

PROJET DE SOIN

PREAMBULE

Le projet de soin est un document consensuel auquel adhèrent tous les acteurs du soin gériatrique de l'établissement.

Le projet est en rapport avec la réflexion éthique et les valeurs de ST JEAN DE DIEU (Charte).

La dignité des soins, leur confidentialité, l'information du résident et de sa famille ainsi que le consentement éclairé aux thérapeutiques doivent être le cœur de la réflexion soignante, dans le souci constant de la bienveillance.

INTRODUCTION

L'établissement a ouvert ses portes dans la campagne Marseillaise en 1852, sous l'impulsion des Frères de St Jean de Dieu, afin d'accueillir des « vieillards pauvres ». Pendant les deux guerres, l'établissement fut réquisitionné pour y installer un hôpital militaire. La première convention à l'aide sociale est signée avec la Préfecture en 1932.

Entre 1945 et 1965 la Maison de retraite a accueilli jusqu'à 600 hommes. 1968 marque le début de la collaboration de la maison de retraite avec l'hôpital psychiatrique Edouard Toulouse. Une section de cure médicale est instaurée en 1984.

En 1989 un projet de restructuration est à l'étude, il aboutira en 1996 par le début des travaux et se terminera en 2004 avec la mise aux normes de 218 lits.

En 2004 le projet d'établissement fut réécrit. Il intègre les valeurs de charisme de St Jean de Dieu (soins aux malades, accueil des plus démunis) et les nouvelles réglementations issues de la loi du 2 janvier 2002. Ce projet va organiser les différentes unités de la maison de retraite en secteurs adaptés à la pathologie des résidents (géronto-psychiatrie, maladies neuro-dégénératives, personnes âgées venant de l'errance et personnes âgées recherchant un établissement à caractère confessionnel.

On appelle actuellement EHPAD, les établissements médico-sociaux d'hébergement ayant signé une convention tripartite. Cette convention est fixée sur la base du respect d'un cahier des charges applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et à valeur d'engagement dans une démarche d'assurance qualité (référentiel ANGELIQUE, norme AFNOR par exemple.) de la part de tous les partenaires c'est-à-dire les responsables d'établissements et les autorités de tutelle.

Implanté à Marseille en zone urbaine, à quelques kilomètres du Vieux port, St Jean De Dieu est situé dans une propriété boisée de 7 hectares. Les bus urbains de la RTM, relie l'EHPAD tant avec le centre ville qu'avec les centres commerciaux. De nombreuses promenades sont possibles dans le parc, la présence d'animaux de basse-cour et de daims donne l'impression d'être à la campagne. L'établissement offre la possibilité de participer aux offices religieux catholiques dans une superbe chapelle.

L'établissement entièrement réhabilité est organisé en cinq unités de vie représentant 246 lits à ce jour. Elles sont réparties en trois bâtiments.

- une unité pour personnes âgées présentant des maladies qualifiées de neuro-dégénératives : 54 lits nommé St Joseph,
- une unité d'accueil des personnes provenant de l'errance : 34 lits nommé St Roch,
- une unité pour personnes âgées plus autonomes et faiblement médicalisée : 31 lits nommé Magallon,
- deux unités de géronto-psychiatrie de 113 lits et 14 lits réservés aux Frères âgés dépendants qui constituent pour eux une petite unité de vie (80 lits St Benoît et 47 lits St Richard).

Cette réorganisation des unités permet de prendre en charge un groupe homogène de résidents ceci afin de faciliter et améliorer la qualité de l'accompagnement par les équipes.

Dans chaque unité il y a un chef de service responsable de l'organisation et du fonctionnement du service, ainsi que des relations internes avec les familles et les partenaires extérieurs.

Au 16 mars 2011, les résidents accueillis au sein de l'EHPAD proviennent d'endroits différents : 46,3% de leur domicile, 8,79% sans domicile fixe, 3,35% de foyer logement, 9,21% d'EHPAD, 0,42% d'établissement hébergement pour personnes handicapées, 24,69% de service de long séjour, 4,60% de service de psychiatrie et 2,93% de service hospitalier court et moyen terme.

La moyenne d'âge des résidents accueillis est de 76 ans.

Le groupe iso ressource (GIR) permet de réaliser une classification des résidents des EHPAD selon des profils de perte d'autonomie allant d'une personne très dépendante (GIR 1) à une personne autonome (GIR 6) et permet de calculer les différents tarifs dépendance.

