

EHPAD LE BEAU REGARD

18, rue du Beau Regard
68200 MULHOUSE

 03.89.42.27.35

 03.89.59.88.38

contact@le-beau-regard.com

PROJET DE SOINS

M/PIL/DOCPIL/2

- SOMMAIRE -

	PAGE
<i>LA PHILOSOPHIE DE L'ETABLISSEMENT</i>	3
<i>LE PROCESSUS D'INSTITUTIONNALISATION</i>	5
<i>L'ARRIVÉE DU RÉSIDENT</i>	6
<i>LES ÉLÉMENTS D'OBSERVATION RECUEILLIS</i>	7
<i>L'ADMISSION</i>	8
<i>LES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES</i>	9
<i>L'ORGANISATION DES SOINS</i>	14
<i>LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ 2017 À 2021</i>	30

LA PHILOSOPHIE DE L'ÉTABLISSEMENT DANS LE DOMAINE DES SOINS :

ZÉRO SOIN DE FORCE, SANS ABANDON DE SOIN

RESPECT DE LA SINGULARITÉ ET DE L'INTIMITÉ

VIVRE ET MOURIR DEBOUT

Revenir au sens, redonner du sens.

Proposer au résident le niveau de prise en soin pertinent en respectant son choix.

L'EHPAD Le Beau Regard est engagé dans une démarche *Humanitude* qui vise à faire vivre les valeurs institutionnelles, de promouvoir la bientraitance dans toutes les gestes professionnelles. L'intention seconde est de renforcer l'identité professionnelle des soignants, de donner du sens à leurs actes.

Les prises en soins sont déclinées autour de 3 principes fondamentaux :

- Améliorer l'état de santé et l'autonomie de la personne,
- A défaut, permettre le maintien de l'état de santé,
- Sinon, accompagner la personne âgée jusqu'à la mort.

La nature de la prise en soins est déterminée en fonction de l'histoire de vie et des pathologies des résidents. Toute évolution doit être analysée de façon à :

- ✓ Traiter une cause curable de baisse de l'autonomie
- ✓ Maintenir l'autonomie fonctionnelle
- ✓ Modifier la prise en soins en cas de baisse d'autonomie liée au vieillissement ou à la maladie dans le cadre d'un accompagnement
- ✓ Augmenter les ressources face aux incapacités.

Outil GIR

LE PROCESSUS D'INSTITUTIONNALISATION

L'institutionnalisation est souvent une réponse adéquate en terme d'accompagnement des nombreuses pathologies susceptibles de décompensations ou de survenue par le seul fait de vivre seul ou dans un environnement privatif inadapté. Mais la vie institutionnelle peut elle-même générer des troubles pathologiques ou ne pas empêcher qu'elles évoluent négativement quand elles existaient à l'admission. La transition doit donc s'opérer dans les meilleures conditions à l'appui du consentement du résident, d'une évaluation et d'un suivi pertinent.

Une visite de l'établissement est proposée à la famille, éventuellement au tuteur, et au résident.

Une visite médicale est possible pour compléter les éléments fournis dans le dossier retiré sur *Via Trajectoire*. Elle est menée par le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordinatrice à domicile si celui-ci n'est pas trop éloigné, sur le site de l'établissement ou à la MMPA du GHR MSA. Son but est d'évaluer l'adéquation entre le statut de dépendance physique, psychique et/ou social de la personne âgée et la place proposée.

S'il y a inadéquation nette avec l'institutionnalisation, une réorientation est proposée vers une structure de prise en charge adaptée (soins de longue durée, hospitalisation gériatrique, UVP, services d'aide à domicile, psychiatrie de la Personne âgée, UCC, réseau Alsace Gérontologie, MAIA, etc). L'admission ne se fait pas sans l'accord de la personne âgée. Elle ne sera jamais acceptée en cas de refus express de la personne, même face à des pressions familiales.

En cas d'admission d'une personne à mobilité réduite, c'est le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordinatrice qui se réservent la possibilité de se déplacer auprès d'elle pour évaluer la situation.

Si le directeur prononce l'admission du résident, l'avis de l'équipe médico-soignante est primordial à la bonne adaptation du résident.

Lors de l'accueil du résident, un recueil de données anamnestiques ou d'observations médicales, ainsi que les coordonnées du médecin traitant sont consignés dans le dossier médical informatisé. Un bilan est établi par le personnel soignant (IDEC, IDE, AS) puis validé par le médecin coordonnateur afin de définir les premiers éléments de la prise en soin ou de maintien de son autonomie.

Prendre soin correspond à des actions de prévention ou de lutte contre la pathologie mais aussi des interventions pour soutenir les forces de vie de la personne âgée dans le bien-être. Les professionnels du soin sont des agents qualifiés, formés et informés des bonnes pratiques professionnelles et ont intégré les valeurs institutionnelles dans l'exercice de leur art.

