les objectifs sont de stimuler empêcher de mourir, avec une formation basée sur les besoins matériels des patients ; alors qu'avec de plus en plus de patients âgés et complexes les soignants devraient pouvoir prendre le temps, soigner la relation et discuter des objectifs avec le patient.

Cette souffrance qui nait de la différence entre l'idéal soignant et ce qu'on arrive à faire au quotidien face à la dépendance, aux troubles cognitifs, face à des patients qui ont souvent l'âge d'être les parents des soignants. Pour les patients qui ne remplissent pas les critères d'admission dans une institution, ou le manque de places de celles-ci laisse les professionnelles avec leurs seules barrières morales personnelles.

Dans ces cas avoir une supervision externe de la situation pourrait aider non pas à trouver une solution mais à adapter sa prise en charge et prendre du recul sur ses propres pratiques, une supervision externe ou l'on poserait la question du sens des actes médicaux et de la façon de faire.

Conclusion

Cette étude donne plusieurs pistes concernant la prise en charge des patients identifiés comme complexes par les SSIAD ; tout d'abord créer à partir de cette étude et des critères relevés communs aux patients complexes, une grille d'évaluation, similaire à celle utilisé par le GRESSIAD de Tours, avec score, afin de dépister plus précocement ces patients, et les orienter vers une HAD ou une USLD. Une grille qui tienne compte du GIR, des soins de base et les soins techniques, du comportement du patient, les déficiences, et l'environnement humain du patient.

Enfin pour les équipes des SSIAD, une supervision externe de ces situations complexes serait utile pour adapter la prise en charge des patients, et surtout pour prendre du recul sur ses propres pratiques, afin de retrouver du sens, penser en équipe multidisciplinaire pour penser individuellement en situation de soins.

Il parait enfin essentiel de donner au médecin traitant, son rôle de coordinateur, en l'associant systématiquement au projet de soins personnalisé, afin qu'il puisse organiser au mieux les services d'aides à domicile et ses prescriptions. Il parait essentiel également de continuer à former les médecins aux situations complexes, (repérages des besoins des personnes âgées, accompagnement des aidants) et à les former, informer sur les réseaux du territoire existants, réseaux gérpalliatifs…

Bibliographie

1. Travailler et aider un proche | Pour les personnes âgées [Internet]. [cited 2017 Jan 22]. Available from: http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/aider-un-proche/travailler-et-aider-un-proche

2. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.

3. Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1. Code de l'action sociale et des familles.

4. chevreul. Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : Tous les établissements de type Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) [Internet]. [cited 2017 Dec 12]. Available from: http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/service-de-soins-infirmiers-a-domicile--s-s-i-a-d--354.html

5. L'enquête auprès des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2017 Jan 22]. Available from: http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-services-de-soins-infirmiers-a-domicile-ssiad

6. Code de l'action sociale et des familles - Article L313-12. Code de l'action sociale et des familles.

7. TREGOAT D. SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-3: Annonce N°36 [Internet]. Solidarités sante.gouv. [cited 2017 Dec 18]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030036.htm

8. Code de la santé publique - Article L1161-1. Code de la santé publique.

9. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-5-1. Code de l'action sociale et des familles.

10. Code de la sécurité sociale - Article L322-3. Code de la sécurité sociale.

11. LOI no 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. 97-60 Jan 24, 1997.

12. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

13. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cited 2017 Dec 12]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-a-domicile

14. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015-1776 décembre, 2015.

15. BUMED_T_2012_EHLINGER_CELINE.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 13]. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_EHLINGER_CELINE.pdf

16. circulaire_506_011206.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 13]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf

17. Qes140.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 12]. Available from: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf

18. Abdelmalek AA. Edgar Morin, sociologue et théoricien de la complexité : Sociétés. 2004;no 86(4):99–117.

19. Présentation-Thèse-Caroline-Tanquerel.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 17]. Available from: https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2015/11/Pr%C3%A9sentation-Th%C3%A8se-Caroline-Tanquerel.pdf

20. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. BMJ. 2001 Sep 15;323(7313):625–8.

21. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. BMJ. 2001 Sep 22;323(7314):685–8.

22. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. BMJ. 2001 Sep 29;323(7315):746–9.

23. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. BMJ. 2001 Oct 6;323(7316):799–803.

24. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129–36.

25. Evans L, Trotter DRM. Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. Fam Med. 2009 May;41(5):319–26.

26. ministèere sante. GUIDE METHODOLOGIQUE - guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf [Internet]. [cited 2017 Aug 30]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

27. Arrete_du_20-10-16__JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 28]. Available from: http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/12/Arrete_du_20-10-16__JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf

28. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.