- Répartition des GIR : 35% sont classés GIR 1 et 2
35% sont classés GIR 3 et 4
25,8% sont classés GIR 5 et 6

I / ACCUEIL

I/1 VISITE DE PRE-ADMISSION ET COMMISSION D'ADMISSION :

Une commission d'admission a été mise en place depuis plus de 7 ans. Elle est composée de la direction, du Président, du frère supérieur de la communauté, des chefs de service, des médecins coordonnateurs, de la psychologue et de l'infirmière major. Elle est organisée une fois par semaine pour examiner les demandes d'admission. L'équipe pluridisciplinaire a pour mission de rencontrer la personne et la famille afin de préparer l'admission et de déterminer si l'institution correspond bien aux besoins et attentes de la personne. Elle explique l'organisation et le fonctionnement et invite la personne ainsi que la famille à visiter l'établissement. Cette première rencontre permet d'établir un lien avec le futur résident, d'apprendre à le connaître dans son contexte général (histoire, vécu, famille, revenu, maladie, inventaire des aides dont il relève...) et permet de préparer au mieux son entrée. Après avis favorable de la commission et l'accord de la personne on fixe une date d'entrée. Une procédure d'intégration est possible en fonction des besoins d'adaptation du futur résident.

I/2 ADMISSION :

Le jour de l'admission, le résident et sa famille sont accueillis par le chef de service, un(e) aide soignant(e) référent et l'infirmier en poste. Tous va être organisé pour le prendre en charge, d'un point de vue médical, paramédical et administratif. Le contrat de séjour doit être signé dans le 1 mois (obligation légale) qui suit l'admission.

Lors de la signature du contrat de séjour il lui sera remis le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés des personnes accueillies en institution et le livret d'accueil.

III / ACCES AUX SOINS ET CONTINUITE DES SOINS :

III/1 LIBRE CHOIX DU MEDECIN TRAITANT :

Chaque résident est suivi par un médecin généraliste de son choix. Il a la possibilité de garder son médecin de famille dans la mesure où celui-ci peut venir le voir dans l'établissement. Si son médecin ne peut le suivre une liste de médecins est proposé à l'entrée du résident afin qu'il puisse en choisir un. Le suivi médical régulier est adapté à l'état de santé du résident.

Certains médecins spécialistes interviennent dans la structure (psychiatres, cardiologue, dermatologues) pour les autres il faut accompagner les résidents à l'extérieur. Pour les

personnes valides, nous avons un chauffeur qui les accompagne, pour les résidents ne pouvant pas se déplacer nous faisons appel à une société d'ambulance privée avec qui l'on travaille depuis de nombreuses années. C'est la secrétaire médicale qui planifie les rendez-vous à l'extérieur, les radiologies à domicile et les bilans biologiques.

II/2 MEDECINS COORDONNATEURS :

Article D312-158 Version en vigueur au 14 mars 2011, depuis le 13 avril 2007
Modifié par Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 - art. 2 () JORF 13 avril 2007

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur :

1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique ;

4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents ;

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'[article L. 165-1](#) du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'[article L. 5126-6](#) du code de la santé publique ;

7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

8° Elabore un dossier type de soins ;

9° Etablit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents ;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'[article L. 312-7](#) du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'[article L. 6321-1](#) du code de la santé publique ;

12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement.

II/3 CADRE INFIRMIER :

L'IDE Major a pour missions :

- le management de l'équipe IDE, le chauffeur, l'arthérapeute et la coiffeuse,
- la responsabilité du matériels : lit médicalisé, fauteuils roulants, soulèves malades....
- La préparation des dossiers d'admission,
- L'interface avec les intervenants extérieurs : kinésithérapeutes, pédicure, ambulanciers ...
- La formation des stagiaires IDE/AS/AVS/AMP,
- Le travail en transversal de collaboration avec les chefs de services.

II/4 CONTINUITÉ DES SOINS :

Le projet d'établissement fixe des axes principaux afin d'améliorer la qualité des soins. Un des axes prioritaire de Saint Jean de Dieu, a été de créer le poste d'infirmier de nuit depuis janvier 2007. Ainsi l'établissement garantit une prise en charge adaptée des soins conformément à la loi du 2 janvier 2002 et la convention tripartite. Ceci a pour incidence notamment d'éviter le recours à SOS Médecin ou d'autres services d'urgences et la mise en sécurité des résidents et des équipes de nuit, car beaucoup de situations peuvent être gérées par un(e) infirmier(e) et d'assurer les soins 24h sur 24h.