Procédure « Admission »

Mise en place et suivi du plan de soins

Procédure « Création d'un projet de vie individuel »

L'ARRIVÉE DU RÉSIDENT

L'arrivée se fait si possible en présence de la famille, le matin à 10 heures de telle sorte que la disponibilité des soignants soit optimale. L'accueil se fait par l'infirmière et l'aide-soignant référent, accompagnés si possible par le psychologue.

De cette façon, le pensionnaire va pouvoir rejoindre sa chambre, sa maisonnée, le mieux possible grâce aux informations données sur le cadre de vie et ses possibilités d'aménagement par la famille. De même, la chambre est aménagée avec des meubles et objets personnels avant l'admission afin qu'il retrouve immédiatement des repères connus.

D'autre part, le moment est propice à la rencontre avec les autres résidents de la maisonnée qui pourront être informés au préalable, par affichage sur les tableaux d'étage, de la nouvelle admission. Le premier repas de midi est pris en commun avec la famille, qui, si elle le souhaite, est invitée par l'établissement. Le personnel est attentif aux souhaits et besoins de la personne et l'aide-soignant(e) référent centralise ces informations dans le cadre du projet individuel de vie et du programme de soins.

L'institutionnalisation est un moment difficile. Une attention particulière du personnel est assurée pendant les quelques jours suivants l'admission. L'accueil reste un moment privilégié pour développer des liens d'empathie grâce à une écoute attentive de la souffrance possible des personnes admises.

LES ÉLÉMENTS D'OBSERVATION RECUEILLIS

LES ÉLÉMENTS DE CONFORT DE VIE

- ⇒ Goût
- ⇒ Habitudes alimentaires
- ⇒ Horaires des repas, du lever, du coucher, de l'habillage et des soins
- ⇒ Utilisation de la communication interne (appels malades,...)
- ⇒ Habitudes de vie (occupations, loisirs, lecture, télévision)
- ⇒ Utilisation de l'espace privé (chambre, placard, lit) et commun (maisonnée, salle à manger, salon)
- ⇒ Repérage d'éléments d'inconfort physique (douleur, marche, etc) et psychique (nouvel environnement, repères sociaux, etc)
- ⇒ Attentes et souhaits du résident
- ⇒ Aspirations spirituelles

LES ÉLÉMENTS DE DÉPENDANCE

- ⇒ Locomotion (marche, fauteuil-roulant, déambulateur, etc)
- ⇒ Hygiène
- ⇒ Continence
- ⇒ Détérioration intellectuelle
- ⇒ Troubles du comportement (fugues, agressivité, etc)
- ⇒ Alimentation
- ⇒ Utilisation de prothèses (visuelles, auditives, dentaires)

L'HISTOIRE DE VIE ET LES SOUHAITS

L'aide-soignant(e) référent voit systématiquement, en présence de l'infirmière, les personnes admises et leur famille afin de faire un recueil de l'histoire de vie des pensionnaires. Elle utilise également l'histoire de vie rédigée par la famille avant l'arrivée dans l'établissement : ce document est d'autant plus important dans le cas où le résident est atteint d'une pathologie démentielle car il constitue la source d'information écrite principale.

Dans la mesure du possible, l'aide-soignant(e) référent(e) et l'infirmière recueillent les souhaits exprimés du résident.

« Histoire de vie » d'un(e) résident(e) »

L'ADMISSION

Le médecin coordonnateur organise le dossier médical qui est mis à disposition des médecins traitants.

Les principales informations concernant les résidents nouvellement arrivés sont présentées le jour même par le référent lors des transmissions.

Par la suite, le plan de soins est élaboré par l'équipe soignante.

LES PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

Le processus de prise en soin est l'objet de démarches collaboratives et pluridisciplinaires qui ont conduit à la mise en œuvre de protocoles relatifs aux soins. Les prises en charges spécifiques décrites ci-dessous font l'objet d'une vigilance particulière.

✓ **Marche et maintien de la mobilité**

- Repérage des troubles de la marche à l'admission et tout au long du séjour
- Prescription de kinésithérapie
- Consultation spécialisée si nécessaire
- Stimulation à la prise des repas en salle à manger quotidiennement – le maintien en chambre étant lié à l'état général de la personne sur avis médical et infirmier – Le trajet est un exercice physique.
- Stimulation à l'utilisation des aides techniques : déambulateur, autonomie en fauteuil roulant

S.I.E.L. Bleu – Gymnastique sur chaise

Protocoles « Prévention des chutes » et « Evaluation des risques de chute »

