



PROJET DE SOINS

2014-2018



SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
LE PROJET DE SOINS.....	4
1. Le fonctionnement du Centre de Harthouse	5
2. Les caractéristiques des personnes accueillies	6
3. Le projet de soins du Centre de Harthouse.....	9
AXE 1 : ORGANISATIONS DES SOINS.....	11
1.1 La permanence des soins et l'urgence médicale	12
1.2 Les locaux de soins	14
1.3 Le dossier individuel de l'utilisateur bénéficiaire	15
1.4 Les transmissions	16
1.5 Le projet de soins individualisé.....	17
1.6 Soins médicaux et paramédicaux spécifiques	18
1.7 Les examens médicaux de spécialité	19
1.8 Renforcer les ressources médicales et soignantes.....	20
1.9 Renforcer les partenariats	21
AXE 2 : AMELIORATION DES PRATIQUES DE SOINS	23
2.1 La promotion de la santé	24
2.2 Communiquer et informer sur les actes de soins	25
2.3 L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes accueillies	26
2.4 Les troubles psychiatriques	27
2.5 La prévention des risques de santé.....	28
2.6 Le risque iatrogène	30
2.7 La douleur	31
2.8 La contention et l'isolement	32
2.9 L'hygiène des soins ; la maîtrise du risque infectieux	33
2.10 La fin de vie et les soins palliatifs, les directives anticipées, le décès	35
2.11 La formation et le soutien aux professionnels	36
CONCLUSION.....	37
GLOSSAIRE.....	38
TEXTES DE REFERENCES	39
ANNEXES	41

INTRODUCTION

Les personnes en situation de handicap ont droit, au même titre que les autres membres de la société, à des services de santé de qualité, à des traitements et des technologies appropriés pour un meilleur état de santé possible. Les pathologies multiples sont, par exemple, plus fréquentes chez les personnes handicapées mentales, du fait du handicap, de son évolutivité et des pathologies associées. Les multiples thérapeutiques nécessaires sont, par ailleurs, bien souvent génératrices d'effets secondaires.

Les besoins en santé sont d'autant plus importants que le handicap génère des besoins spécifiques qui nécessitent une connaissance précise du type du handicap, des compétences multiples, et des thérapeutiques beaucoup plus lourdes. Les besoins en santé requièrent en eux-mêmes souvent une approche spécifique : soins dentaires, évaluation de la douleur, appareillages, prothèses auditives et visuelles...

Les difficultés de communications majorées par des troubles cognitifs chez certaines personnes handicapées mentales gênent considérablement le repérage et l'analyse des symptômes présentés, et leur chronologie. Le vieillissement, en s'ajoutant au handicap, peut entraîner des conséquences plus sévères sur la santé des personnes handicapées, et accentuer ce besoin en soins.

Compte tenu de ce contexte, les établissements accueillant ces personnes handicapées doivent impérativement définir, et mettre en œuvre, les conditions nécessaires à une prise en charge soignante et médicale de qualité.

Le projet de soins s'inscrit ainsi dans le projet d'établissement 2014-2018 du Centre de Harthouse en étant : *« Un engagement de tous les intervenants envers chaque personne accueillie pour acquérir et/ou préserver et maintenir sa qualité de vie en mettant en œuvre des actions permettant une vie sociale individuelle et collective, dans un souci permanent de bienveillance. Il est en adéquation avec la charte des droits et libertés de la personne accueillie ».*

Ce projet de soins est le premier projet global rédigé au sein du Centre de Harthouse. Il est pensé comme un projet de soins curatifs et préventif, inclus dans chaque projet personnalisé. Il prend en compte tout au long du séjour ses besoins, en lien avec la famille et/ou le représentant légal en coordination avec l'environnement (réseau...).

Son objectif peut être défini de la manière suivante : veiller à ce que toute personne accueillie du Centre de Harthouse, quel que soit son sexe, son âge, et l'origine, la nature ou le degré de son handicap, puisse :

- Bénéficier des soins nécessaires à sa santé, dans des conditions d'accès égale à celles de tout à chacun. Ces soins peuvent être assurés soit par l'établissement, soit par des professionnels de santé extérieurs ;
- Accéder aux services spécialisés disponibles en tant que de besoins ;
- Être associé le plus possible aux décisions le concernant. Cela implique que des mesures raisonnables soient prises pour communiquer à la personne handicapée et le cas échéant, aux représentants légaux, sous une forme compréhensible, toutes les informations sur ses besoins en matière de soins de santé ou sur les services de santé qui peuvent lui être fournis.

Enrichi par diverses contributions, ce projet de soins n'est pas figé et notre ambition est de l'enrichir constamment, de le faire évoluer avec la collaboration du personnel soignant et médical, des équipes éducatives et des professionnels libéraux.

LE PROJET DE SOINS

1. Le fonctionnement du Centre de Harthouse

1.1. Les soignants

L'équipe soignante et médicale est composée comme suit :

ETP SOINS BUDGETE EN 2013

	AMP	AS	IDE	Psychologue	Psychomot.	Généraliste	Psychiatre
IMPRO	15,00	1,00	1,00	1,50	0,50	0,27	0,45
SAMSAH CG				0,50			
FAM CG	11,00						
FAS	15,00		1,00	0,50			
FH	2,00						
SAJ	1,00			0,50			
MAT	2,00	1,00					
SAMSAH SS		4,00	0,20			0,36	0,14
FAM SS		10,35	2,00	0,60	0,50	0,37	0,36
LIEUX DE VIE	31,00	15,35	3,20	2,10	0,50	0,73	0,50
TOTAL	46,00	16,35	4,20	3,60	1,00	1,00	0,95

La répartition des postes soignants est organisée par pôle pour les infirmières (1 infirmière par pôle) ou par service pour les AS et AMP.

La présence des infirmières couvre la période suivante : du lundi au vendredi de 8h à 18h.

Il n'y a pas d'infirmière le week-end, ni la nuit. Lorsque les situations le nécessitent (accompagnement en fin de vie), le planning infirmier est réorganisé de manière à assurer une permanence infirmière 7 jours/7.

Il n'y a pas de cadre de santé, mais une infirmière coordinatrice.

1.2. Les autres membres de l'équipe médicale et paramédicale

a) Le médecin coordonnateur

Le poste de médecin coordonnateur, est financé à hauteur de 0,63 ETP, mais partagé sur différents services.

b) Les psychiatres

Deux postes sont financés : un 0,45 ETP de pédopsychiatre sur le secteur de l'IMPro ;
un 0,14 ETP sur le SAMSAH ;
un 0,36 ETP sur le FAM Klimt.

c) La diététicienne

Le poste de diététicienne a été créé à hauteur de 0,10 ETP. Il est pourvu par vacations.

Les missions de la diététicienne sont les suivantes :

- Participation à la commission des menus ;
- Travail avec le service « restauration » de l'ESAT ;
- La prise en charge des résidents repérés à risque de dénutrition est assurée par l'équipe soignante avec élaboration d'un programme nutritionnel individualisé, mais pas en lien avec la diététicienne. Toutefois, celle-ci travaille si besoin avec les équipes éducatives dans le cadre d'ateliers nutritionnels.

d) La psychomotricienne

Le poste à mi-temps de l'IMPro n'est pas pourvu depuis plusieurs années, faute de candidat(e).

Un temps de vacation psychomotricienne est assuré sur le FAM/FAS à hauteur de 20 heures par mois. L'établissement dispose d'une salle de psychomotricité.

1.3. Les intervenants exerçant à titre libéral

a) Les médecins

En dehors du médecin coordonnateur, il n'y a pas de temps médical généraliste alloué à l'établissement. Les consultations médicales sont organisées en cabinet de ville.

b) Les infirmiers(ères)

Les interventions d'infirmiers(ères) libéraux sont organisées principalement pour assurer les actes de soins spécifiques programmés les week-ends (insuline). Des conventions sont systématiquement conclues avec chaque intervenant (voir conventions en annexe 1).

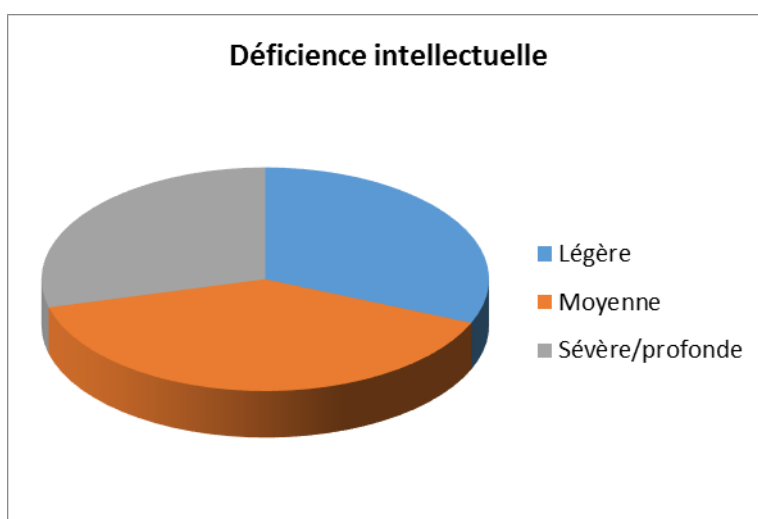
c) Les kinésithérapeutes

L'intervention d'un kinésithérapeute se fait sur prescription médicale. Il n'existe pas de poste salarié de kinésithérapeute dans l'établissement. Aussi, selon les prescriptions, des kinésithérapeutes libéraux interviennent auprès des personnes accueillies. Des conventions sont systématiquement conclues avec chaque intervenant.