29. Code de la santé publique - Article L6314-1. Code de la santé publique.

30. flamarion-these-2.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 17]. Available from: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/flamarion-these-2.pdf

Annexes

Annexe 1 Grille AGGIR

La grille AGGIR n’apporte pas toutes les informations utiles à la mise en place d’un projet de soins personnalisés. D’une part elle ne prend en compte ni l’histoire, ni la pathologie et les soins techniques infirmiers inhérents à cette pathologie, ni le temps passé auprès des personnes âgées par les aidants et/ou les soignants. D’autre part, seules dix variables sur les dix-sept sont discriminantes, les sept autres sont illustratives c'est-à-dire qu’elles informent sur l’activité domestique et sociale mais n’impactent pas le GIR.
- dix variables dites "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;

- sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Chaque variable possède trois modalités. Pour chacune des variables, il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis en fonction de la réponse aux adverbes, de coder la variable par A, B ou C :

A - fait seul les actes quotidiens :

- spontanément,
- et totalement,
- et habituellement,
- et correctement.

B - fait partiellement :

- non spontanément,
- et/ou partiellement,
- et/ou non habituellement,
- et/ou non correctement.

C - ne fait pas :

- ni spontanément,
- ni totalement,

- ni habituellement,
- ni correctement.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les six groupes iso-ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi :

- le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le groupe iso-ressources 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- le groupe iso-ressources 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;
- le groupe iso-ressources 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- le groupe iso-ressources 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le groupe iso-ressources 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide-ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Nom et prénom
M Sec.Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Date de l'évaluation

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON) S	T	C	H	Code	Code final
1. Transferts	☐	☐	☐	☐		
2. Déplacements à l'intérieur	☐	☐	☐	☐		
3. Toilette haut	☐	☐	☐	☐		
bas	☐	☐	☐	☐		
4. Élimination urinaire	☐	☐	☐	☐		
fécale	☐	☐	☐	☐		
5. Habillage haut	☐	☐	☐	☐		
moyen	☐	☐	☐	☐		
bas	☐	☐	☐	☐		
6. Cuisine	☐	☐	☐	☐		
7. Alimentation se servir	☐	☐	☐	☐		
manger	☐	☐	☐	☐		
8. Suivi du traitement	☐	☐	☐	☐		
9. Ménage	☐	☐	☐	☐		
10. Alerter	☐	☐	☐	☐		
11. Déplacements à l'extérieur	☐	☐	☐	☐		
12. Transports	☐	☐	☐	☐		
13. Activités du temps libre	☐	☐	☐	☐		
14. Achats	☐	☐	☐	☐		
15. Gestion	☐	☐	☐	☐		
16. Orientation dans le temps	☐	☐	☐	☐		
dans l'espace	☐	☐	☐	☐		
17. Cohérence communication	☐	☐	☐	☐		
comportement	☐	☐	☐	☐		

Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.

S = Spontanément
H = Habituellement
T = Totalement
C = Correctement

Codage intermédiaire

Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).

Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.
- Si aucun adverbe n'est coché codez A.
(fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)
- Si tous les adverbes sont cochés codez C
(ne fait pas)
- SI une partie des adverbes seulement est cochée codez B.

Code final si sous-variables

- Cohérence :
- AA = A ;
- CC, CB, BC, CA, AC = C ;
- AB, BA, BB = B
- Orientation :
- AA = A ;
- CC, CB, BC, CA, AC = C ;
- AB, BA, BB = B
- Toilette :
- AA = A ;
- CC = C;
- Autres = B
- Habillage :
- AAA = A ;
- CCC = C ;
- Autres = B.
- Alimentation :
- AA = A ;
- CC, BC, CB = C ;
- Autres = B
- Élimination:
- AA = A ;
- CC, BC, CB, AC, CA = C ;
- Autres = B

Groupe iso-ressources
Défini par le système informatique

Annexe 2 : Questionnaire SSIAD

Questionnaire à destinations des SSIAD, à remplir par l'ide/ aide-soignante qui fait l'évaluation :

Items :

1) Autonomie : le patient fait seul A partiellement B Ne fait pas C
   -sa toilette / ses transferts extérieurs intérieurs / se nourrir / préparer la cuisine /son élimination

2) Psychisme : le patient est –il orienté dans le temps

- et l'espace

-comment communique-t-il ? A B C

- existe-t-il une démence oui/non

-si oui en découle-t-il un risque de mise en danger du patient s'il est laissé seul ?

Oui / non

3) Aménagement du domicile : faut-il à votre avis prévoir :

Un lit médicalisé/ une chaise percée /un lève malade / une autre aide technique

Faut-il une médicalisation du domicile : oxygène, perfusion, set de pansements

Avez-vous pu évaluer les ressources financières du patient ?