Aujourd'hui trois postes d'infirmier de jour sur sept sont pourvus. Pour assurer la continuité des soins nous avons recours aux infirmiers libéraux (convention) et aux infirmiers intérimaires. Les deux postes de nuit sont pourvus.

L'objectif à court terme est de fidéliser une équipe pour pouvoir positionner un IDE référent dans chaque unité afin d'améliorer le travail en collaboration avec les aides-soignants. A l'heure actuelle cela n'est pas possible les IDE travaillent en transversal sur l'ensemble de la structure.

Lorsqu'un médecin traitant part en congés, il informe les médecins coordonnateurs de leur absence et indique le médecin remplaçant qui assurera la continuité du suivi médical de leur résident.

II/5 LES PARTENAIRES :

Ce sont des intervenants extérieurs ; médecins généralistes, cardiologues, psychiatres, neurologues, dermatologues, kinésithérapeutes, orthophoniste, podologue, pharmaciens... qui assurent leur prestations, à la demande en fonction des besoins,. Un contrat a été adressé en 2011 aux médecins traitants (décret spécifique) et aux kinésithérapeutes.

L'organisation de la « pharmacie », l'élaboration des piluliers et la livraison est assuré par un pharmacien de proximité avec qui l'établissement a passé une convention. La distribution restant assuré par le personnel interne.

Pour assurer un suivi psychiatrique en lien avec nos équipes, les différents services des hôpitaux psychiatriques de Marseille travaillent en collaboration étroite avec l'établissement pour accueillir les résidents en cas de nécessité (Edouard Toulouse, Pôle Psychiatrique de la Conception, Centres Médico-Psychologiques). Maison de santé Ste Marthe.

Une convention a été signée en 2004 avec l'hôpital Laveran dans le cadre du Plan Bleu élaboré après l'épisode de canicule de l'été 2003.

Une convention a été signée en 2011 avec le réseau mobile de soins palliatifs (RESP 13).

Un partenariat a vu le jour avec le service de médecine gériatrique du Dr FRANCES à l'hôpital Nord, où les hospitalisations se font en direct par le service sans passer par les urgences. Il en est de même avec le Centre Gérontologique Départementale (CGD) à Montolivet où l'on travaille en étroite collaboration avec les services court séjour gériatrique, le court séjour Alzheimer, l'unité Cognitivo-Comportementale et les soins de suites et de réadaptation. Une convention a été signée avec le service d'Hospitalisation à Domicile du CGD.

Un partenariat avec le réseau de ville (Géronto-Nord).

Un partenariat avec X-Ray qui effectue les examens radiologiques à domicile.

III/ ORGANISATION ET QUALITE DES SOINS :

III/1 ARCHITECTURE :

La présence de salles de soins, dans chaque unité, permet une organisation des soins adaptés à l'état des résidents. Du matériel est à disposition pour travailler dans de bonnes conditions (chariots à pansements, tensiomètre, pommades, compresses, matériels pour les injections, conteneurs à aiguilles etc.) Pour les soins de nursing, les aides soignantes disposent elles aussi de moyens ; lits médicalisés, soulèvements malades, produits d'hygiène, linges plats, chariots de nursing et de linges sales, broyeuses à couches, etc....

Espace snoezelen : L'unité Saint Joseph est doté depuis 2005 d'un espace Snoezelen, c'est à dire, d'un espace dédié à une activité centrée autour du prendre soin des personnes atteintes de troubles cognitifs. C'est une véritable philosophie de vie fondée sur un accompagnement relationnel humaniste et de bienveillance.

L'objectif intermédiaire est le suivant : utiliser l'espace Snoezelen comme un outil de communication, un prétexte à la relation et un moyen d'agir positivement sur l'anxiété. un deuxième espace Snoezellen est prévu.

III/2 LE PERSONNEL SOIGNANT :

L'ensemble des équipes représente 103 salariés. Une équipe de professionnels pluridisciplinaire a été mise en place grâce à la convention tripartite : médecins coordonnateurs, psychologue, arthérapeute, infirmiers de nuit. La complémentarité de ces acteurs a donné une nouvelle dynamique dans la prise en charge des résidents (voir annexe 1).

III/3 LE DOSSIER MEDICAL :

III/3.1-Papier:

Dans chaque bureau sécurisé par un digicode, de chaque unité ,une armoire conserve les dossiers médicaux par ordre alphabétique comprenant plusieurs chemises :

- Administrative
- Médicale : résultat de laboratoire, prescription, fiche synthétique de la pharmacie, examens complémentaires....
- Paramédicale : séances de kinésithérapie, orthophonie, les soins infirmiers...