2. Les caractéristiques des personnes accueillies

2.1 Secteur IMPro

DEFICIENCE INTELLECTUELLE EN 2013				
Services	Légère	Moyenne	Sévère/Profonde	TOTAL
Groupe « Découvertes »	0	6	2	8
Ateliers Pédagogiques	8	5	0	13
Gauguin	0	0	19	19
Paul KLEE	2	6	4	12
Ateliers Professionnels	9	11	0	20
SIP	8	6	0	14
TOTAL	27	34	25	86



2.2 Secteur Adulte

Les tableaux ci-dessous proposent une photographie des résidents au 31/12/2013. En l'absence d'outils véritablement adaptés au handicap, nous croisons les informations issues des grilles MAP et GIR. Ces documents sont renseignés par le service infirmier.

CEZANNE

La grande majorité des résidents nécessitent un accompagnement total des actes de la vie quotidienne et sociale (85% de GIR 1 à 3 et 100% de MAP 1 à 2).

KLIMT

La grande majorité des résidents nécessitent un accompagnement permanent du fait de leurs troubles importants du comportement et de la relation (78% de GIR 1 à 4) ainsi qu'un accompagnement total des actes de la vie quotidienne (100% de MAT 1 à 2).

DALI

Le degré de dépendance des résidents reste faible (100% de GIR 4 à 6). Cependant, du fait de l'association de leur vieillissement à leur déficience, 90% des résidents ont besoin de stimulation et de surveillance rapprochée et régulière (MAT 2 à 3).

EN RESUME :

Le vieillissement des personnes accueillies au secteur adulte notamment au FAS et à l'hébergement, accroît leur dépendance et leur besoin de compensation dans les actes de la vie courante. (64% des personnes en MAP 1 à 2 en 2012 contre 75% en 2013 soit une augmentation de 11%).

SAJ (Service d'Accueil de Jour)

Bien que les usagers présentent un faible taux de dépendance, on constate que 100% des résidents nécessitent une surveillance et une stimulation forte pour les actes de la vie courante.

CHAGALL

Le degré de dépendance des résidents est très faible (GIR 4 à 6). Toutefois, la plus grande partie d'entre eux assurent leurs déplacements, s'habillent et s'alimentent seuls. Ils nécessitent un accompagnement soutenu dans les actes de la vie quotidienne (100% MAP 1 à 2).

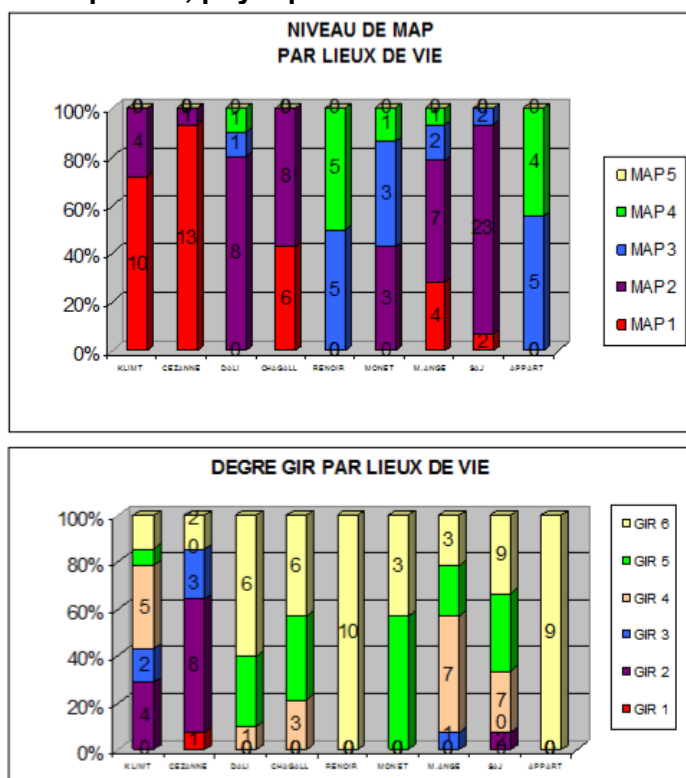
FOYER D'HEBERGEMENT

Si l'ensemble des résidents vivant en appartement ainsi que les résidents des structures collectives (Monet et Renoir) ne nécessitent qu'une guidance éducative, l'avancée en âge demande un accompagnement éducatif plus soutenu que par le passé.

MICHEL ANGE

Les résidents malgré un degré de dépendance faible (92% de GIR 4 à 6) nécessitent un accompagnement soutenu dans les actes de la vie courante (78% MAP 1 à 2).

2.3. L'autonomie corporelle, physique et mentale



2.4. Statistiques 2013

CONSULTATIONS SPECIALISTES SUR INDICATION DU MEDECIN COORDONNATEUR EN 2013		
Spécialité	Adultes	IMPro
Gynécologie	20	1
Dermatologie	9	4
OPH	18	12
ORL	12	7
Cardiologie	4	3
Chirurgie	11	2
Neurologie	13	7
Radiologie	27	3
Laboratoire	156	3
Anesthésie	22	4
Dentiste/clinique dentaire	68	26
Kinésithérapie	12	4
Oculariste	1	0
Orthopédie	24	0
Orthophonie	2	57
Endocrinologue	1	3
Rhumatologue	1	0
Oncohématologue	4	0
Gastroentérologue	3	1
Angiologue	3	0
Suivi diététique	2	0
Traumatologie	11	0

REGIMES PARTICULIERS EN 2013		
Service	Nbre résidents	Particularités
IMPro	20	- Hypocalorique - Poly allergique - Sans porc - Allergie noisettes - Allergie fraises
SAJ	1	- Poly allergie
Klimt	5	- Hypercalorique/Hyper protéiné - Mixé
Cézanne	4	- Mixé - Sans porc - Diabétique strict
Michel Ange	3	- Diabétique non strict

Hospitalisation sur 1 an ; année 2013 :

LES HOSPITALISATIONS	Nombre de séjours					Nombre de jours					Nombre d'usagers				
	IMPro	FAS	FAM	FH	SAT	IMPro	FAS	FAM	FH	SAT	IMPro	FAS	FAM	FH	SAT
Psychiatrie	7	2	2	1	1	23	22	28	8	3	1	2	2	1	1
Autres*	10	2	5	7	0	42	18	37	54	0	7	2	5	4	0
Total	17	4	7	6	1	65	40	65	62	3	8	4	7	5	1

3. Le projet de soins du Centre de Harthouse

3.1 La démarche

Le projet de soins n'existait pas en tant que document unique dans l'établissement. Un ensemble de procédures a été défini au fil des années, afin de préciser l'organisation des soins dans l'établissement. Ces procédures sont disponibles dans les services (dans un classeur spécifique) et sur le site intranet du centre.

Exemples de procédures/protocoles existants :

- Procédure d'urgence au Centre de Harthouse ;
- Protocole de distribution des médicaments ;
- Protocole organisation des soins ;
- Protocole canicule, grippe, asthme, fausse route,...

L'évaluation interne a pu faire ressortir les points suivants :

- a) Les principaux points à améliorer de l'établissement sont :
- ❖ L'absence de dossier patient médico-éducatif unique ;
 - ❖ L'absence de dossier informatisé partagé ;
 - ❖ Un manque de formation dans certains domaines : transmissions ciblées, lavage des mains ;
 - ❖ L'absence de ressource d'expertise en interne (hygiène) ;
 - ❖ L'absence de dynamique d'évaluation des pratiques soignantes.

Ces différents points font l'objet de propositions d'améliorations dans le projet de soins.

- b) Les principaux points forts de l'établissement sont :
- ❖ Une utilisation des écrits généralisée pour l'accompagnement des personnes accueillies (PIA, PE, synthèse des observations) ;
 - ❖ L'implication du personnel de soins, toutes catégories confondues (infirmières, aides-soignantes) en lien avec les éducateurs dans la démarche d'amélioration de la qualité ;
 - ❖ La prise de conscience des points à améliorer ;
 - ❖ Un recours adapté aux échelles d'évaluation (risque d'escarre, douleur, ...) ;
 - ❖ La motivation de l'ensemble des équipes quant à la mise en place d'un meilleur accompagnement soignant.

S'il s'appuie partiellement sur ces constats, le projet de soins reprend également des actions réalisées ou en cours de réalisation, ainsi que des propositions d'amélioration élaborées :

- Par le comité de pilotage au moment de la phase de l'évaluation interne ;
- Par les groupes de travail, notamment celui constitué pour l'amélioration des pratiques soignantes et médicales ;
- Par le médecin coordonnateur et le pédopsychiatre (pour l'IMPro), en collaboration avec la direction pour certaines actions.

3.2 La mise en forme du projet de soins

Ce projet de soin a été élaboré en référence :

- **Aux recommandations des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :**
 - « *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* » ;
 - « *Le questionnement éthique dans les établissements médico-sociaux* » ;
 - « *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autismes ou autres troubles du développement* » ;
 - « *Qualité de vie en MAS-FAM* ».
- **A l'axe 2 du Projet Régional de Santé Alsace 2012-2016** dont l'objectif est d'organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité.

Chaque axe de ce projet de soins est détaillé pour faire apparaître l'objectif fixé, les pratiques existantes (ou manquantes) dans l'établissement, et les actions d'amélioration envisagées.