-oui

-non

4) L'aidant principal : est-il : - le conjoint/un parent/ plus jeune/ plus vieux/ rémunéré

- a-t-il pu être rencontré lors de l'entretien initial : oui/ non

- Avez-vous pu évaluer l'aptitude de l'aidant principal à réaliser les activités de la vie quotidienne ? oui/non

-est-il présent tous les jours, y a-t-il des périodes où il est amené à s'éloigner ?

5) services à prodiguer : hygiène et confort oui/non

Soins relationnels et éducatifs

Elimination

Délivrance du traitement et surveillance

Alimentation

Accompagnement fin de vie

6) fréquences des passages à prévoir : un a deux par semaines

Trois hebdomadaires, Pluriquotidiens,

Temps de route

7) communication

Avez-vous pu avoir un temps d'échange avec le médecin prescripteur : avant/pendant après l'évaluation du patient

Avez-vous pu reformuler les objectifs de la prise en charge avec le patient et la famille

Comment communiquez-vous avec les différents intervenants médicaux/paramédicaux : cahier, courrier, échanges téléphoniques

Annexe 3 : Questionnaires à destination des médecins généralistes prescripteurs de SSIAD

1) **Quels sont les motifs de votre prescription de SSIAD-PA**

-Prévenir retarder, accompagner la perte d'autonomie

-éviter une hospitalisation ou une entrée en institution

-faciliter le retour au domicile après institutionnalisation

-pour des soins médicaux de longue de longue durée

-un accompagnement de fin de vie

2) avez-vous eu un temps d'échange avec la structure avant la prescription de SSIAD

Avez-vous eu un temps d'échange avec les proches du patient avant la prescription de SSIAD

-oui

-non

Avec le patient : -oui

-non

3**) comment communiquez-vous avec le ssiad :**

- par le moyen de cahier de liaison

-Par le moyen d'appels téléphoniques réguliers/ou non

-Par courrier

4) avez-vous réalisé le projet de soins personnalisé du patient avec l'équipe du SSIAD

- Avez-vous des temps d'échanges professionnels dans une démarche d'amélioration continue des pratiques ?

Oui

Non

-Si oui : en formation continue

Groupe de pairs

Réunion de maison de santé

5) **comment connaissez-vous la structure du SSIAD,**

Pratique personnelle

Pratique du prédécesseur

SSIAD mis en place par le service hospitalier à la fin de l'hospitalisation

6)Avez-vous l'habitude de faire appel aux ssiad ou autres services de soins au domicile

Oui

non

Annexe 4 : Echelle de Zarit

Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Cotation :
0 = jamais
1 = rarement
2 = quelquefois
3 = assez souvent
4 = presque toujours

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

La revue du Gériatrie, Tome 26, N°4 AVRIL 2001

Annexe 5 : évaluation de prise en charge en SSIAD

CRITERES	INDICATEURS	PTS	Score
GIR	1-2	2	
	3-4	1	
	5-6	0	
SOINS DE BASE			
Toilette	Toilette totale au lit	3	
	Toilette en partie au lit	2	
	Toilette totale lavabo, douche	2	
	Toilette partielle au lavabo	1	
Habillage	Aide totale	2	
	Aide partielle	1	
	Seul	0	
COMPORTEMENT DU PATIENT	Incohérent / désorienté	2	
	Besoin de stimulation	0	
	Besoins d'éducation/prévention	1	
	Cohérent et participant	0	
SOINS TECHNIQUES (IDE)			
Durée	Soins en continu	3	
	Soins en discontinu ou ponctuel	2	
	Pas de soin	0	
Fréquence	Pluri-quotidien	3	
	Quotidien 7j/7	2	
	Moins d'une fois/ jour	1	
	Pas de soin	0	
Nombre d'AMI/jour	> ou = AMI 10	3	
	Entre 4 et 9 AMI	2	
	< 4 AMI	1	
DEFICIENCES			
Elimination urinaire	Ne gère pas seul	2	
	Gère seul en partie	1	
	Gère seul totalement	0	
Elimination anale	Ne gère pas seul	2	
	Gère seul en partie	1	
	Gère seul totalement	0	
Mobilité / Transferts	Ne fait pas les transferts seul	2	
	Fait partiellement	1	
	Fait totalement	0	
Mobilité / Déplacements	Ne fait pas les déplacements seul	2	
	Fait partiellement	1	
	Fait totalement	0	
ENVIRONNEMENT HUMAIN	Aucun	2	
	Présent mais non aidant	2	
	Suspicion de maltraitance ou négligence	1	
	Présent et aidant	1	
ENVIRONNEMENT MATERIEL	Nécessité mais n'accepte pas	3	
	Nécessité et accepte	1	
	Pas de besoin	0	
BESOINS DE PASSAGE DE L'AIDE SOIGNANT	14 fois / semaine	3	
	7 fois / semaine	2	
	Entre 3 et 5 fois / semaine	1	
	< 3 fois/ semaine	0	