✓ **Détérioration intellectuelle**

- En partant de l'histoire de vie, maintien d'un fil rouge par les centres d'intérêts passés, existants et futurs
- Évaluation des fonctions intellectuelles en réunion pluridisciplinaire quand elles semblent se détériorer
- Travail en lien avec les consultations spécialisées
- Travail avec le psychiatre et le psychologue de l'établissement. Si nécessaire, le lien avec la psychiatrie de secteur est également assuré
- Détection et analyse des troubles du comportement en équipe multidisciplinaire avec prise en charge spécifique (application des 5 piliers de la démarche *Humanitude*, contention, prise en charge non médicamenteuse, alimentation, etc)

Fiche de prescription contention

L'établissement propose le développement d'une prise en soins de qualité axée tant autour du développement de la vie sociale que des soins médicaux et de la promotion de la bienveillance. La démarche Humanitude repose sur les 5 piliers fondamentaux :

- Zéro soins de force sans abandon de soins,
- Respect de la singularité et de l'intimité,
- Vivre et mourir debout,
- L'ouverture vers l'extérieur,
- Lieu de vie, lieu d'envies.

Ce choix d'accompagnement apporte des réponses à la prise en charge de plus en plus prégnante des personnes atteintes de pathologies démentielle et troubles du comportement.

En effet, bien que la population accueillie au sein de l'établissement présente, à des degrés divers, à plus de 67% des troubles du comportement liés à une maladie d'Alzheimer ou des troubles cognitifs sévères apparentés, aucune Unité de Vie Protégée n'a pu être créée en son sein. La Ville de Mulhouse, propriétaire de l'établissement jusqu'en 2012, ne souhaitant pas engager des travaux supplémentaires.

Aujourd'hui, l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies démentielle et troubles du comportement est complexe. La coexistence dans les mêmes locaux de personnes désorientées, parfois fortement, et de personnes semi-valides ou fortement dépendantes voire en situation de fin de vie, est difficile. L'intervention du psychiatre et du psychologue est déterminante.

L'offre actuelle de prise en soins des patients peut s'étoffer grâce à l'adjonction de personnels mieux formés permettant au projet de soins de se rapprocher du projet d'accompagnement individualisé. Le renforcement des connaissances et compétences du personnel dans ce domaine s'effectue par les échanges entre équipes et par et la voie des formations, notamment celle proposée dans le cadre de *l'Humanitude*.

L'élaboration de 3 protocoles de prise en soin des personnes présentant des troubles du comportement apporte une réponse complémentaire aux échanges hebdomadaires en équipe pluridisciplinaire.

Démarche d'accompagnement des troubles du comportement

Accompagnement des troubles du comportement lors de la toilette

Accompagnement des troubles du comportement lors des repas

✓ **Prévention des escarres**

L'évaluation des facteurs de risques d'escarres est réalisée systématiquement à l'admission à l'aide de l'échelle de Braden.

L'ensemble des agents est mobilisé pour éviter, à l'aide de matériel adapté, une nécrose des tissus comprimés entre deux plans durs, notamment pour tous les résidents privés de sensibilité ou ne pouvant se mouvoir et ne pouvant être mobilisés, ainsi que tous les résidents à risque, notamment alités, fiévreux et s'alimentant peu et/ou mal.

Protocole « Prévention des escarres »

✓ **Prise en charge de la douleur**

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites comme si ces lésions existaient. La douleur est toujours subjective. Chaque individu apprend à quoi s'applique le terme en raison d'expériences liées à des blessures du début de la vie.

L'évaluation de la douleur est réalisée systématiquement à l'admission. Afin de garantir une prise en charge de qualité, les soignants utilisent les outils d'évaluation de la douleur de type « Doloplus », « Algoplus », « Echelle verbale », etc. L'hétéro évaluation peut alors faire l'objet d'une réunion pluridisciplinaire et, le cas échéant, des ressources externes, telles que les consultations douleurs, peuvent être utilisées.

Protocole « Douleur »

✓ **Prise en charge nutritionnelle**

La variation de poids est le meilleur indicateur nutritionnel. Une pesée est effectuée systématiquement à l'admission et une fois par mois. En cas de perte de poids significative, un avis médical est donné concernant les causes potentielles de dénutrition. Parallèlement, une feuille de surveillance alimentaire est mise en place. L'évaluation est complétée par des données biologiques et anthropométriques le cas échéant.

En cas de dénutrition par carence d'apports, un suivi des apports est organisé et un régime hyper protidique, hyper calorique est prévu en améliorant la qualité des repas. En cas d'impossibilité, une prescription de compléments oraux est mise en place sur prescription médicale. De plus, selon les besoins, la texture des repas sera adaptée à la personne.

Protocole « La pesée » (dont la courbe de poids d'un(e) résident(e))

Fiche technique « Prescription de repas mixés »

Feuille de surveillance alimentaire

Tableau de suivi « Positionnement/Alimentation/Hydratation »

✓ **Prise en charge de l'incontinence**

Le statut urinaire des résidents est évalué dès l'arrivée, par l'aide soignant référent du projet de vie, avec l'aide de l'équipe et sous le contrôle des référents incontinence, de façon à avoir une attitude cohérente dans le cadre du Plan de soins. Par la suite, en fonction des modifications de son état général ou en cas d'inadéquation des aides mises en place, une réévaluation est organisée par la responsable hôtelière et le référent incontinence, afin d'offrir une prise en soins adaptée de ce problème.

