



Christine VALEILLE



Vers de nouveaux  
modes de prise en soin

# Plan

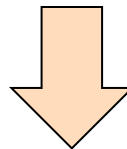
- Introduction
  - I. Qu'est ce qu'un SSIAD ?
  - II. L'accompagnement du SSIAD
  - III. Présentation du SSIAD de Meyssac et de Beynat
  - IV. Les personnes prises en soin dans le SSIAD
  - V. Présentation d'une situation
  - VI. Nos limites
  - VII. Le pourquoi d'un partenariat SSIAD / EMPF

# I. Qu'est ce qu'un SSIAD ?

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile.

Les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers et d'hygiène corporelle. Ce sont des soins techniques, des soins de base, et relationnels maintenant le lien social auprès :

- Des personnes âgées de **60 ans et plus, malades ou dépendantes** ;
- Des personnes adultes **de moins de 60 ans** atteintes de pathologies chroniques présentant un **handicap**.

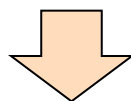


**Ils apportent une aide personnalisée dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie.**



# Les objectifs d'un SSIAD :

- Éviter l'hospitalisation de personnes âgées.
- Favoriser le retour à domicile, à la suite d'une hospitalisation.
- Prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes,
- Prévenir ou retarder leur admission dans les unités de soins de longue durée ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Accompagner la personne, dans les derniers moments de sa vie entourée des siens.



**Favoriser les soins à domicile dans un cadre familial**

**Contribuer au maintien de l'intégrité de la personne, de son identité et ce jusqu'au bout de la vie.**

Humanité

Respect

Protection

Dignité

Sécurité

Préservation &  
Restauration de  
l'autonomie

# Les Valeurs du SSIAD

Justice & Equité

Maintien des  
relations, du  
lien social

Franchise

Authenticité

Bienveillance

## II. L'accompagnement du SSIAD

Quelque soit la provenance de la demande, l'infirmière coordinatrice **rencontre** la personne, l'aidant, le référent familial.

Elle réalise une **évaluation médico-sociale et médicale en collaboration** avec le médecin traitant. Un projet d'aide et de soin est mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire.

Dans tous les cas une **solution** est recherchée et une réponse est apportée **en partenariat** avec les autres intervenants du secteur (IDE, services mandataires, prestataires, kiné...)

Lors d'une **sortie d'hospitalisation**, l'**IDEC se rend au centre hospitalier** concerné pour organiser l'accompagnement de la personne et son retour à domicile. Ce travail est mené **en amont** avec les cadres de santé des établissements hospitaliers, les médecins, les assistantes sociales, les infirmiers, les aides soignantes, ergothérapeutes, psychologues...

# III. Présentation du SSIAD de Meyssac et de Beynat :

Création du SSIAD de Meyssac et Beynat : le 2 mai 1993

Responsable du SSIAD : Mme Valeille Christine

Capacité d'accueil : **52 personnes accompagnées**

-49 personnes âgées

-3 personnes handicapées



# Les moyens du SSIAD :

## -Les moyens humains :

- 1 Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice (IDEC)
- 1 Agent Administratif
- 14 Aides Soignantes, dont 2 Assistantes de soins en Gériatrie (ASG)



➤ Le statut du personnel est celui de la Fonction Publique Territoriale, filière sanitaire et sociale.

## -Les moyens matériels :

- 6 véhicules de services :
- 2 locaux d'accueil :
  - >Le siège social à Meyssac
  - >Un bureau dans la maison médicale à Beynat