Certains points en marge des soins ont été abordés dans d'autres volets du projet d'établissement : les activités physiques et sportives adaptées, le passage de l'IMPro vers le secteur adulte, les mesures de protection juridique, la formation du personnel dans le projet social.

La première partie s'attache à **l'organisation des soins**, et la seconde à **l'amélioration des pratiques des soins**. De façon à éviter des redites, il convient de considérer que la coopération avec les professionnels libéraux et les autres partenaires sera recherchée autant que nécessaire.

AXE 1 : ORGANISATIONS DES SOINS

1.1 La permanence des soins et l'urgence médicale

L'objectif :

- ↪ Assurer une organisation des soins rigoureuse, planifiée, écrite, évaluée régulièrement ;
- ↪ Assurer la permanence des soins et la prise en charge des résidents en cas d'urgence médicale.

Le constat :

a) Permanence des soins :

La présence infirmière est assurée du lundi au vendredi, de 8 h à 18 heures. Une permanence téléphonique (de 8 heures à 18 heures) est dédiée aux appels d'urgence, pour des situations définies par note de service (Note de service « protocole d'urgence » en annexe 2).

➤ **Les actes de soins**

Il s'agit d'actes prescrits par un médecin mais qui ne comporte pas la mention « acte de la vie courante ». C'est un acte délégué par le médecin pour un épisode pathologique, un traitement ou un acte de soin nécessitant une surveillance particulière. Le plus souvent il s'agit d'actes relevant du décret 2004-802 du 27/07/2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier (Code de la Santé publique : article R 4311-1 à R 4311-7) : « *L'infirmier(e) peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'aides médico psychologiques (AS/AP/AMP), qu'il (elle) encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation* ».

Cela peut concerner toutes les modalités d'administration du médicament (gouttes, suppositoires, collyres, instillations,...), à l'exclusion des injectables, actes exclusivement infirmiers par délégation médicale (article 7 du décret 2004). Les gouttes ne doivent pas être préparées à l'avance (< 24h).

Les médicaments sont préparés par les infirmières. La distribution des médicaments peut être assurée par tout soignant ou personnel éducatif, en application de l'article L. 313-27 du Code de l'Action Sociale et des Familles (loi HPST), qui dispose : « *Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.*

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier ».

➤ **Les actes de la vie courante**

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

C'est un acte usuel à différencier d'actes spécifiques nécessitant une prise en charge particulière.

La distinction avec l'acte de soins repose sur :

- ❖ Les circonstances et l'environnement ;
- ❖ Le mode de prise du médicament et la nature du médicament ou du soin ;
- ❖ Une bonne connaissance de la personne (capacités, type de handicap, âge...).

A titre d'exemple pour le médicament : « *l'aide à la prise de médicaments est un acte de la vie courante, lorsque la prise du médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule ce geste et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficulté particulière, ni ne nécessite un apprentissage* ».

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

En dehors des heures d'ouverture de l'infirmierie, la permanence des soins (hors urgence) est réalisée par un infirmier libéral le week-end et les jours fériés.

Le médecin généraliste peut être sollicité pour avis médical par le cadre d'astreinte, les jours ouvrés de 18h à 20h ainsi que les samedis matins de 8h à 12h. En dehors de ces horaires, le cadre d'astreinte contacte SOS médecin.

b) Urgence médicale :

Un **Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)** est disponible et actualisé dans chaque service. Ce DLU existe en double (service et infirmerie) (DLU en annexe 3).

Le **Dossier Médical Personnel (DMP)** n'est pas mis en place dans l'établissement.

Les infirmières sont prévenues de toute urgence médicale sur leur portable d'urgence.

Une note de service (note de service : procédure d'urgence au Centre) définit les modalités d'action en cas d'urgence. Des protocoles spécifiques d'accompagnement individuel sont établis chaque fois que nécessaire.

La prise en charge médicale est assurée par l'intermédiaire du centre 15, qui effectue des interventions graduées :

- ❖ Envoi d'une ambulance ;
- ❖ Appel au médecin de garde du secteur ;
- ❖ Intervention du SAMU.

Lors d'un transport en urgence en semaine, le bénéficiaire est aussi souvent que possible accompagné par une infirmière ou un éducateur.

Les hospitalisations se font, dans la mesure du possible, vers l'établissement sanitaire le plus proche : Centre Hospitalier d'Haguenau ou l'EPSAN. Une convention a été signée avec ces établissements (Conventions en annexe 4).

c) Les hospitalisation :

➤ **Hospitalisation en psychiatrie**

L'hospitalisation en psychiatrie est régie par la loi 90-527 du 27 juin 1990.

Une hospitalisation en secteur psychiatrique ne peut se faire que sur :

- ❖ Avis et accord du médecin psychiatre traitant ;
- ❖ Accord du parent ou tuteur ;
- ❖ Accord de la personne accueillie (sauf urgence).

Une note de service n°26/2010 sur l'organisation des soins définit les conditions d'hospitalisation en psychiatrie.

➤ **Hospitalisation en médecine générale**

Il peut s'agir d'une hospitalisation programmée ou d'urgence.

d) Rôle et mission du cadre d'astreinte

Le cadre d'astreinte est joignable 7jours/7, 24h/24. Il est en charge de la gestion de tout évènement ou situation (logistique, matérielle, soignant, médicale, éducative,...). En fonction de la cause de l'appel, il est amené à contacter si besoin l'interlocuteur approprié à la situation (pompier, SAMU, centre hospitalier, EPSAN, SOS médecin, service technique,...).

Les actions d'amélioration :

- ↳ Préciser tous les actes de soins réalisables par les agents non soignants (crise d'épilepsie, dextro,...) ;
- ↳ Mettre en place le DMP ;
- ↳ Rendre effectif le mi-temps de médecin coordonnateur.

Organisation des soins
1.2 Les locaux de soins

L'objectif :

- ↳ Disposer de locaux adaptés à l'organisation des soins et à leur réalisation.

Le constat :

Les locaux actuels ne sont plus adaptés à la consultation médicale des usagers et au travail des infirmières :

- ❖ Absence d'espace de travail spécifique (la salle principale est un lieu de passage) ;
- ❖ Absence de sécurisation des médicaments, car stockés dans un espace commun et de passage ;
- ❖ Préparation des semainiers dans un lieu de passage, d'où dérangements et risques d'erreurs ;
- ❖ Manque de confidentialité ;
- ❖ Absence de lieu spécifique de consultation pour le médecin ;
- ❖ Un bureau commun pour les 4 infirmières et le médecin ;
- ❖ Agencements et équipements inadaptés pour la prise en charge soignante des usagers ;
- ❖ Conditions difficiles de travail des infirmières ;
- ❖ Conditions d'hygiène non satisfaisantes.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Adapter les locaux de l'infirmierie par des travaux d'agrandissement et de rénovation ;
- ↳ Sécuriser le stockage des médicaments prescrits par la création d'une pièce spécifique ;
- ↳ Mettre en place un dispositif de dispensation individualisé et nominatif des médicaments.

1.3 Le dossier individuel de l'utilisateur bénéficiaire

L'objectif :

- ↪ Regrouper l'ensemble des informations utiles à la prise en charge médicale et paramédicale du résident ;
- ↪ Permettre le partage des informations soignantes et médicales entre professionnels autorisés, en fonction des droits autorisés.

Le constat :

a) Existence d'un dossier papier

Le dossier individuel du résident est constitué par un double dossier papier et informatique.
Le DLU est sous format papier.

➤ **Organisation actuelle**

Les dossiers médicaux sont conservés à l'infirmierie.

Ils sont composés des parties suivantes :

- ❖ Une fiche administrative à l'administration ;
- ❖ Une partie « dossier médical » à l'infirmierie :
 - Une feuille d'antécédents médicaux, mais non systématique ;
 - Une grille Aggir, mais non systématique ;
 - Les prescriptions du médecin ;
 - Les observations du médecin.
- ❖ Une partie « biologie » ;
- ❖ Une partie « cartes (groupe sanguin), ECG, rendez-vous ».

➤ **Accès au dossier par le patient**

Il n'existe pas de protocole d'accès au dossier par le résident conforme à la réglementation en vigueur¹. Les conditions d'accès au dossier médical ne sont pas connues ou précisées.

➤ **Archivage du dossier**

Il existe un protocole d'archivage du dossier (NS 2008/10) non actualisé.

Les dossiers des résidents décédés ou ayant quitté l'établissement sont entreposés dans un local fermé à clé.

b) Existence d'un dossier informatisé

Un certain nombre de données soignantes et médicales ont été enregistrées par les infirmières sur un logiciel « dossier du patient ». L'informatisation du dossier patient demeure partielle, les données sont incomplètes, elles ne sont actualisées et utilisées que par les infirmières.

Les autres professionnels n'ont pas accès au dossier informatisé et ne sont pas formés pour cela. Le logiciel « dossier patient » n'est pas assez adapté au partage d'informations entre équipe soignante et éducative (application trop « hospitalière »).

Les personnes accueillies du Centre de Harthouse ne bénéficient pas du **Dossier Médical Personnalisé (DMP)**. Le DMP permet à tout professionnel de santé d'avoir accès aux données médicales d'un patient. Ce dossier est mis à jour par le médecin généraliste de l'utilisateur, ainsi que par les professionnels de santé.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Mettre en place un logiciel « dossier du patient » adéquat afin d'informatiser tous les dossiers de l'utilisateur pour un accès partagé des données soignantes ou médicales ;
- ↪ Former les professionnels à l'utilisation de ce logiciel pour les parties les concernant ;
- ↪ Programmer un plan de montée en charge de l'informatisation du dossier patient ;
- ↪ Mettre en place le **Dossier Médical Partagé (DMP)** dans l'établissement, par adhésion à Alsace E-Santé, gestionnaire du DMP ;
- ↪ Actualiser la note de service relative à la procédure d'archivage ;
- ↪ Définir précisément les modalités d'accès au dossier médical de la personne accueillie.