La fiche de suivi médical est juxtaposée dans le dossier suspendu. Cette fiche doit être renseignée lors de chaque visite des médecins intervenants auprès du résident. Ce compte rendu de consultation doit être signé, identifié par chaque médecin.

III/3.2 -Informatisé:

Le logiciel PSI permet de gérer le projet de soin et le projet de vie avec toutes les données administratives/

Les antécédents et les vaccins sont actuellement renseignés pour tous les résidents, le projet de soin individuel est finalisé en partie et doit être régulièrement actualisé. Les observations les plus importantes et les réunions de service sont notées par le médecin coordonnateur. Les prescriptions sont notées, mais le logiciel est peu utilisé par les médecins libéraux. La relève AS-IDE n'est pas encore effective dans tous les services.

III/4 LES SUPPORTS DE TRANSMISSIONS :

III/4.1 ECRITES :

La transmission écrite des informations quotidiennes concernant les soins d'hygiène et de confort se font par les aides-soignants sur un dossier de soin.

La transmission écrite des soins infirmiers quotidiens se fait par les infirmiers dans un classeur de soins sur une fiche de soin individualisée.

Les transmissions ciblées se font entre infirmiers et les médecins coordonnateurs dans le dossier de soins individualisé avec alerte sur un cahier de liaison.

La transmission entre les infirmiers et les aides-soignants se fait directement sur le dossier de soin avec alerte sur la « bible ».

III/4.2 ORALES :

Les relèves IDE se font à chaque prise de poste (6h30, 13h et 20h45).

Les relèves AS /IDE se font 2 fois par semaine dans chaque unité de 14h à 14h30.

Les rencontres médecins coordonnateurs et IDE major se font tous les lundis de 11h à 12h, voir plus en fonction des besoins.

III/5 LES REUNIONS :

Des réunions de décision rassemblent l'équipe de direction une fois par semaine avec les chefs de service, les médecins coordonnateurs, la psychologue. Cette réunion concerne l'étude des dossiers d'admission et les situations particulières.

Les réunions hebdomadaires des soins palliatifs sont pluridisciplinaires : médecins coordonnateurs, psychologue, IDE Major, IDE, AS et Chef de service. Une attention particulière est donnée au suivi Douleur et à l'application des protocoles, avec une vision holistique du résident en fin de vie. La première réunion est si possible réalisée avec l'intervention de l'équipe mobile des soins palliatifs.

Les réunions de synthèse, pluridisciplinaires, sont induites en commission d'admission lors d'une situation problématique concernant un résident

Les réunions de fonctionnement IDE Major, IDE ont lieu toutes les lundis de 13h45 à 14h30.

Les réunions d'équipe et les réunions de soutien psychologique ciblent les besoins spécifiques avec une périodicité variable.

III/6 PROTOCOLES ET GUIDE DES BONNES PRATIQUES

III/6.1 PROTOCOLES :

Avec l'Infirmière Major, les Médecins Coordonnateurs ont élaboré des protocoles de soins destinés aux IDE et Aides Soignantes.

Ces protocoles ont été rédigés dans un but essentiellement pratique, reprenant des bonnes pratiques, et ayant été relus pour certain (par exemple protocoles de chutes et urgences vitales) par les médecins de la direction du SMUR (CHU Timone Marseille).

Il a paru utile que ces protocoles soient effectivement lus et intégrés par les équipes soignantes : un élargement de leur prise de connaissance est en cours (notamment pour le personnel intérimaire) et leur promotion auprès des équipes un souci quotidien. Une actualisation des protocoles est proposée suivant les évolutions médicales ou au plus tard tous les 2 ans. Le départ de l'un des rédacteurs des protocoles doit entraîner la signature du nouvel arrivant (avec éventuellement une nouvelle rédaction).

Des protocoles sont en place : nutrition, transmissions ciblées, injections : HBPM ou calciparine, déshydratation, soins palliatifs, urgences vitales, chutes conduite à tenir, Anticoagulants/AVK, grippe, grippe H1N1, vaccinations, constipation, toxi-infectieuse alimentaire contagieuse (TIAC), douleur, pesée (pour les AS). Sondes à demeure.

Au protocole nutrition est annexée une fiche MNA .

Pour évaluer la douleur les grilles ALGOPLUS et DOLOPLUS sont utilisées avec fiche de « réactivité » liée à l'évaluation algique.