## -Les moyens financiers :

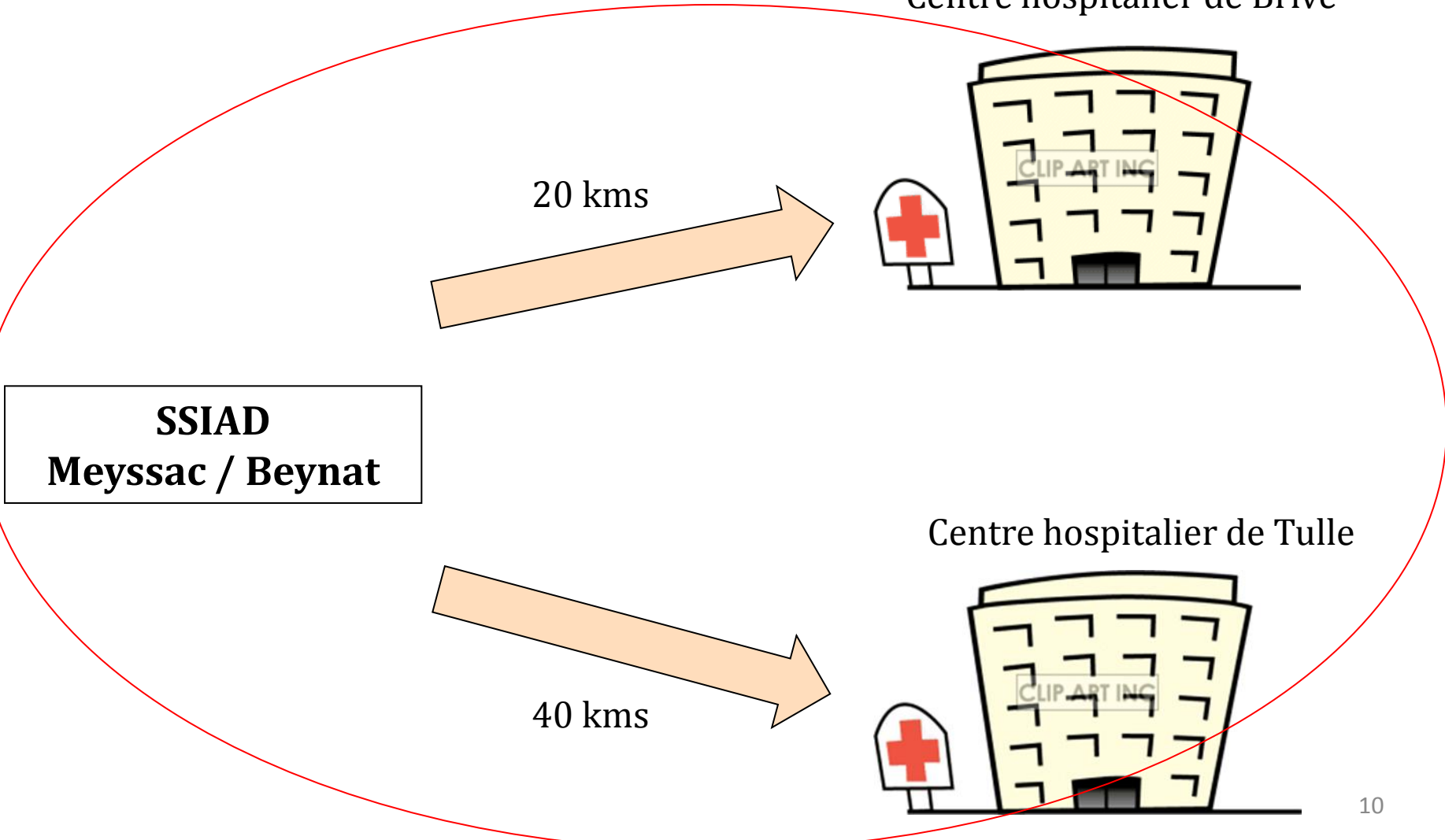
- Dotation globale de l'Agence Régional de Santé (ARS).



# Géolocalisation du SSIAD :



# Un Territoire de santé



# IV. Les personnes prises en soin dans le SSIAD :

## La moyenne d'âge :

Femme > 85 ans (de 53 à 104 ans)

Homme > 80 ans (de 44 à 95 ans)

## Répartition par sexe:

Femme 68%

Homme 32%

## Gir Moyen Pondéré (GMP) :

GMP 2011 : 698

GMP 2012 : 680

## Durée Moyenne de Séjour (DMS) :

DMS 2011 : 952 jours

DMS 2012 : 861 jours

## Sorties du service :

**2011** : -décès : 4 personnes  
-EPHAD : 2 personnes  
-Guérison : 2 personnes  
-Hospitalisation : **19 personnes, dont 11 liées à des affections dégénératives cognitives** (maladie d'Alzheimer ou démences apparentées).

**2012** : -décès : 3 personnes  
-EPHAD : 2 personnes  
-Guérison : 3 personnes  
-Hospitalisation : **18 personnes, dont 11 liées à des affections dégénératives cognitives** (maladie d'Alzheimer ou démences apparentées).

## Condition de vie :

	Homme	femme
Avec conjoint	47%	30%
<b>Seul</b>	<b>33%</b>	<b>39%</b>
Avec 1 génération suivante	41%	29%

## Type d'habitat rencontré :

- Maisons individuelles
- A étage
- Peu/ Mal aménagées

↳ SSIAD : Aide informative et conseil (siège pivotant, barre d'appuis, fauteuil monte escalier...)

## IV. Présentation d'une situation :

### **Présentation:**

Mme D. 76 ans

née en Corrèze / vit sur le canton de Meyssac.

Il y a encore quelques mois, elle s'occupait de sa maison et de son jardin.

### **ATCD médicaux :**

- Tuberculose
- Polyarthrite rhumatoïde
- Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) en 2008
- Surdité Bilatérale
- Angioplastie + stent en 2009
- BPCO (Bronchopneumopathie chronique obstructive)
- Embolie pulmonaire en 2010



## Histoire de vie :

Mme D. mariée en 1959, année du décès de son père. De cette union, sont nés 3 enfants :

-Le 1<sup>er</sup> enfant est né en 1961 sourd et muet, il vit dans un foyer la semaine et regagne la cellule familiale tous les week-ends.

-Le 2<sup>ème</sup> enfant est né en 1967, année du décès de la mère de Mme D. à l'âge de 50 ans.

-Le 3<sup>ème</sup> enfant est né en 1969, il vit à Toulouse et entretient des relations ponctuelles avec ses parents.

A l'âge de 17 ans, Mme D. souhaitait devenir IDE, cependant « le travail à la ferme nécessitait des bras. » De ce fait elle n'a pas pu réaliser son projet professionnel.