¹ La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a profondément modifié les modalités d'accès au dossier médical.

Organisation des soins
1.4 Les transmissions

L'objectif :

- ↳ Assurer, de manière satisfaisante, entre professionnels, la transmission des informations concernant l'état de santé des personnes accueillies de façon à améliorer leur accompagnement.

Le constat :

- ❖ Des transmissions orales se tiennent à chaque changement d'équipe ;
- ❖ Il existe différents supports de transmission (classeur médical et éducatif), qui n'ont pas été uniformisés, et sur lesquels les reports d'informations peuvent être incomplets. Les pratiques sont différentes selon les services ;
- ❖ Classeur de soins parfois non lus par les équipes éducatives, classeur de soins en salle de soins et non bureau des éducateurs, culture de l'oral encore importante ;
- ❖ Il n'y a pas de transmission ciblée.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Poursuivre les efforts de recours à l'écrit ;
- ↳ Former le personnel soignant aux transmissions ciblées ;
- ↳ Informatiser le dossier usager, avec le recours systématique aux D.A.R (**D**onnées ; **A**ctions ; **R**ésultats) ;
- ↳ Améliorer la circulation de l'information au sein des équipes.

1.5 Le projet de soins individualisé

« L'assurance de la cohérence de la continuité et de la permanence des soins constitue pour les personnes handicapées une condition sine qua non de la garantie de pouvoir mener à bien leur projet de vie, comme l'ambitionne le cadre législatif. La carence en prestations de soins tout comme la difficulté de pérenniser certaines interventions retentissent, en effet, sur la qualité de vie et hypothèquent l'accès à une vie sociale ».

La démarche de soins repose d'abord sur une observation et un recueil de données. Une évaluation est proposée par l'équipe interdisciplinaire qui permet de bâtir le projet personnalisé.

L'objectif :

La personne accueillie est placée au centre des préoccupations de tous les professionnels.

La diversité des déficiences, le vieillissement des personnes, la coexistence d'états pathologiques associés, la « polymédication », le niveau d'autonomie, les désirs des usagers relatifs à leur santé doivent conduire à considérer chaque personne de façon individuelle.

Cette démarche implique la préparation de bilans d'évaluation avant les réunions de synthèse, qui doivent aboutir à l'élaboration d'un projet de soins individualisés pour chaque personne accueillie.

Le projet personnalisé est composé de plusieurs volets qui correspondent aux différentes dimensions de l'accompagnement global. Dans la mesure du possible, ce projet est co-construit par la personne, les professionnels de l'établissement et, le cas échéant, ses proches.

Le constat :

- ❖ Une évaluation des besoins du bénéficiaire est effectuée dans les trois premiers mois après son admission, en ce qui concerne son état de santé, ses capacités, l'état psychologique, l'autonomie, la nutrition. Avec la collaboration de l'équipe paramédicale coordonnée par une infirmière coordinatrice et la psychologue le médecin coordonnateur élabore un projet de soin personnalisé en équipe pluridisciplinaire soignante à partir de l'expertise des différents professionnels paramédicaux (psychomotricienne, kinésithérapeute, orthophoniste, aide soignantes) ;
- ❖ Des synthèses sont effectuées au cours de réunions pluridisciplinaires (éducateurs, psychologue, infirmières, aides-soignantes). Le pédopsychiatre (pour l'IMPro) ou le psychiatre peut être présent lors de la réunion clinique, dans la mesure du possible ou après sollicitation des équipes ;
- ❖ Le projet de soins individualisé existe aujourd'hui à travers les protocoles personnalisés d'accompagnement, expliquant les modalités de prise en charge pour un usager donné dans certaines situations ;
- ❖ Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM² (« L'accompagnement à la santé de la personne handicapée ») précisent les principes de la participation de la personne handicapée au volet soins de son projet personnalisé :
 - Informer la personne handicapée sur ses droits liés à la santé et l'organisation mise en place pour en faciliter l'existence ;
 - Favoriser l'accès de la personne aux informations sur sa santé et préciser avec elle leurs modalités de partage ;
 - Co-construire avec la personne le volet soins de son projet personnalisé ;
 - Reconnaître la place des proches dans toutes les étapes de construction du volet soins du projet personnalisé ;
 - Impliquer la personne dans les décisions liées à sa santé ;
 - Analyser et accompagner les prises de risques de la personne et son refus des soins.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Modifier la trame du projet individualisé d'accompagnement et du rapport d'évolution pour y intégrer plus d'informations sur les soins, en respectant le secret médical ;
- ↪ Favoriser la co-construction du projet de soins avec la personne accueillie et son représentant légal ;
- ↪ Recourir aux moyens de communication adaptés au niveau de compréhension et d'échange de la personne accueillie ; en lien si nécessaire avec les représentants légaux ;
- ↪ Repérer et identifier les refus de soins ; définir ce qu'il y a lieu d'en faire.

² Recommandation de bonne pratique professionnelle « l'accompagnement à la santé de la personne handicapée » (juillet 2013) ; « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement » (janvier 2010).

L'objectif :

a) La prise en charge en ophtalmologie

Eviter un retentissement des affections oculaires sur la santé et la qualité de vie des personnes accueillies.

b) Les soins buccodentaires

Eviter un retentissement des affections bucco-dentaires sur la santé et la qualité de vie des personnes accueillies.

c) La gynécologie

Assurer un suivi gynécologique régulier aux résidentes de l'établissement.

d) La neurologie

Assurer des diagnostics et ou des examens neurologiques.

e) La prise en charge en kinésithérapie et ergothérapie

Assurer les soins de kinésithérapie prescrits par le médecin.

Contribuer à la prévention et à la correction de la perte d'autonomie (pour les déplacements, la prise des repas,...).

f) La prise en charge orthophoniste

Développer et réactualiser les moyens de communication, du langage communication cahiers de liaison avec orthophoniste.

Proposer une rééducation orthophonique en fonction des besoins, de la demande du résident et des résultats de son bilan.

Le constat :

- ❖ Les personnes accueillies et leurs familles ont le choix de leurs médecins spécialistes ;
- ❖ Une convention a été signée avec Handident, permettant l'organisation des soins bucco-dentaires des personnes accueillies par des professionnels spécialisés. Le recours au dentiste classique est toujours possible ;
- ❖ Le suivi gynécologique des résidentes est assuré de manière régulière et individualisée en lien avec le médecin traitant, tous les 3 ans ;
- ❖ Un contrôle ophtalmologique est planifié annuellement pour les porteurs de lunettes ;
- ❖ Pour les rendez-vous de spécialité (neurologue, ORL...), la demande est établie par le médecin traitant. L'accompagnement peut se faire soit par l'infirmière, soit par un personnel éducatif (confère la note de service sur la procédure de suivi de la santé) ;
- ❖ Il existe un tableau de suivi global des rendez-vous pour les résidents du centre (hors secteur IMPro, accueil de jour ou temporaire) ;
- ❖ Un kinésithérapeute libéral intervient dans l'établissement sur prescription médicale ;
- ❖ Le brossage des dents relève de l'accompagnement éducatif.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Mieux planifier les RDV annuels auprès des spécialistes ;
- ↳ Faire le point sur les soins lors de la réunion de synthèse (ou dans le projet individualisé d'accompagnement ou le rapport d'évolution) si l'infirmière ne peut être présente.

L'objectif :

- ↳ Poser le cadre des pratiques des examens médicaux et biologiques.
- ↳ Faciliter les examens médicaux pour les personnes accueillies.

Le constat :

❖ **Les examens biologiques**

Les prises de sang et prélèvements sont réalisées par les infirmières de l'établissement. Ils sont ensuite transportés par les infirmières au laboratoire. Les analyses médicales sont réalisées par le laboratoire du Centre Hospitalier de Haguenau avec lequel il existe une convention.

Les résultats sont communiqués par le laboratoire au médecin prescripteur ou au médecin de l'établissement (fax et courrier) et aux personnes accueillies.

❖ **Les examens médicaux à visée diagnostique**

Les personnes accueillies sont accompagnées par un éducateur ou par une infirmière pour certains examens à visée diagnostique.

Les déplacements pour ces examens peuvent être source de stress pour les personnes accueillies, et l'idée de recourir à la télémédecine peut être intéressante.

Alsace E-Santé souhaite développer la télémédecine et la télé-expertise dans le département, et plusieurs établissements hospitaliers sont acteurs de cette démarche. Des créneaux de temps de spécialistes sont ainsi réservés à des consultations à distance. Ces examens donnent de bons résultats en dermatologie, pour le relevé des EEG, ou des électrocardiogrammes. Le Centre de Harthouse pourrait donc se porter candidat aux actions de coopération en télémédecine lancées par les établissements hospitaliers.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Intégrer les résultats des analyses médicales dans le futur dossier informatisé du patient ;
- ↳ Inscrire le Centre de Harthouse dans l'expérimentation régionale de la télémédecine.

1.8 Renforcer les ressources médicales et soignantes

L'objectif :

- ↪ Réorganiser le fonctionnement du service infirmier ;
- ↪ Optimiser le temps infirmier en FAS/FAM ;
- ↪ Assurer une permanence médicale 5 jours / 7 ;
- ↪ Développer les actions transversales : dossier de soins informatisé, protocoles.