Les soignants doivent lire les protocoles et les rédacteurs sont à leur disposition pour tout commentaire. Ces protocoles sont réunis dans un classeur au niveau du bureau médical de chaque service.

Ils peuvent être consultés par les médecins libéraux intervenant dans l'établissement.

III/6.2 BONNES PRATIQUES :

Le projet de soin s'inscrit dans une démarche type OPE – organe – personne – environnement, prenant en compte toutes les dimensions de la personne. (Voir ci-dessous : autonomie –dépendance)

Dans ce sens des travaux permettant d'améliorer la pratique qui seront réunis dans un classeur dans les bureaux médicaux pourront être consultés par les intervenants (salariés – libéraux) : avec les recommandations (HAS – ANESM ...).

De même, le repérage d'une problématique particulière par l'équipe médicale, conduit à la mise en place d'un observatoire ciblé (avec intervenants libéraux) dont le but est un suivi régulier, précis. Sont en cours: douleur et soins palliatifs, nutrition, transferts et manutention des résidents. A partir de ces diverses observations des actions sont proposées: réunions de service, rencontres avec les IDE, formations internes par IDE major, Médecins Coordonnateurs.

III/7 ESPACE ETHIQUE :

A la demande du Gouvernement Général de l'Ordre Hospitalier de Saint Jean de Dieu, le Définitoire Provincial, Exécutif de la Province de France, a décidé le 24 février 2004 de créer le Comité d'éthique Saint Jean de Dieu – Province de France. Le Gouvernement Général, a sollicité lors de sa visite en France en avril 2008 qu'un comité local relevant du Comité d'éthique soit mis en place au sein de chaque établissement. Ce Comité local sera dénommé ci-après : « Espace Ethique ».

Le comité d'éthique est composé de deux membres de droit, trois membres de qualité désignés par le Définitoire Provincial, des membres représentant les Associations. Il se réunit sur Paris 4 fois par an.

L'espace éthique a pour objectif de mener une réflexion constructive sur les pratiques professionnelles conformément à la réglementation , aux chartes en vigueur. et aux recommandations de bonnes pratiques.

Le but est de promouvoir la réflexion et l'échange dans le domaine de l'éthique à partir de situations pratiques vécues comme problématiques. Dans l'EHPAD l'ensemble des membres de l'espace soit 14 personnes (volontaires et pluridisciplinaires) se réunit 4 fois par an. Une méthodologie est proposée, démarche éthique, grille de réflexion éthique, textes de lois... les thèmes abordés se font au regard des problèmes rencontrés lors de l'exercice professionnel ou des questionnements des infirmiers. Une boîte aux lettres est prévue à cet effet. A l'issue de ces rencontres des recommandations sont proposées afin d'améliorer les pratiques et d'accompagner au mieux le résident dans sa vie quotidienne.

Un compte rendu est rédigé par le secrétaire de séance et communiqué à l'ensemble des salariés (classeur dans chaque bureau médical).

Les travaux de chaque espace sont rapportés lors de chaque réunion de Comité d'éthique. Un compte rendu de chaque rencontre est adressé au comité. Le comité apporte des recommandations, des suggestions aux espaces si nécessaire via le référent.

III/8 AUTONOMIE ET DEPENDANCE :

La question du vieillissement renvoie généralement à la notion d'autonomie, de dépendance et de handicap.

« L'autonomie » constitue la première base sur laquelle se fondent les pratiques, c'est-à-dire qu'il y a dans nos réflexions, actions, une volonté de rechercher des moyens, des outils susceptibles de favoriser chez la personne âgée, hébergée une véritable autonomie de vie.

La « dépendance » est la situation « d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne, sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse ».

L' Incapacité a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant les conséquences de la déficience d'un organe ou d'un système sur le fonctionnement de l'individu en termes de limitations de fonctions ou de restrictions d'activités.

Le « handicap » l'OMS l'a aussi défini comme l'écart ou l'intervalle entre l'incapacité de l'individu et les ressources matérielles et sociales dont il dispose pour pallier ces incapacités. Cet écart lui confère un désavantage social.

Le système O.P.E.: la conception du soin s'organise dans trois dimensions qui se recoupent: organe-personne-environnement.