Protocole «Prise en charge de l'Incontinence»

Protocole « Gestion des produits absorbants » (dont feuille de « Gestion mensuelle des produits d'hygiène »)

Grille de mictions

✓ **Prise en charge des troubles du transit (constipation et diarrhée)**

En raison de la spécificité des patients gériatriques, une attention toute particulière est portée sur ces points afin d'assurer une certaine qualité de la prise en charge et d'éviter des problèmes intercurrents.

Protocoles « Constipation » et « Diarrhée » (dont feuille de surveillance des selles: utilisée systématiquement au rez de jardin et si nécessaire dans les autres étages)

✓ **Soins palliatifs**

L'objectif est le maintien à l'EHPAD des résidents en fin de vie. Les souhaits de la personne âgée et/ou de sa famille sont recherchés dans la mesure du possible. La seule indication d'hospitalisation est l'impossibilité de gérer le confort physique ou la douleur de la personne. Cette décision est discutée en équipe pluridisciplinaire puis soumise au Médecin Traitant. Celui-ci a la possibilité de demander la contribution de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs.

Le niveau de soins prodigué est déterminé au regard des éléments suivants :

- Pathologie aiguë incurable de mauvais pronostic à court terme ayant un effet majeur sur la qualité de vie de la personne. Risque de douleur difficile à contrôler.
- Pathologie chronique s'aggravant ou des traitements ne permettant que le maintien de la vie assimilables à de l'acharnement thérapeutique (ou obstination déraisonnable), notamment pour des problèmes de dénutrition, de déshydratation, de grabatisation et de rétractions ostéotendineuses.

Des réunions de famille sont proposées en présence de L'IDEC, du psychologue et un médecin coordonnateur. Si l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs est sollicitée, ce sera le psychologue de l'équipe mobile qui recevra la famille. Le niveau de soins est expliqué et des objectifs permettant un confort maximum de la personne en fin de vie sont fixés en tenant compte des directives anticipées si elles existent.

Les possibilités suivantes sont offertes :

- Le contrôle de la douleur ainsi que le traitement des symptômes de fin de vie sont des objectifs prioritaires.
- La prise en charge sociale : la présence de la famille est favorisée au maximum, les horaires de visites sont élargis. La présence est permise jour et nuit en fonction des sensibilités des familles.
- La présence des soignants est renforcée auprès des résidents en fonction des possibilités de l'équipe de soins et le confort est privilégié.
- La spiritualité des personnes en fin de vie est prise en compte, notamment avec la possibilité de faire intervenir des représentants religieux à la demande du résident (sur le moment ou si le souhait a été exprimé préalablement).

Protocole « Le soin de bouche »

✓ **La personnalisation du soin**

Etre en santé c'est être bien, jouir d'une bonne qualité de vie dans le respect des souhaits de l'individu, dans sa singularité.

L'individualisation du soin passe par une présence effective et bienveillante du soignant. Elle repose sur la mise en *Humanitude* par le regard, la parole, le toucher et la verticalité. Prendre soin c'est également ne pas nuire à la personne en ne valorisant pas ses capacités résiduelles par exemple.

L'ORGANISATION DES SOINS

✓ Rôle du médecin coordonnateur

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

- Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général et l'organisation des soins, s'intégrant dans le projet institutionnel, coordonne et évalue sa mise en oeuvre,
- 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,
- Organise et préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement,
- Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement,
- Évalue et valide l'état de dépendance des résidents,
- 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 de soins,
- Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits (élaboration de la liste préférentielle des médicaments),
- Contribue à la mise en oeuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, notamment en proposant des formations internes,
- Elabore le dossier type de soins et organise son utilisation par les intervenants extérieurs,
- Établit 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,
- Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre 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,
- Collabore à la mise en oeuvre de réseaux gérontologiques coordonnés ou d'autres formes de coordination. Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en oeuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques,
- Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

Charte du médecin coordonnateur

✓ Rôle du cadre de santé

Le cadre de santé est responsable :

- de la gestion et de la qualité des soins
- de la gestion et du développement des ressources humaines de son équipe, ainsi que de leur formation
- de la gestion et de l'achat du matériel de soins
- de la gestion des ressources humaines de son équipe (plannings jour et nuit, notation des agents, entretien d'embauche, suivi des carrières...)