Le constat :

- ❖ Il n'existe pas de cadre de santé ;
- ❖ L'équipe soignante est composée en 2013:
 - D'infirmières à hauteur de 4, 20 équivalents temps plein (ETP) ;
 - D'aides-soignantes (16,35) et aide médico-psychologique AMP (46 ETP) ;
 - D'agents des services hospitaliers ASH (5,50 ETP).

Les postes infirmiers sont répartis par pôle, mais l'organisation est transversale (mutualisation du temps infirmier sur les différents services).

Le temps médical alloué de médecin coordonnateur (0,50 ETP) ne permet pas un suivi individualisé de tous les personnes accueillies.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Créer un poste de médecin généraliste coordonnateur à temps plein avec financement d'un 0.30 ETP complémentaire ou mutualiser le temps médical avec un autre établissement ;
- ↪ Mettre en place, par création ou transformation, un poste spécifique de cadre de santé ;
- ↪ Anticiper la transformation d'un service FAS ou FAM en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), notamment pour l'élaboration d'un Programme Technique Détaillé architectural (PTD) pour répondre à un futur appel à projet.

L'objectif :

- ↳ Développer des coopérations afin de mieux intégrer l'établissement dans son environnement hospitalier et médico-social ; faciliter les prises en charges dans les filières adéquates (médecine, gériatrie, soins palliatifs, douleur, psychiatrie) comme le préconise le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2010-2014.

Le constat :

- ❖ Les limites d'accompagnement médical et paramédical de l'établissement déterminent les modalités d'intervention, de coopération et de partage d'informations ;
- ❖ Les liens partenariaux sont identifiés et formalisés par des conventions ;
- ❖ Les liens privilégiés sont construits avec les professionnels des autres structures ;
- ❖ Une fiche de liaison est mise en place afin de faciliter l'échange d'informations concernant la personne ;
- ❖ Des séjours dans d'autres établissements médico-sociaux peuvent être organisés pour les résidents du Centre de Harthouse ;
- ❖ Il n'y a pas de partenariat spécifique engagé avec les EHPAD, FAM et MAS du territoire afin de prévoir à terme des admissions dans ces structures des usagers vieillissants (travailleurs handicapés du foyer d'hébergement par exemple).
- ❖ **Les conventions signées avec les établissements :**
 - Centre Hospitalier de HAGUENAU : plan bleu, DASRI. ;
 - EPSAN. : convention de coopération pour le SAT Gauguin, avec le Centre de Ressources Autisme (CRA), convention de partage de poste de praticiens hospitaliers, convention avec l'EMIHAN ;
 - Equipe mobile de soins palliatifs ;
 - Clinique Saint François : Hospitalisation A Domicile (HAD) (convention en annexe 5).
- ❖ **Les conventions signées avec les services, les professionnels de santé :** pharmacies (SAMSAH), infirmières libérales, kinésithérapeute.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Continuer à développer les partenariats avec les établissements du territoire de santé ;
- ↳ Développer des partenariats avec les FAM et MAS voisins en vue de préparer des admissions futures des résidents vieillissants les plus dépendants ;
- ↳ Développer des partenariats avec les EHPAD en vue de faciliter l'hébergement des travailleurs handicapés, futurs retraités.

AXE 2 : AMELIORATION DES PRATIQUES DE SOINS

La charte d'OTTAWA définit la promotion de la santé comme « *un processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* »³

La promotion de la santé relève d'une approche globale qui passe notamment par :

- ❖ Une politique de prévention des risques de santé ;
- ❖ Une politique d'éducation thérapeutique permettant d'agir sur les modes de vie, habitudes et comportements individuels.

L'objectif :

↳ **Systématiser la prévention des risques de santé**

La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur ses causes (vaccination). La prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où la prise en charge est la plus efficace (dépistage des cancers).

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer la prévalence des récurrences et des incapacités consécutives.

↳ **Favoriser l'éducation thérapeutique :**

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

La sensibilisation des usagers sur les sujets de santé susceptibles de les concerner implique tous les professionnels.

Cette éducation thérapeutique, à visée de prévention, comporte différents axes :

- Education à la santé (hygiène, prévention et aide à l'arrêt du tabac, , vie affective et sexuelle, contraception...);
- Vigilance et information nutritionnelle (prévention du surpoids) ;
- Maintien ou développement des activités physiques.

Le constat :

L'équilibre nutritionnel

a) Les menus

Les menus sont visés par la diététicienne, présente à la commission des menus.

La diététicienne n'est pas toujours consultée pour les usagers considérés à risque de dénutrition ou de surpoids par l'équipe soignante. Les personnes souffrant de dénutrition sont suivies par le médecin généraliste.

Un programme nutritionnel individualisé est mis en œuvre si nécessaire ; il est suivi par les infirmières et mis en œuvre par l'équipe éducative.

Les régimes font toujours l'objet d'une prescription médicale.

b) Les repas

Une fiche de suivi des prises alimentaires et hydriques existe et peut être utilisée si la santé de la personne accueillie le nécessite. La fiche d'hydratation est systématiquement utilisée l'été au FAM.

Les repas mixés sont jugés de bonne qualité gustative (changement de technique de fabrication en 2013). Les repas des personnes diabétiques sont adaptés.

c) Accompagnement nutritionnel des personnes accueillies

Les parents du secteur IMPro sont informés dès l'admission des enjeux nutritionnels. Rappel fait aux parents/représentants légaux, si besoin, lors des réunions de synthèse. La pesée des usagers est réalisée mensuellement, dans tous les secteurs. L'Indice de **Masse Corporelle** (IMC) est relevé tous les ans.

Les consignes alimentaires sont rappelées régulièrement aux équipes par les infirmières.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Sensibiliser et faciliter l'accès aux programmes d'éducation à la santé existants et les adapter si nécessaire ;
- ↳ Associer, dans la mesure du possible, les proches aux programmes d'éducation à la santé ;
- ↳ Effectuer une évaluation de l'état nutritionnel des résidents après leur admission ; présenter les résultats aux équipes ;
- ↳ Améliorer le suivi systématique et individualisé des apports nutritionnels des personnes à risque ;
- ↳ Développer les activités physiques adaptées et sportives dans le Centre.

³ Conférence internationale sur la promotion de la santé. Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986.

2.2 Communiquer et informer sur les actes de soins

Les droits liés à la santé ont été réaffirmés dans la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale dans la loi 2002-303, 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé reconnaissant un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé. Ainsi que dans la loi 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Ces droits sont également exposés dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie intégrée au livret d'accueil.

Les informations liées à la santé délivrées par un professionnel de santé, permettent notamment à la personne d'accepter ou de refuser des actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique qui lui sont proposés. Cette communication est d'autant plus indispensable qu'elle donne la possibilité au patient d'être acteur de son projet personnalisé, y compris du volet soins.

Si communication et information sont des éléments importants pour bien soigner tout patient, le handicap mental entraîne des difficultés de communication qui compliquent l'accès aux soins et la prise en compte de l'avis de la personne. Ces difficultés doivent être prises en compte par l'établissement.

L'objectif :

- ↪ Informer la personne handicapée et sa famille sur les droits liés à la santé et l'organisation mise en place pour en faciliter l'exercice ;
- ↪ Utiliser les modes de communication adaptés aux capacités de compréhension de la personne en situation de handicap ;
- ↪ Rechercher le consentement aux soins ;
- ↪ Recenser les refus de soins, et déterminer les suites à y donner ;
- ↪ Favoriser la participation active des familles à l'acte de soins ;
- ↪ Mettre en place les directives anticipées.

Le constat :

- ❖ L'information des usagers sur les actes de soins est réalisée autant que possible, mais peut être améliorée ;
- ❖ L'établissement dispose d'un recueil de pictogrammes de l'AP-HP dédié à la communication concrète en situation médicale : « kit urgences » ;
- ❖ La mise en œuvre des directives anticipées a commencé depuis la fin de l'année 2013 ;
- ❖ Un travail sur l'accompagnement infirmier auprès des jeunes autistes est réalisé au Gauguin.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Rechercher la participation de l'utilisateur, l'impliquer dans toutes les situations (soins, consultations, examens, interventions médicales, usage d'une aide technique) ;
- ↪ Formaliser dans le dossier de l'utilisateur les informations, décisions et les conditions de suivi médical (pour le SAMSAH : améliorer le retour d'informations des autres intervenants) ;
- ↪ Développer des outils de communication, comme des documents médicaux en « facile à lire et à comprendre » largement illustrés ;
- ↪ Diffuser plus largement des recueils de pictogrammes adaptés aux situations de santé ; sensibiliser et former les équipes dans ce sens ;
- ↪ Former tout le service infirmier à l'accompagnement des bénéficiaires avec autisme.

2.3 L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes accueillies⁴

L'objectif :

- ↪ Pouvoir adapter les interventions pour accompagner jusqu'au bout avec une meilleure qualité de vie possible les personnes handicapées vieillissantes dans le cadre de la prochaine recommandation de l'ANESM dont la publication est prévue en décembre 2014 ;
- ↪ Améliorer la prise en charge des résidents atteints d'une pathologie du vieillissement dégénérative entraînant une détérioration intellectuelle ; traiter spécifiquement les troubles psychiatriques.