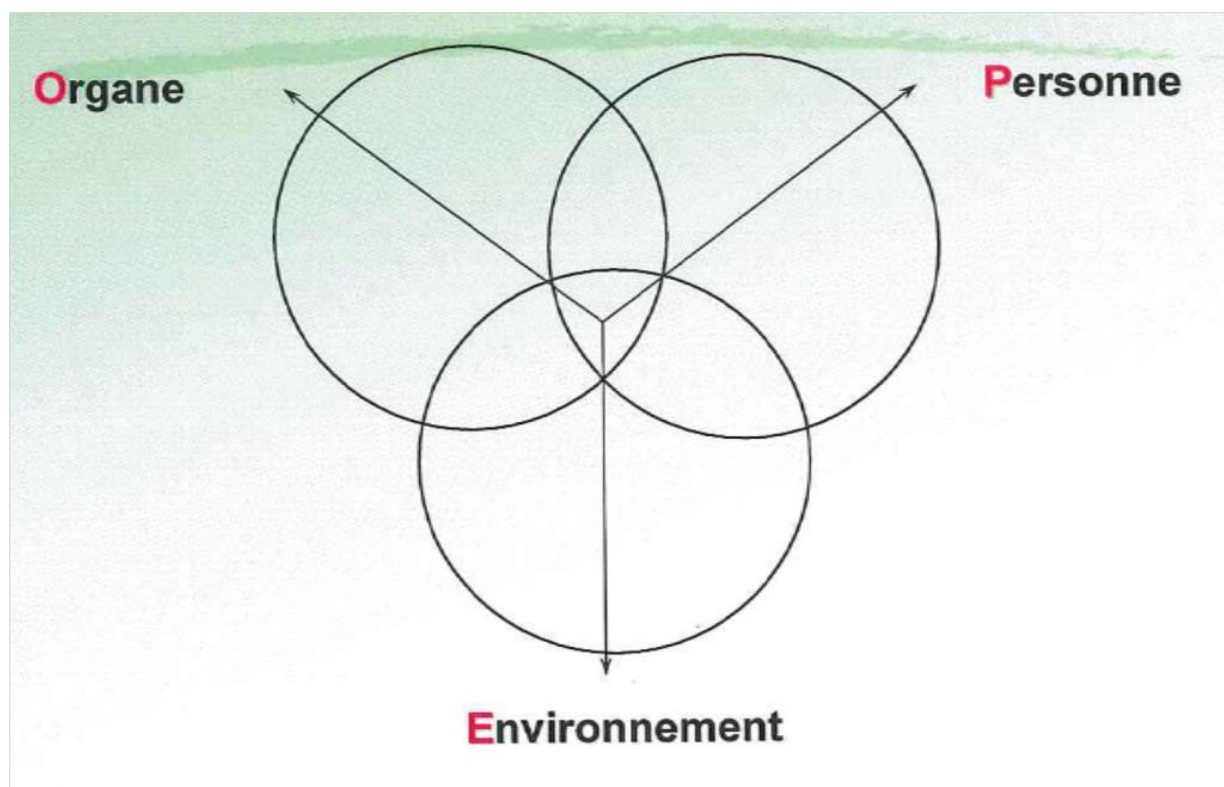
Le champ de l'organe qui concerne tout le biomédical.

Le champ de la personne comprend les interrelations sensorimotrices, psychologiques, spirituelles...

Le champ environnemental comporte les ressources et les manques du cadre matériel, social ...

Le soin doit en tenir compte SIMULTANEMENT.

TROIS AXES, TROIS CHAMPS DE LA SANTE



IV/ FORMATION :

IV/1 INTERNE PAR LES MEDECINS COORDONNATEURS ET L'INFIRMIERE MAJOR :

Ces formations ont pour but la réalisation des bonnes pratiques de soins et après un bref rappel théorique un contenu essentiellement pratique ayant pour public les soignants.

Elles peuvent organisées de façon différente : assemblée générale (vaccination, grippe H1N1, tuberculose avec intervention du CLAT), réunion dans un service (Maladie d'Asperger, douleur), formation interne au rythme d'une fois par semaine sensibilisant 4 à 5 personnes (manutention du résident en cours).

Formation de 54 salariés en 2011 au cours de 14 séances pour la nutrition.

IV/2 INTERNE PAR UN CENTRE DE FORMATION :

- Formation aux gestes et soins d'urgence,
- La bientraitance,
- Démarche éthique dans l'accompagnement des résidents : approche de la mise en œuvre des principes de la loi de 2002-2 dans la pratique quotidienne en établissement médico-social
- Prévention des troubles musculo-squelettiques,
- Accompagnement à la vie sociale,
- Le travail en équipe interdisciplinaire,
- La communication orale et écrite,
- Oser prendre la parole en public ...