TOTAL CS (critères soins)

CRITERES	INDICATEURS	PTS	Score
PATHOLOGIES			
	Polypathologie	3	
	Hémiplégie totale	2	
	Cancer avec AEG		
	Insuffisance respiratoire avec oxygénothérapie		
	Démence - Alzheimer "avancée"		
	Diabète ID		
	Diabète NID	1	
	Démence débutante		
	Polyarthrite invalidante		
	Fracture		
	Affection neurologique		
	Arthrose associée		
	Hémiplégie sans séquelles	0	
	Cancer sans AEG		
	Polyarthrite seule		
	Arthrose seule		
	AEG sans autres pathologies		
	Insuffisance respiratoire sans oxygénothérapie		

TOTAL CP (critères pathologie)

EPCS (Evaluation Prise en Charge S.S.I.A.D) =	**CS** (critères soins) + CP (critères pathologie) =	

	SCORE
Ne relève pas d'un S.S.I.A.D → HAD	entre 30 et 32
Relève du S.S.I.A.D	entre 20 et 29
Relève d'une aide à domicile	< 20

Résumé de la thèse

Qu'est-ce qu'un patient complexe en SSIAD-PA, (Service de Soins Infirmiers à Domicile-Personne Agée) et comment optimiser la prise en charge de ces patients en médecine générale.

La prise en charge des personnes âgées à domicile en matière de soins est assurée à la fois par des infirmiers libéraux, des centres de soins infirmiers (CSI), des Services de soins infirmiers à domicile, des services d'Hospitalisation à Domicile, SAAD, SPASAD. Ces offres ne sont pas substituables mais doivent s'organiser de manière complémentaire pour améliorer la prise en charge à domicile.

Les SSIAD sont amenés à prendre en charge des personnes en situation sanitaire complexes. Malgré l'évaluation initiale faite par les SSIAD auprès des patients lors de la demande de SSIAD, certains patients se révèlent dans le temps comme trop lourds par rapport aux moyens mis en place, avec souvent une absence de relais par un autre réseau de soins car trop juste au niveau des critères (Hospitalisation à Domicile/Unité De Soins Longue Durée).
La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients », article L.4130-1 du code de la santé publique.
Les patients complexes des SSIAD impliquent une multiplicité d'intervenants pour un même patient. Une meilleure coordination entre ces intervenants semble nécessaire pour une meilleure prise en charge du patient.
L'objectif de cette thèse est de comprendre si le médecin traitant le SSIAD et le patient et son entourage partagent la même vision de la situation d'un patient.
Ce travail de thèse se propose de déterminer au travers du regard du médecin généraliste prescripteur , au travers du ressentit des aidants principaux ou accompagnants , au travers du vécu des SSIAD, sur l'agglomération nancéenne d'avril à juin 2016 des critères permettant de juger des moyens à mettre en place par le SSIAD pour une prise en charge optimale, et définir la place du médecin traitant au sein de cette coordination. L'Etude est descriptive rétrospective. Nous avons inclus des patients SSIAD-Personnes Agées, considérés comme complexes par les SSIAD, de l'agglomération nancéienne d'avril à juin 2016.Les SSIAD recrutés sont les sept SSIAD de l'agglomération Nancéenne supervisés par le réseau Gérard Cuny . Les SSIAD ont répondu à un questionnaire pour les patients qu'ils avaient retenu comme complexes, questionnaire portant sur les caractéristiques de ces patients, sur leurs aidants, les soins techniques et de base et le nombre de passage. A partir des patients retenus comme complexes les médecins généralistes prescripteurs du SSIAD ont également répondu à un questionnaire sur leurs attentes de cette prescription, leurs connaissances des services d'aide à la personne et leur formation. Les aidants principaux des patients retenus comme complexes ont également été interrogés sur leur charge de travail via la grille Zarit. Ceci afin de confronter les visions des différents participants sur les patients.

Titre en anglais

What is a complex patient for the nursing service at home for elderly person, and how the general practitioner can optimize the medical care of theses patients

Mots clès :médecine générale complexité SSIAD coordination des soins

Thèse de médecine générale année 2018

Université de Lorraine

Faculté de médecine de Nancy

9 avenue de la Foret de Haye 54505 Vandoeuvre-lès-Nancy