Le constat :

- ❖ Les tests Alzheimer ne sont pas du tout adaptés aux personnes avec déficience intellectuelle ;
- ❖ Les patients connus au Centre de Harthouse sont correctement évalués ;
- ❖ L'avancée en âge de la population des personnes handicapées accueillie au Centre de Harthouse est une réalité qui implique de mener une réflexion de la part de tous les acteurs sur les pratiques professionnelles, que celles-ci concernent l'accompagnement à la santé, à la vie quotidienne, à la vie professionnelle allant de l'adaptation du travail à la préparation à la retraite.
- ❖ Le vieillissement des personnes accueillies se traduira de diverses manières : diminution des capacités fonctionnelles, aggravation des déficiences sensorielles, apparition de handicaps ajoutés, survenue de maladies dégénératives, augmentation d'épisodes aigus, etc..

Les actions d'amélioration :

- ↪ Mettre en place le repérage des signes de vieillissement et de leurs effets ;
- ↪ Anticiper et prévenir les risques liés au vieillissement ;
- ↪ Rechercher des partenariats pour la prise en charge de ces personnes ;
- ↪ Contribuer au diagnostic précoce d'une maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : réaliser les tests de dépistage possibles ; les troubles cognitifs débutants passent relativement inaperçus au sein d'une résidence et peuvent nécessiter une prise en charge particulière (travail sur les repères, stimulations, ateliers mémoire, médicaments) ;
- ↪ Développer les activités culturelles et sociales ; les adaptations architecturales ;
- ↪ Poursuivre une réflexion sur la prise en charge des épisodes d'agressivité, la conduite à tenir en cas d'apparition d'une démence responsable d' « errance », la conduite à tenir en cas de dégradation de l'autonomie d'un résident.

⁴ Lettre de cadrage 2013 ANESM « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes accueillies » ; GOHET,P. L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion.Tome1.Paris:IGAS,2013.

Le diagnostic des troubles psychiatriques des personnes présentant une déficience intellectuelle est parfois difficile à établir, alors qu'elles constituent un groupe à haut risque pour diverses raisons : évènements de vie (rupture, stress émotionnel, hospitalisations multiples...), vulnérabilité et difficultés adaptatives...

L'objectif :

- ↳ Améliorer la prise en charge en santé mentale des résidents, en ayant recours à un dispositif gradué ;
- ↳ Faire évoluer l'accompagnement des professionnels en charge de personnes atteints de troubles psychiatriques et non plus seulement de déficience intellectuelle.

Le constat :

- ❖ Le service d'hébergement temporaire adulte accueille de plus en plus de personnes souffrant de troubles psychiatriques, plutôt que de déficience intellectuelle ;
- ❖ Le SAMSAH suit spécifiquement des bénéficiaires souffrant de pathologies psychiatriques ;
- ❖ Une psychologue est affectée sur chaque pôle ;
- ❖ Le temps de psychiatre est insuffisant sur le FAM.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Renforcer la formation du personnel de l'établissement sur les troubles psychiatriques ;
- ↳ Etablir un recueil d'informations et d'observations partagées et complètes entre la personne accueillie, son entourage et toute l'équipe pluridisciplinaire concernant son état de santé afin de faciliter la co-construction du projet personnalisé de soins et le repérage précoce de problèmes de santé.

L'objectif :

- ↪ Prévenir les risques de chutes ;
- ↪ Réduire le risque de fausses routes en cas de troubles de la déglutition ;
- ↪ Prévenir ou corriger la déshydratation ;
- ↪ Prévenir et traiter l'apparition d'escarres ;
- ↪ Prévenir les infections bucco-dentaires.

1) La prévention des chutes

Le constat :

Le recensement systématique des chutes est réalisé dans les services. L'objectif du recensement est double :

- ❖ Pour un usager donné, il s'agit de répertorier le nombre de chutes au cours de l'année et de repérer les circonstances de(s) la(les) chute(s) et d'apporter les mesures correctives nécessaires ;
- ❖ Pour l'ensemble des résidents pris en charge, il s'agit de déterminer :
 1. Le nombre de chutes chaque année ;
 2. Si certaines circonstances sont associées significativement à un risque accru de chute au sein de l'établissement ;
 3. Dans quelle mesure les chutes répertoriées ont entraîné des conséquences graves (fracture, décès, perte d'autonomie).

Une exploitation à des fins statistiques doit ensuite être réalisée.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Mettre en place un recensement systématique des chutes, à partir de la nouvelle application informatique « soins » ;
- ↪ Déterminer d'éventuelles causes récurrentes (pathologies, traitement, éléments matériels) ;
- ↪ Actualiser le protocole de prise en charge du résident après une chute ;
- ↪ Éduquer les patients sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter.

2) Les troubles de la déglutition

Le constat :

- ❖ Il existe des protocoles spécifiques d'accompagnement (eau gélifiée, épaississant) pour chaque personne accueillie le nécessitant ;

Les actions d'amélioration :

- ↪ Diffuser de nouveau la fiche technique de conduite à tenir au moment des repas en cas de troubles de la déglutition (prévention des fausses routes ; conduite à tenir en cas de fausse route) ;
- ↪ Former les agents à la manœuvre de Heimlich ou des 5 tapes dans le dos ;
- ↪ Développer les formations SST des agents ;
- ↪ Enregistrer les incidents dans la gestion des événements indésirables afin d'en faire un recensement systématique.

3) Le risque de déshydratation

Le constat :

- ❖ Il existe un plan spécifique de prévention de la déshydratation en cas de canicule ;
- ❖ Une fiche de suivi hydrique est mise en place si besoin ;
- ❖ La permanence infirmière peut être assurée pour les perfusions d'hydratation sous-cutanée 5 jours du 7 ou en partenariat avec des infirmières libérales les week-ends (si c'est le cas).

Les actions d'amélioration :

- ↪ Améliorer les fiches d'hydratation afin de mieux comptabiliser les unités hydriques prises ;
- ↪ Mobiliser les équipes sur la nécessité du suivi de la fiche d'hydratation ;
- ↪ Systématiser les suivis individualisés des apports hydriques des personnes à risque.

4) Les escarres

Le constat :

L'apparition d'escarres chez les résidents du Centre de Harthouse est rare car ceux-ci sont rarement alités de longue période. Toutefois ce risque existe pour les résidents en retour d'hospitalisation et dans la mesure où l'établissement a pris la décision de garder en résidence chaque fois que possible les personnes en fin de vie plutôt que de les hospitaliser. Par ailleurs, les personnes accueillies ont recours à des appuis spécifiques dans leurs fauteuils compte tenu de leur difficulté de maintien. La mauvaise adéquation de ces appuis peut être en elle-même source d'escarre.

a) Prévention

Il n'existe pas de protocole général de prévention des escarres, mais des protocoles individualisés. Les matériels peuvent être adaptés aux besoins médicaux des usagers (coussins de décharge). L'utilisation de matériel de prévention des escarres est possible (location ou achat) chaque fois que nécessaire. Il n'existe pas de documents de transmission (en dehors du dossier individuel du résident) permettant de noter les changements de position. L'établissement ne dispose pas de temps d'ergothérapeute.

b) Traitement

En cas de constatation d'une escarre, l'équipe soignante en informe le médecin traitant pour la mise en place de soins spécifiques, de prescription de matériel adapté (matelas anti-escarre) et de compléments alimentaires (type Fortimel) ou de repas hyper protéiné.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Rédiger un protocole de prise en charge des escarres et des plaies chroniques ;
- ↳ Engager une information des équipes sur la prévention des escarres ;
- ↳ Etablir un document de suivi des changements de positions.

5) Hygiène bucco-dentaire

Le constat :

La majorité des personnes accueillies ont une hygiène buccale insuffisante et ont besoin de soins dentaires ; l'état parodontal est mauvais, en rapport avec la présence d'une plaque bactérienne et de tartre.

La perte d'autonomie partielle ou totale des patients pour les actes de la vie quotidienne est un facteur très important : environ 2/3 d'entre eux ont besoin des soignants pour effectuer leur hygiène de bouche.

La toilette buccale est aussi un acte essentiel dans la réduction du risque d'infections, en particulier pulmonaires. Une bonne hygiène contribue à un meilleur état général, au confort et à une bonne alimentation. Une cavité buccale saine préserve l'image corporelle et le sentiment de dignité de la personne accueillie.

Une convention avec le réseau HANDIDENT est signée (convention en annexe 6).

Les actions d'amélioration :

- ↳ Mettre en place une toilette buccale quotidienne pour tous les résidents. Celle-ci relève du rôle propre de l'infirmier(e) en collaboration avec les aides-soignants et doit être distinguée des soins de bouche thérapeutiques qui nécessitent une prescription médicale.

L'objectif :

- ↪ Réduire le risque lié à la consommation des médicaments ;
- ↪ Sécuriser le circuit du médicament.

Le constat :

a) Prescription

Les prescriptions médicamenteuses sont effectuées par les médecins généralistes traitants et par le médecin coordonnateur en cas d'urgence. Pour certains jeunes du service Gauguin, les prescriptions peuvent être réalisées par le médecin pédopsychiatre coordonnateur.

Il n'existe pas de liste type de médicaments à utiliser préférentiellement.

Le dossier informatisé permet un suivi des prescriptions. Il n'existe pas de livret thérapeutique dans l'établissement.

Le logiciel soins permet également de détecter d'éventuelles interactions dangereuses de médicaments.

b) Approvisionnement et stockage des médicaments

Une pharmacie d'officine dispense les médicaments. Une convention a été conclue avec cette pharmacie.