Le cadre de santé :

- veille à la mise en application des principes et techniques dictés par la démarche Humanitude,
- Effectue le contrôle de la qualité des soins
- Participe à la gestion ponctuelle des chambres (changements, etc) et organise les entrées des nouveaux résidents en relation avec l'infirmier coordinateur, l'administration, les médecins coordonnateurs et les équipes soignantes
- Réalise l'évaluation de son personnel
- Élabore avec son équipe le projet de soins
- Travaille sous l'autorité du directeur et en forte collaboration avec les médecins coordonnateurs

Le cadre de santé coordonne les actions de son service avec :

- Le corps médical (médecins gériatres, psychiatres, généralistes, etc)
- L'administration et la direction
- Le service hôtelier dans son ensemble (cuisine, lingerie, service technique/entretien, ASH)
- L'animateur
- Le psychologue
- Les services prestataires (pharmacie, laboratoire, etc)
- Les résidents et les familles
- Les kinésithérapeutes
- Autres intervenants extérieurs

Fiche de poste du cadre de santé

✓ Rôle de l'Infirmière coordinatrice

L'infirmière coordinatrice est responsable :

- De la gestion des projets de vie individualisés
- De l'organisation, de la planification et de l'accueil des étudiants qui relèvent des services de soins et assure la coordination entre l'EHPAD et les différents établissements de formation
- De la gestion du matériel de soins et de l'organisation du circuit du médicament
- De la gestion des modifications de planning (remplacements maladie, demande de changement des agents, ...)

L'infirmière coordinatrice :

- veille à la mise en application des principes et techniques dictés par la démarche *Humanitude*,
- Effectue le contrôle de la qualité des soins
- Participe à la gestion ponctuelle des chambres en lien avec le cadre de santé
- Participe à l'admission des nouveaux résidents
- Participe à l'élaboration du projet d'établissement
- Travaille sous la responsabilité du cadre de santé et en forte collaboration avec les médecins coordonnateurs

L'infirmière coordinatrice coordonne les actions de son service avec :

- Le cadre de santé
- Le corps médical (médecins gériatres, psychiatres, généralistes, etc)
- L'administration et la direction
- Le service hôtelier dans son ensemble (cuisine, lingerie, service technique/entretien, ASH)
- L'animateur
- Le psychologue
- Les services prestataires (pharmacie, laboratoire, etc)
- Les résidents et les familles
- Les kinésithérapeutes
- Autres intervenants extérieurs

Fiche de poste de l'infirmière coordinatrice

✓ **Permanence et articulation des soins**

❑ **Disponibilité des médecins coordonnateurs**

En cas de doute sur la situation médicale d'un résident qui revêt un caractère complexe, il est toujours possible de contacter un des médecins coordonnateurs.

❑ **En cas de problème de santé nécessitant une intervention dans la journée**

- appel du médecin traitant (médecin de ville ou coordonnateur)
- en cas d'absence, appel de S.O.S. médecin ou appel du 15

❑ **En cas de problème de santé nécessitant une intervention dans la nuit**

- appel de l'infirmière de nuit de la Fondation Jean DOLLFUS, pour avis ou intervention
- en cas d'absence, ou d'urgence, appel de S.O.S. médecin ou appel du 15

Convention IDE de Nuit avec la Fondation Jean Dollfus

❑ **L'infirmière appelle le 15 ou SOS MÉDECINS ou le médecin traitant selon le degré d'urgence**

Protocole d'urgence

Convention avec le Centre Hospitalier de Mulhouse

❑ **En cas d'hospitalisation**

Le médecin prescrivant l'hospitalisation se met en relation avec un médecin senior des urgences. Le dossier médical suit le patient (DLU).

Convention avec le Centre Hospitalier de Mulhouse

❑ **En cas d'hospitalisation non urgente pour un problème gériatrique**

Le médecin traitant contacte un médecin senior d'un service de gériatrie du Groupe Hospitalier Régional - Mulhouse Sud Alsace ou de Pfastatt pour une admission directe.

Convention avec le Centre Hospitalier de Mulhouse

❑ **Retour d'hospitalisation**

Aucun retour d'hospitalisation n'est effectué avant avis médical du médecin coordonnateur.

❑ Les visites

- les visites des médecins traitants se font, sauf urgence médicale, de 9H00 à 12H00 et de 14H00 à 18H00 du lundi au vendredi et hors jours fériés. L'infirmière est sollicitée au moment de la visite et tenue informée des éléments essentiels.
- les intervenants extérieurs (infirmiers psychiatriques, pédicures, kinésithérapeutes) sont en relation avec l'équipe soignante et communiquent lors des réunions pluridisciplinaires auxquelles ils peuvent être conviés ou encore par l'intermédiaire du dossier médical papier ou informatique en cas d'absence de l'infirmière.

✓ Fonctionnement de l'équipe soignante

Dans un objectif de continuité des soins et d'amélioration de la qualité, les actions de l'ensemble des intervenants sont réfléchies, coordonnées, notamment par l'intermédiaire des programmes de soins. Les organisations de travail sont actualisées régulièrement afin de rester en adéquation avec les évolutions de l'état de santé et les souhaits des résidents.