IV/3 EXTERNE :

Elle concerne essentiellement les médecins coordonnateurs et l'Infirmière Major.

Les thèmes abordés sont les suivants :

- COCCLIN : Usage des antibiotiques, épidémies (galle, rougeole, coqueluche, tuberculose), hygiènes des mains, nutrition et sécurité alimentaire, les infections nosocomiales, l'utilité et modalité des prélèvements des plaies, les informations sur les nouveaux décrets parus au journal Officiel. Il se rencontre 5 fois par an.

- Formation sur les démences sous forme : Enseignement post universitaire, Congrès et Diplôme universitaire, cursus gérontologique sous forme de séminaire de 2 jours, stage de 1 mois au CGD 13,
- Ethique : formation éthique médicale au centre Sèvre à Paris en 2010
- Colloque éthique ST JEAN DE DIEU à Lyon,
- Journée de l'espace éthique méditerranéen et information par mail,
- Journée ST Joseph /journée Montolivet : sujets gériatriques abordés divers tels que oncologie, cardiologie, hématologie, les urgences, fractures, ostéoporoses...
- Association des Médecins Coordonnateurs 13 (AMC) : les sujets abordent des thèmes très variés, problèmes touchant aux pathologies gériatriques, administratifs, problèmes juridiques spécifiques aux statuts des médecins coordonnateurs.
- Formation PATHOS à Paris en mai 2011
- Formation éthique Alzheimer à SciencePo Aix en Provence en novembre 2011.
- Formation Nutrition Cancer avec la SPG en décembre 2011.

VI/ PREVENTION :

La Prévention regroupe toutes les mesures destinées à prévenir les risques. Concernant le champ de la santé, l'OMS définissait ainsi trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme : information de la population, de groupes cibles ou d'individus (éducation sanitaire ou éducation pour la santé), vaccinations... ;
- La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées ;
- La prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes.

V/1 SENSORIELLE :

Une évaluation auditive et visuelle est faite systématiquement à chaque admission. La continuité du suivi est assurée au long cours par le médecin traitant.

V/2 INFECTIEUSE :

Des interventions ont eu lieu dans l'établissement au titre de l'information sur les thèmes suivants : la tuberculose, la grippe H1N1, l'intérêt de la vaccination.

La vaccination contre la grippe, le tétanos, pneumocoque est suivie et notée dans chaque dossier médical.

V/3 NUTRITION :

Une réflexion continue sur les besoins nutritionnels et la présentation des repas est conduite au sein de l'EHPAD pour prévenir la dénutrition, la déshydratation, la malnutrition et les fausses routes.

A chaque admission un bilan nutritionnel et une prise de poids de référence sont effectués systématiquement.

V/4 DOULEUR :

Evaluation à chaque admission, protocole douleur avec les différentes échelles d'évaluation.

L'EHPAD a signé une convention avec un réseau de soins palliatifs (RESP 13) qui permet une réflexion approfondie sur la prise en charge de la douleur.

V/5 CHUTE :

Une évaluation systématique du risque de chute lors de l'admission : UP and GO, l'appui monopodal, un examen neurologique et de l'appareil locomoteur. Nous avons à disposition du matériel adapté : lit Alzheimer, lit médicalisé, rollateur, déambulateur, cannes. Une attention particulière aux chaussures et aux problèmes de pieds.

V/6 ESCARRE :

Présence au sein de l'EHPAD de matériel adapté : compresseur alternating, matelas visco-élastique, les coussins anti-escarres, kinésithérapie, changement de position toutes les 3 heures si alitement prolongé. Une prévention particulière est effectuée lors de soins de nursing. Chaque résident est levé tous les jours. Une alimentation adaptée est proposée avec une hydratation correcte.

V/7 PROBLEMES DENTAIRES :

Examen systématique à l'admission. Travail en partenariat avec l'école dentaire de l'hôpital Nord. Mise à disposition du matériel pour les résidents : dentifrice, brosse à dent, polydent...

V/8 RELATION SOCIALE, EVITER L'ISOLEMENT :

La présence de deux animateurs à temps plein 7 jours sur 7 permet aux résidents d'avoir accès aux animations régulières. Le Conseil de la vie sociale permet de proposer des axes d'amélioration sur la vie quotidienne. Les visites des bénévoles (VMEH, les petits frères des pauvres..) avec des propositions de sorties, vacances quelques jours, le partenariat avec des lycéens (Lacordaire, St Vincent de Paul...). Le travail au quotidien des équipes soignantes l'après midi dans les différents services. Un aménagement des plannings des soignants pour permettre des activités, des sorties sur l'extérieur (parc automobile conséquent). Impact important de la psychologue dans l'EHPAD (recherche lien familiaux, accueil, rencontre des familles).