## Etat de santé :

« En 2012, les hospitalisations s'enchainent et nous sommes démunis. Nous sommes dans un tâtonnement étiologique sans diagnostic posé : 4 hospitalisations en 7 mois » déclare le docteur de famille de Mme D.

### • Hospitalisations :

-1<sup>ère</sup> : Du 13/03/2012 au 23/03/2012 pour exacerbation de BPCO sur dilatation bronchique ancienne. Déclin cognitif avec syndrome confusionnel. Arrêt du traitement psychotrope à l'hôpital.

-2<sup>ème</sup> : Du 16/04/2012 au 24/04/2012 en SSR gériatrique : pour des troubles du comportement et hallucinations.



À la sortie, Mme D. bénéficie de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) , soit 2 fois 2 heures par semaine les après-midi.

La visite du docteur traitant au domicile du couple a impulsé **la construction d'un nouveau projet de vie et de soins.**

**Cette relation de confiance établie**, nous convenons ensemble du passage de Mey Soins pour une aide à la douche :

- Les transmissions ciblées orales et écrites, des soignants
- Mes visites régulières au domicile du couple, rencontres avec les aides à domicile...

**...font que M. et Mme D. s'autorisent à exprimer leurs émotions.**

→ **La parole se libère**, une attitude d'écoute des soignants et du médecin, permet d'accueillir l'histoire de vie et de prendre en compte les angoisses de Mr et Mme D. **quant à leur devenir.**

-3<sup>ème</sup> : Du 20/07/2012 au 03/08/2012 en médecine gériatrique pour un bilan d'anémie, des troubles de l'humeur et dépression.

A sa sortie, un suivi est assuré par l'infirmière du centre médico-psychologique (CMP). Un rendez-vous est programmé le 03/09/2012 avec le docteur V. psychogériatre.

Les soignants notent une « amélioration de son état » :

- L'envie de participer à la réalisation de son hygiène corporelle
- La relation soignant/soigné s'établit plus spontanément
- Son époux nous témoigne d'un intérêt certain pour les activités réalisées (exemple : les tâches ménagères, organisation de la vie à la maison) par les aides à domicile... Et nous confie :

**« Lorsqu'elle va mieux, je vais mieux. »**

Fin août, Mme D. devient « apathique », elle passe le plus clair de son temps prostrée dans son fauteuil.

Mr D. s'angoisse quant au devenir de sa femme et de son fils (sourd et muet). Le docteur traitant convient d'une hospitalisation programmée avec le gériatre référent.

-4<sup>ème</sup> : Du 24/09/2012 au 15/10/2012. La veille de son hospitalisation, Mme D. se dit prête. Le passage d'une ASG de l'équipe les rassure et atténue leurs angoisses, et permet d'appréhender cette nouvelle hospitalisation de manière plus sereine.

Le lendemain de son hospitalisation, Mr D. me confie que son épouse « *a passé une nuit épouvantable, qu'elle a tenté de se coucher dans le lit de la voisine, qu'elle s'en ai prise à lui, en lui disant :*

**« Tu veux te débarrasser de moi ! »**

## La sortie s'organise...!

**Le retour à domicile** : continuité du dossier APA sans majoration d'heure en accord avec Mr et Mme D.

Le passage de Mey Soins se réalise dans les mêmes conditions qu'avant l'hospitalisation toujours en accord avec le couple.

Prescription de l'accueil de jour proche du domicile de Mr et Mme D.



**Le travail de l'équipe soignante :**  
**- Déculpabiliser et soutenir la famille**

## Le lendemain de la sortie d'hospitalisation

Lors du passage du soignant Mme D. exprime à la fois son désarroi et les idées suicidaires qui l'envahissent. Mr D. se dit « **désemparé et complètement débordé par la situation** ».



**L'infirmière est immédiatement informée,  
l'intervention d'un soignant rassure,  
apaise les angoisses du couple sur  
l'entrée en accueil de jour.**

## V. Nos limites :



Le SSIAD :

Un regard de professionnels qui ne peut aller plus loin en terme d'expertise, de prise de recul suffisant pour analyser les faits.

Malgré la proximité, les relations avec les hôpitaux, il manque cependant une «  *pierre à l'édifice*  ».

Une équipe extérieure permettrait une évaluation continue plus objective et un enrichissement commun pour l'efficacité du projet des personnes. Elle assurerait de fait une meilleure lisibilité dans l'accompagnement.

# VI: Le pourquoi d'un partenariat SSIAD/EMPF :

- **Une meilleure coordination des soins**, harmonisation du parcours de soin pour éviter ou prévenir les hospitalisations.
- **Respecter les souhaits de la personne âgée**, soutien de la vie à domicile.
- **Une meilleure collaboration entre professionnels** optimisant les interventions de chacun, notamment au moment sensible d'une hospitalisation.
- **Un véritable partage d'informations entre professionnels** plus lisible pour les personnes prises en soin et leurs aidants au regard des nombreuses expertises mobilisées.
- **Une Rationalisation des coûts** .



**Le partenariat des professionnels : une véritable valeur ajoutée pour l'accompagnement des personnes prises en soin.**