Organisation des soins infirmiers

Organisation du travail de l'équipe soignante de jour

Protocoles lavage des mains

Missions des veilleuses de nuit

➤ Fonctionnement pluridisciplinaire

L'approche des problèmes de soins médicaux, infirmiers, des problèmes psychologiques, psychiatriques, nutritionnels, sociaux ou spirituels se fait de façon multidisciplinaire. Une réunion pluridisciplinaire a lieu une fois par semaine et réunit le ou les médecins coordonnateurs, le psychiatre, l'infirmière coordinatrice, la responsable hôtelière, le psychologue, une infirmière, les aides-soignants, l'animateur et un agent hôtelier pour évoquer les cas complexes et établir une stratégie de prise en charge tenant compte des avis de tous les professionnels approchant le résident. D'autres professionnels sont invités si nécessaire (médecin traitant, kinésithérapeute, etc.).

➤ Dossier de soins unique – Il est établi par les médecins coordonnateurs et l'équipe soignante

❑ Le dossier individuel est informatisé, il permet la mise en œuvre de programmes de soins individualisés et réactualisés, en cas de changement de l'état de santé significatif et permanent, afin de répertorier toutes les actions d'aides spécifiques à chaque résident (toilette, habillage, incontinence, etc.).

❑ Le Plan de Soins Individualisé est l'outil de travail de chaque soignant pour la journée. Il est informatisé. La signature électronique de chaque acte réalisé est un gage de qualité et de traçabilité.

Programme de soins

- ❑ Le dossier médical informatisé comprend le motif d'entrée, les pathologies actives et antécédents, la dépendance, l'examen clinique d'admission, les examens biologiques et le traitement médical.

Dossier médical individuel

Dossier médical individuel transmis lors d'une hospitalisation

- ❑ Le dossier médical papier comprend des données non enregistrées sur PSI à l'aide du logiciel : dossier d'admission, divers comptes rendus d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation, examens et radiologiques. Il est mis à disposition des médecins traitants à chacune de leur visite.

Transmissions

- ❑ L'archivage physique est assuré par le personnel infirmier, lorsque la charge de travail le permet, dans une salle dédiée. Le système informatique assure quant à lui de manière permanente la sécurisation (impossibilité de suppression d'information et sécurisation de l'ensemble des accès) et la conservation (2 sauvegardes simultanées dans des locaux ou lieux différents) des données.

LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

2017 à 2021

AXES	Niveau de réalisation des actions prévues de 2017 à 2021
<p>AMÉLIORATION DES RELATIONS AVEC LES INTERVENANTS EXTÉRIEURS ET LES AUTRES STRUCTURES</p> <p>ASSURER UNE INTERVENTION DU PERSONNEL SOIGNANT ADAPTÉE A L'ÉVOLUTION DE LA DÉPENDANCE ET DE LA CHARGE DE TRAVAIL SOIGNANT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la collaboration avec les médecins libéraux (réflexion sur les modalités d'intervention, etc.) Après la convention départementale visant à encadrer les relations entre médecins généralistes ou kinésithérapeutes et EHPAD, le contrat national se met difficilement en place. Une réunion gérontologique annuelle est proposée. Les médecins traitants, le pharmacien, les laboratoires, le psychiatre, la psychologue et les kinésithérapeutes sont associés à la rencontre. - Améliorer les relations avec les autres structures notamment en termes d'admission et de retour d'hospitalisation, De nombreuses conventions permettent d'inscrire l'établissement dans un réseau gérontologique et de soins coordonné avec l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et du secteur médicosocial. Le développement de cet axe d'amélioration sera bien entendu maintenu pour la prochaine convention tripartite. - Positionner l'infirmière coordinatrice dans le projet de soins et dans le management de l'équipe soignante. Concernant le positionnement de l'infirmière coordinatrice en qualité de cadre de l'équipe de soins, l'objectif est désormais atteint notamment à l'issue de la mise en place d'un ½ temps de cadre de santé (mutualisé avec l'EHPAD Les Collines). La réorganisation du travail infirmier a été réalisée mais elle touche aujourd'hui ses limites. En effet, devant l'augmentation de la charge de travail et les objectifs d'amélioration de la qualité des soins, l'augmentation de l'effectif infirmier est aujourd'hui un impératif prioritaire. - Réorganisation du travail des aides-soignants lié à l'évolution de la dépendance et afin de répondre de manière plus adéquate et de mener à bien leur rôle de référent. Le travail reste permanent afin de garantir l'adaptation la plus efficiente possible entre les moyens humains et les besoins et attentes des résidents. La difficulté majeure de la stabilisation de l'organisation du travail des soignants repose sur l'absentéisme itératif de cette catégorie de personnel.

**MAINTENIR ET DÉVELOPPER LES
COMPÉTENCES DES AGENTS****- Actualisation permanente de l'ensemble des fiches de postes.**

L'actualisation des fiches de postes est réalisée lors de chaque évolution des missions confiées au personnel concerné.