Les médicaments sont stockés dans une pièce de l'infirmerie qui n'est pas destinée exclusivement à cet usage. L'accès aux médicaments n'est pas complètement sécurisé car les armoires à pharmacie ne sont pas toujours fermées à clef.

Le coffre aux stupéfiants n'est pas en état de fonctionnement.

c) Préparation et distribution des médicaments

La préparation des médicaments est réalisée par les infirmières, sauf exception (hébergement temporaire Gauguin et hébergement temporaire adulte, SAJ). Des erreurs de préparation sont relevées dans la préparation des médicaments (semainier incomplet) et dans la distribution (erreurs ou oublis).

La distribution est faite par les agents soignants ou éducateurs. Les principes de la distribution des médicaments sont précisés par note de service.

Les semainiers ne sont pas tous adaptés.

Les médicaments génériques sont quelques fois mal identifiés par les équipes car les formes et les couleurs changent selon la marque dispensée par le pharmacien.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Assurer la sécurisation du circuit du médicament : (prescription, transmission, information, préparation, contrôle, stockage distribution, évaluation...) par la mise en place nominative et individualisée d'un système :
 - *Prescription* : Systématiser l'identification des génériques ;
 - *Préparation et distribution des médicaments* : rappeler la note de service sur la distribution des médicaments ; réaliser un diagnostic pour déterminer les axes de sécurisation du circuit du médicament et étudier la pertinence d'un système de distribution sécurisé type « Médissimo » ou « Manrex ».
- ↪ Suppression des lieux de stockage médicamenteux secondaires dans les unités de vie ;
- ↪ Etablir un protocole d'une trousse de médicament pouvant être utilisé dans des situations spécifiques (utilisation de stupéfiant : mise en place d'un livret thérapeutique, protocole d'utilisation du valium,...).

La douleur chez la personne handicapée fait l'objet de nombreux préjugés, conduisant encore trop souvent à une insuffisance d'évaluation et de traitement.

L'objectif :

L'article L. 1110-5 du Code de la santé publique précise que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».

La douleur est ressentie par la personne handicapée même lorsqu'elle ne peut l'exprimer.

La non reconnaissance de la douleur, outre le caractère intolérable de la souffrance, a pour conséquence sa chronicité qui rend son diagnostic encore plus difficile.

Améliorer le dépistage et la prise en charge de la douleur nécessite de :

- Se poser systématiquement la question de la douleur ;
- D'évaluer la douleur en utilisant les outils adaptés (échelle EVA, échelle Doloplus® 2...);
- De prévenir et traiter la douleur ;
- D'organiser une formation spécifique des équipes aux outils d'observation de la douleur utilisées au Centre de Harthouse.

Le constat :

a) Evaluation

Les personnes handicapées peuvent exprimer différemment la douleur. L'évaluation repose sur l'utilisation d'échelles pas toujours adaptées aux personnes déficientes intellectuelles. Pour les personnes ayant des troubles de la communication verbale, une évaluation de la douleur est réalisée sur la base des changements de comportement observés.

b) Traitement

La douleur induite par les soins potentiellement douloureux est anticipée et traitée.

Un protocole d'administration de paracétamol (exemple : doliprane®) est diffusé dans les services. La traçabilité des prises est assurée, mais il n'y a pas de suivi continu systématique des situations.

Les notes d'observations sont adaptées aux situations rencontrées (exemple : observations spécifiques pour un résident ne dormant pas la nuit).

Le dossier informatisé permet aux infirmières de suivre le nombre de prescription d'opiacés ainsi que des autres antalgiques.

Le centre d'évaluation de la douleur (Clinique de la Toussaint) est consulté si besoin.

L'équipe de soins palliatifs est sollicitée pour des prises en charges globales nécessaires en fin de vie.

Les actions d'amélioration :

a) Evaluation

- ↳ Améliorer la vigilance systématique des équipes quant à la douleur ou la souffrance psychique des usagers ;
- ↳ Former le personnel soignant à l'utilisation des échelles d'hétéro-évaluation pour les résidents ayant des troubles de la communication verbale (exemple : Echelle Doloplus® 2, échelle comportementale du sujet âgé).

b) Traitement

- ↳ Etablir une convention avec un établissement de santé pour l'évaluation et le traitement de la douleur ;
- ↳ Dès l'admission, prévoir le repérage systématique des signes de douleur.

La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté⁵.

L'objectif :

La contention, voire l'isolement, peuvent être utilisés pour limiter les chutes, pour contenir l'agitation et pour limiter la déambulation.

Pourtant ce recours à la contention n'est pas sans interroger les professionnels, compte tenu des problèmes éthiques et déontologiques soulevés.

En effet, cette pratique porte atteinte à la liberté d'aller et venir et expose à de nombreux risques, tout en ayant une efficacité souvent aléatoire.

Le constat :

- ❖ La définition de la contention doit être précisée pour les professionnels : prendre dans les bras, isolement, sangles ;
- ❖ Il existe un document d'information sur la contention rédigé d'après les recommandations de la conférence de consensus (Rapport 2000 ANAES « Limiter les risques de contention physique de la personne âgée ANAES », octobre 2000), destiné à informer le personnel sur les bonnes pratiques ;
- ❖ La contention est réalisée uniquement après prescription médicale. La prescription doit être renouvelée tous les 24 heures ;
- ❖ La réflexion sur les bénéfices/risques de la contention ou de l'isolement est menée en équipe.
- ❖ Il n'existe pas de protocole général de contention ; parfois un protocole individualisé est mis en place.

Les actions d'amélioration :

- ↳ Mettre dans le dossier du résident les éléments de la réflexion bénéfices/risques relatifs à la contention ;
- ↳ Engager une réflexion en Comité d'Ethique et CHSCT sur la contention au Centre de Harthouse, ses limites et dangers, tant pour les personnes accueillies que les professionnels.

⁵ Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports ;octobre 2007.

L'objectif :

- ↳ Prévenir le risque d'infection, maîtriser le risque infectieux principalement dans les résidences du FAS et du FAM par la mise en place des procédures et protocoles et par la formation des professionnels ;
- ↳ Mettre en place des procédures pour limiter les infections manu portées et aériennes d'infection oro-pharyngée ;
- ↳ Généraliser le lavage des mains et le port du masque en cas infectieux.

Conduite à tenir dans chaque service en cas d'accident d'expositions aux liquides biologiques (salive, sang).

Le constat :

a) Le contexte

Bien que l'établissement ne soit pas une structure hospitalière, ou sanitaire et sociale (EHPAD), il accueille des usagers en situation de santé fragilisée. La propagation d'une infection auprès de ce public peut avoir de graves conséquences sur leur santé.

Texte de référence : circulaire ministérielle DGCS/DGS N°2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013.

Les situations infectieuses potentielles sont nombreuses :

- Epidémie de gale, de grippe, de gastroentérite ;
- Infection respiratoire aiguë basse (IRA) ;
- Recrudescence en Europe des cas de tuberculose pulmonaire ;
- Usager porteur d'une Bactérie Multirésistante (BMR) ;
- Risque des Accidents d'Exposition au Sang (AES) ;
- Contamination des réseaux d'eau par la légionnelle.

b) Les moyens

L'établissement dispose de procédures formalisées pour la prévention de la grippe, des IRA.

Les prélèvements de contrôle de la légionnelle sont réalisés deux fois par an.

Un plan de maîtrise sanitaire est mis en place, un plan d'action de prévention de la légionellose est défini et suivi.

Une radio pulmonaire est demandée à chaque admission en IMPro ou lieux de vie.

Les services disposent d'un classeur standard d'hygiène.

Il n'y a pas de professionnel médical ou paramédical en charge de l'hygiène et de la prévention du risque infectieux.

Il n'existe pas d'équipe d'hygiène : Il n'y a pas de professionnel médical ou paramédical en charge de l'hygiène et de la prévention du risque infectieux.

Les protocoles de désinfection ne sont pas évalués. Ces protocoles ne sont pas en nombre suffisant (exemple : pas de protocole sur la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang, peu de diffusion du protocole de lavage des mains).

Il n'y a pas de formation spécifique des professionnels à ce risque, mise à part des infirmières.

L'établissement ne possède pas de Clin (comité de lutte contre les infections nosocomiales).

L'établissement n'est pas adhérent à un réseau de lutte contre les risques infectieux.

c) Procédures existantes

Il existe des protocoles définis pour :

- ❖ La désinfection pour équipe de ménage ;
- ❖ Le lavage simple des mains ;
- ❖ Le lavage hygiénique des mains (savon/eau/durée lavage) ;
- ❖ Le traitement hygiénique des mains par frictions (solution hydro-alcoolique) ;
- ❖ Le protocole d'isolement : précautions standard ;
- ❖ Le protocole d'isolement : précautions particulières.

d) Politique vaccinale

L'établissement organise la vaccination antigrippale des jeunes usagers et des adultes (bon taux de vaccination : 90 %). Cette vaccination est indiquée dans le dossier des usagers. Cette vaccination est proposée gratuitement aux professionnels du centre. Le taux de vaccination des professionnels contre la grippe demeure faible: (15 % en 2013). Les infirmières sont par ailleurs en charge du suivi des vaccinations antitétaniques et anti-hépatite B, rougeole, pneumocoque des résidents.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Procéder à une auto-évaluation à l'aide du référentiel du GREEPHH (**G**roupe d'**E**valuation des **P**ratiques en matière d'**H**ygène **H**ospitalière) ;
- ↪ Elaborer un programme pluriannuel de maîtrise du risque infectieux à travers un document d'analyse du risque infectieux (DARI) ;
- ↪ Nommer une infirmière référente en hygiène ;
- ↪ S'associer à des actions de formation hygiène (exemple : lavage des mains) organisées par d'autres établissements (Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller) ;
- ↪ Proposer des actions de formation spécifiques à l'hygiène pour les professionnels ;
- ↪ Organiser une ou deux journées de sensibilisation à l'hygiène des mains auprès des usagers et des familles (CVS, GETA) ;
- ↪ Utiliser les outils d'aide à la formation Mobiquial fourni par l'ARS ;
- ↪ Adhérer à un réseau de prévention du risque infectieux : mettre en place un partenariat avec le C-CLIN ;
- ↪ Etablir un plan de prévention en situation de crise liée à un risque infectieux.