V/9 FACILITATION DE L'EXERCICE SPIRITUEL :

Possibilité de pratiquer sa religion. Présence d'une église et d'un aumônier. Célébration de la messe tous les jours. Pour les autres cultes possibilité d'accompagnement sur l'extérieur. Les funérailles sont possibles au sein de l'EHPAD, selon le rite souhaité avec un accompagnement des familles et des proches.

V/10 PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE :

« La proximité des deux concepts de bientraitance et de maltraitance signale une profonde résonance entre les deux. Utiliser le terme de bientraitance oblige en effet les professionnels à garder la mémoire, la trace de la maltraitance. Ainsi, la bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque. »

Cette citation des recommandations de l'ANESM met en avant une vigilance continue qui se décline au niveau des actions d'observation, de suivi d'actions au quotidien.

Avec une promotion de la parole de tous les professionnels, des échanges, pour une vision enrichie du projet de soin et de vie, au cours de rencontres régulières (réunions, formation,...) concernant, en particulier les actes d'accompagnement.

Ceci s'inspire des Valeurs de St Jean de Dieu : spiritualité, hospitalité, respect, qualité, responsabilité et de la Charte de St Jean de Dieu.

Une sensibilisation continue lors des temps de transmission d'informations et de synthèse ou de réunion de projet est promue en accompagnant les professionnels dans une réflexion et une prise de recul sur les événements ou petits faits quotidiens

L'importance des transmissions pour améliorer la qualité du suivi et de l'accompagnement est rappelé et encouragé en toute occasion, **tout particulièrement l'écrit** (supports adaptés DSI, « bible », fiches de soin) dans le respect des règles déontologiques.

V/11 CONTINENCE :

Une évaluation dès l'admission est faite. On favorise les accompagnements aux toilettes. Adaptation des protections en partenariat avec la société ABENA FRANTEX qui rencontre les équipes et les résidents 2 fois par an avec une mise à jour des protocoles en cours.

Un bilan de l'incontinence est proposé et un suivi individualisé avec une traçabilité quotidienne sur le dossier de soin individualisé.

VI/ OBJECTIFS :

- PSI : Mise en place et utilisation optimale dans tous les services. La difficulté majeure sera la formation des médecins libéraux intervenant dans l'établissement.
- Projet de soins individualisé : le projet de soins individualisé tient compte de l'OPE (Organe Personne Environnement) permet de noter :
 - Les déficiences et l'autonomie,
 - Les soins requis,
 - Les objectifs de soins.

Ce projet est inscrit dans le PSI et doit se retrouver sur le document de liaison en cas d'hospitalisation (avec les antécédents et le traitement).

Il est réactualisé périodiquement, au moins 1 fois par an et toujours en cas de pathologie nouvelle ou intercurrente.

Le projet de soins s'articule avec les évaluations Pathos et AGGIR.

- Suivi du pharmacien sur site : visite mensuelle dans l'objectif de réguler la gestion des réserves (traitement, matériel pansement) et le bon suivi des prescriptions. Publication de la liste des médicaments préférentielle établie en 2011 en collaboration avec le pharmacien
- Réactualisation AGGIR et PATHOS.
- Développer le partenariat : convention avec les établissements psychiatriques (Valvert et le pôle psychiatrique de la Conception). Etablir un partenariat avec les urgences de l'hôpital Nord et les réseaux Gériatriques de ville. Confirmation de la convention avec le Service de Médecine interne et gériatrique du Pr FRANCES à l'hôpital Nord.
- Fidéliser l'équipe IDE afin d'optimiser la continuité et la qualité des soins, le travail de collaboration avec les soignants.
- Finalisation de la procédure « Distribution et prise effective des médicaments »
- Protocoles d'Hygiène des soins et renseignement du DARI (document d'analyse du risque infectieux).
- Continuer les formations internes (Médecins Coordonnateurs et IDE Major) : manutention des personnes âgées en cours, futurs thèmes : bientraitance, douleur, soins palliatifs, dépressions...
- Mise en place de nouveaux protocoles de soins,
- Emargement par les IDE et suivi des protocoles en place,
- Mise en place dans chaque unité d'un classeur de « Bonnes pratiques