- Réactualisation et/ou développement des protocoles.

La réactualisation des protocoles existants n'est pas systématique mais de nouveaux protocoles ont été créés en fonction de l'évolution des besoins. Néanmoins, afin d'éviter une inflation documentaire et une déresponsabilisation des professionnels engendrée par la généralisation de la « protocolisation », le choix a été fait d'en limiter le nombre afin de ne viser que les domaines pertinents, notamment ceux visant les actions d'amélioration de la qualité.

- Par des formations spécifiques : personnes atteintes de pathologies de type Alzheimer, évaluation et prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et la fin de vie, ainsi que des formations de manutention et de promotion de la bientraitance.

Cette démarche formative a été mise en place et la mutualisation du plan de formation avec l'EHPAD Les Collines a permis la multiplication des actions de formation vis-à-vis des agents ainsi qu'une ouverture sur d'autres pratiques professionnelles.

Les formations relatives à la démarche *Humanitude* consacrent l'intérêt du personnel pour une prise en soins de qualité, respectueuse de la personne âgée et préventive de l'épuisement professionnel.

- Développement de l'utilisation de l'outil PATHOS.

L'outil PATHOS est devenu un élément d'utilisation courante depuis 2007.

Il est mis en œuvre trimestriellement dans le cadre de l'expérimentation de l'ENC en EHPAD initiée par la CNSA depuis 2015.

Axes d'amélioration 2017-2021

Les axes d'amélioration retenus pour le projet d'établissement 2017-2021 sont essentiellement issus des évaluations internes et externes. Les retours des enquêtes de satisfaction et les études de fiches d'évènements indésirables ont également permis le dégagement d'actions qualité.

Vous trouverez ci-dessous les actions relevant du projet de soins classées par domaines avec les précisions relatives aux délais et modalités de mise en œuvre.

➤ Le management et la gestion des RH :

- **Développement du guide de bonne conduite concernant le rappel des bonnes pratiques professionnelles et assurer sa diffusion régulière :**

Elle reste à compléter sous divers aspects. L'utilisation des outils MobiQual permettra une actualisation de cette dernière et sa diffusion sera assurée par la mise à disposition des agents dans un classeur dédié.

L'axe central d'amélioration des pratiques professionnelles repose depuis 2016 sur l'application des principes de prise en soins de *l'Humanitude*. Ceux-ci sont développés dans un cycle long et permanent de formation de l'ensemble des agents. La labélisation *Humanitude* de l'établissement à l'horizon 2021 constitue un objectif.

- **Réflexion sur la nécessité de mise en place d'actions de formations relatives à la communication non verbale :**

Ces actions sont systématiquement inscrites aux plans de formation de l'établissement (bienveillance, PEC des personnes désorientées, relations soignants-soignés-famille, gestion des conflits,..)

Les sessions de formation à *l'Humanitude* abordent quasi-exclusivement la notion de prendre en soins par une communication non-verbale (le regard, la parole, le toucher, la verticalité).

- **Tenter de pourvoir le poste d'ergothérapeute**

Des démarches ont été menées en ce sens. Lorsqu'une difficulté majeure se présente, l'établissement fait appel à l'ergothérapeute de l'EHPAD Les Collines.

- **Développement de la formation des agents sur la prévention des chutes ainsi qu'une évaluation des chutes formelle et planifiée :**

Cette action est inscrite annuellement au plan de formation de l'établissement. Les techniques de prise en soins développées dans *l'Humanitude* abordent différemment ce risque récurrent. Un bilan annuel sera établi sur le nombre de chutes et leurs incidences.

- **Mise en application des transmissions ciblées et formalisation des moyens de transmission internes**

Les transmissions ciblées ont fait l'objet de plusieurs sessions de formation depuis 2012 pour l'ensemble du personnel concerné. Cependant ces pratiques doivent constamment être reprises.

- **Réflexion sur la possibilité de travail en binôme infirmier – aide-soignant :**

La notion de travail en binôme est intéressante pour la cohésion d'équipe et peut s'envisager sur des évaluations (douleurs, escarres, etc.).

L'organisation des prises en soins fait l'objet d'un plan indicatif et est affiché en salle de soins.

➤ **Protocoles / procédures :**

- **Actualisation du protocole toilette :**

Cette tâche sera abordée dans le cadre des bonnes pratiques mais ne donnera pas lieu à un protocole dédié.

L'organisation des rythmes de douches-bains fait l'objet d'un plan indicatif et est affiché en salle de soins.

- **Réflexions sur l'amélioration de la présentation des repas à texture modifiée et réalisation d'un protocole garantissant le suivi médical de la prescription :**

Une formation de ce type, à destination des cuisiniers, sera proposée à la commission de formation pour inscription au plan de formation de l'établissement avant 2019. Dans le cadre de la démarche *Humanitude*, une formation spécifique sur la confection et la distribution des repas sera proposée dès la fin des travaux de rénovation de la cuisine-salle à manger.

- **Réalisation d'un protocole conduite à tenir en cas de suicide :**

Les éléments d'un tel protocole est intégré dans les protocoles Urgences et Décès. .

- **Insuffisance de renseignement du cahier sur les erreurs de dispensation entre pharmacie et soins :**

Le développement de la rédaction systématique d'une fiche de signalement d'événement indésirable concernant la traçabilité des dispensations a été accélérée en 2012. Le développement de l'outil informatique sera un des pivots de cette traçabilité. Cette action est en cours.

- **Réactualisation du protocole contention et information éclairée à la famille, au tuteur ou au référent :**

Cette action d'amélioration est réalisé.

➤ Sécurité des biens et des personnes :

- **Lors d'une hospitalisation assurer un inventaire des biens de valeur conservés en chambre :**

Un inventaire est réalisé lors de l'admission et du décès de la personne âgée mais il n'entre pas dans le détail excepté pour les meubles et objets de valeurs.

Une réflexion pourra être menée sur cette question afin de réaliser une procédure lors d'une hospitalisation. De même, des informations complémentaires seront certainement ajoutées au contrat de séjour. Cependant, les familles sont libres d'ajouter ou retirer des éléments de la chambre du résident sans en informer préalablement le personnel. Cette réalité rend l'état des effets personnels très indicatif tout au long de l'hébergement du résident.

- **Assurer la maîtrise du port des gants par tous les soignants et suppression des bijoux et des ongles manucurés :**

Des actions de formation sur le port des gants et l'hygiène des mains seront proposées à la commission de formation pour inscription au plan de formation de l'établissement jusqu'en 2021. Ces éléments sont régulièrement également évoqués lors des réunions d'équipe.

- **Des draps propres et des serviettes sales ne doivent pas entrer en contact avec les tenues du personnel :**

Ce point est régulièrement abordé dans le cadre des bonnes pratiques d'hygiène. Des actions de sensibilisation, voire de formation, pourront reprendre cette thématique.

- **Mise en place d'un chariot d'urgence :**

Cette action a été réalisée en 2013 mais nécessite une actualisation régulière.

- **Réflexion sur l'existence d'un dossier médical papier parfois non mis à jour face à la version électronique :**

Cette réflexion se fera en parallèle avec celle visant le contenu du dossier médical papier. A terme, il paraît vraisemblable d'envisager une évolution vers une solution uniquement électronique pour 2020, notamment avec le développement du DMP.

➤ Médicament :

- **Développement de la commission gériatrique avec les intervenants médicaux ou paramédicaux libéraux ou salariés en réfléchissant à la prévention des effets iatrogènes médicamenteux :**

La prévention des effets iatrogènes médicamenteux sera au cœur de l'action à destination des médecins généralistes. Des réunions gériatriques seront organisées annuellement, l'une collectivement pour l'ensemble des EHPAD mulhousiens et l'autre propre à la structure.

- **Création du livret du médicament par le médecin coordonnateur en relation avec le pharmacien et formaliser les procédures de prises en charge médicamenteuse des résidents :**

La mise en place d'un livret thérapeutique a été réalisée en 2014 dans la continuité de l'action engagée par l'ARS d'Alsace. Il devra être actualisé et généralisé aux pratiques des médecins traitants.

L'ensemble du circuit du médicament a donné lieu à une réflexion depuis 2014 et à une formalisation en 2014. Celle-ci a été revue en 2017 en raison d'un changement d'officine en 2016. L'ensemble des processus est finalisé et il est prévu une maîtrise complète du circuit, notamment en terme de traçabilité de la dispensation. Cependant, l'évolution des technologies (full web, par ex) nécessitera une actualisation.

- **Réflexion sur les protocoles antalgiques en « si besoin » non prescrit nominativement :**

Une réflexion sur des prescriptions nominatives en « si besoin » est engagée mais elle doit être actualisée.

- **Tendre vers la suppression des prescriptions par téléphone ou fax :**

Ces prescriptions ont vocation à disparaître notamment avec la mise en place du système de cryptage Apycript dès 2011 qui permet déjà aujourd'hui un échange avec les différents professionnels de santé qui garantissent le secret médical. Les commissions gériatriques et enquêtes de satisfaction des professionnels libéraux devraient permettre de meilleurs échanges sur ces questions.

➤ Qualité/bienveillance des soins :

- **Suppression de l'utilisation du terme couchés à l'oral comme à l'écrit.**

A échéance immédiate.

- **Mise en œuvre généralisée des contenus de la formation *Humanitude* lors de la prise en soins.**

A compter du deuxième semestre 2017. La labélisation *Humanitude* est un objectif pour 2021.