L'objectif :

- ↪ Anticiper autant que possible les situations de fin de vie, de même que les situations où l'usager ne serait plus à même de recevoir l'information et de participer lui-même aux décisions. Cela concerne l'évolution terminale d'une affection mais également les complications (urgences) en phase avancée ;
- ↪ Assurer au résident en fin de vie les soins nécessaires, y compris sur le plan psychologique ;
- ↪ Accompagner le décès conformément aux volontés du résident.

Le constat :

- ❖ Dans la mesure du possible, l'établissement offre la possibilité aux personnes en fin de vie de rester le plus longtemps possible dans les résidences tout en ayant conscience de leurs limites. Le temps de présence infirmier peut être alors étendu, mais pour une durée limitée ;
- ❖ Un comité d'éthique a été mis en place et peut être saisi pour prendre en charge des situations particulière de fin de vie ;
- ❖ Un protocole d'accompagnement spécifique a été établi afin de garantir une qualité de vie optimale prenant en compte la particularité médicale de leur situation ;
- ❖ Un partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Haguenau est mis en place par convention pour un accompagnement complémentaire si nécessaire. Cette équipe pourra intervenir de différentes manières :
 - Proposer des avis et conseils médicaux et/ou infirmiers ;
 - Soutenir les usagers concernés et leur entourage ainsi que les professionnels du Centre ;
 - Assurer la coordination lors de transferts éventuels dans un établissement de santé.
- ❖ La saisine de l'équipe mobile de soins palliatifs peut être activée dès que le diagnostic de « non curatif » est établi par le médecin référent. Elle se fait par l'intermédiaire de l'infirmière référente du pôle concerné (en lien avec le chef de service), après évaluation de la situation par le médecin traitant ;
- ❖ Une convention a été signée avec l'HAD de Haguenau, de manière à pouvoir accompagner les usagers requérant des soins spécifiques à domicile ;
- ❖ Il existe un protocole de conduite à tenir en cas de décès ;
- ❖ Les directives anticipées sont mises en place progressivement auprès des résidents et leurs familles ;
- ❖ Un soutien psychologique est proposé au résident en fin de vie.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Evaluer et actualiser le protocole de conduite à tenir en cas de décès ;
- ↪ S'informer des rites mortuaires selon les pratiques culturelles de la personne ;
- ↪ Accompagner et préparer les équipes lorsqu'un décès est prévisible ;
- ↪ Accompagner les familles / représentants légaux sur la phase de fin de vie ;
- ↪ Poursuivre la mise en place les directives anticipées pour les résidents des lieux de vie, prévues par le Code de la Santé Publique (article L1111-11).

2.11 La formation et le soutien aux professionnels

L'objectif :

- ↪ Former les professionnels aux droits liés à la santé des personnes accompagnées et à leurs modalités de mise en œuvre ;
- ↪ Renforcer les compétences des professionnels sur les problématiques de santé des personnes accompagnées.

Le constat :

- ❖ Un comité d'éthique permet l'échange de réflexion dans le cadre institutionnel ;
- ❖ Des groupes d'analyse de pratique sont mis en place en 2014 pour la quasi-totalité des services ;
- ❖ Le plan de formation prévoit annuellement des formations SST ;
- ❖ Peu d'agents sont formés à la gestion des situations d'urgence ;
- ❖ Les protocoles d'accompagnement en soins individualisés sont mis en place autant que nécessaire dans les services.

Les actions d'amélioration :

- ↪ Organiser des actions de formation et de sensibilisation de tous les professionnels sur les droits des usagers en matière de santé : accès de la personne handicapée aux informations médicales, notion de consentement éclairé, directives anticipées ;
- ↪ Evaluer régulièrement les procédures de gestion des urgences ;
- ↪ Renforcer les compétences des personnels par des formations (gestes d'urgence, utilisation du défibrillateur, particularités médicales des publics accueillis) ;
- ↪ Favoriser les échanges d'expériences interinstitutionnelles ;
- ↪ Poursuivre l'accueil de stagiaires dans l'établissement (élèves aides-soignants ; élèves infirmiers...) ;
- ↪ Diffuser les recommandations de bonnes pratiques professionnelles afférentes aux sujets identifiés et faciliter leur appropriation auprès de tous les professionnels concernés, en faisant référence à des situations pratiques et en adaptant le langage si besoin. Notamment les recommandations mentionnées aux pages 52 à 55 de la recommandation de bonne pratique professionnelle de l'ANESM « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée » (juillet 2013).

CONCLUSION

L'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap sont des orientations clairement fixées dans le schéma départemental 2010-2014 et le projet régional de santé 2012-2016.

Les enjeux portent tant sur la formation des professionnels, la coordination du parcours de soin des usagers entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire. Les actions de prévention sont également des priorités de travail comme l'accès au dépistage des cancers, la prévention du surpoids et de l'obésité des personnes handicapées

L'objectif du Centre de Harthouse est de dispenser aux résidents des soins de qualité, en tenant compte des aspirations et des besoins de chacun. Cette ambition passe par la formation continue du personnel. La diffusion des recommandations de bonnes pratiques doit tenir une large place, complétée par l'évaluation des pratiques professionnelles.

Cette amélioration des pratiques et de la prise en charge des résidents nécessite notamment de continuer d'inscrire notre action dans une coopération avec l'environnement professionnel de l'établissement :

- ❖ Les professionnels libéraux (médecins, kinésithérapeutes, pédicure, etc.) ;
- ❖ Les autres structures médico-sociales ;
- ❖ Les structures sanitaires (télémédecine, poste de praticien hospitalier) ;
- ❖ Les divers réseaux (soins palliatifs, lutte contre les risques infectieux, douleur).

GLOSSAIRE

AES	Accident d'Exposition au S ang
AGGIR	Autonomie G érontologique G roupe Iso-Ressources
Alsace E-Santé	Groupement de coopération sanitaire des établissements alsaciens
ANAES	Agence N ationale d'Accréditation et d'Evaluation en S anté
ANESM	Agence N ationale de l'Evaluation et de la qualité des E tablissements et S ervices sociaux et M édico-sociaux
ARS	Agence R égionale de S anté
BMR	B actérie M ulti R ésistante
C-CLIN	C omité de L utte contre les I nfections N osocomiales
CHSCT	C omité d' H giène, de S écurité et des C onditions de T ravail
CRA	C entre de R essources A utisme
DARI	D ocument d' A nalyse du R isque I nfectieux
DASRI	D échet d' A ctivité de S oins à R isque I nfectieux
DLU	D ossier de L iaison d' U rgence
EMIHAN	E quipe M obile d' I ntervention H andicap A lsace N ord
ETP	E quivalent T emps P lein
EVA	E chelle d' E valuation de la D ouleur
GIR	G roupe Iso-Ressources
HAD	H ospitalisation A D omicile
HAS	H aute A utorité en S anté
IMC	I ndice de M asse C orporelle
IRA	I nfection R espiratoire A igüe
MAP	M odèle d' A ccompagnement P ersonnalisé
SST	S auveteur S ecouriste du T ravail

TEXTES DE REFERENCES

Textes législatifs et réglementaires :

- ❖ Loi hôpital, patients, santé, territoires n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 124 (V).
- ❖ Articles R.513-2/3 et 5 du CSP et arrêté du 31 mars 1999) pour les prescriptions médicales.
- ❖ Articles L5126-6 et R5126-112, 113, 114, 115 du CSP sur les conditions concernant le médicament.
- ❖ Articles R 4311-1 à R 4311-29, pour l'exercice professionnel et les actes infirmiers.
- ❖ Code de la santé publique.
- ❖ Décret n°2004-802 du 27/07/2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier introduit le fait (article 4) : « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides – soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation » et article 7 codifié (article R 4311-7 CSP).
- ❖ Décret 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.
- ❖ Circulaire DGS/PS3/DAS/99/320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments : « la prise de médicaments dûment prescrits à des personnes empêchées temporairement ou durablement d'accomplir ce geste, peut-être dans ce cas assurée non seulement par l'infirmier, mais par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, suffisamment informée des doses prescrites aux patients et du moment de leur prise ».
- ❖ Annexes IV et V de l'arrêté du 25/01/2005 relatif aux modalités d'organisation de la VAE pour l'obtention du DPAS (référentiel d'activités et référentiel de compétence).
- ❖ Arrêté du 22 octobre 2005 modifié par l'arrêté du 8/02/2007 relatifs au diplôme professionnel d'aide-soignant.

Sur le projet de soins :

- ❖ Décret 2009-322 du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie.
- ❖ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JO n° 98 du 27 avril 1999 page 6256.

Plans nationaux :

- ❖ Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010, ministère de la santé et des solidarités, 3 mars 2006.
- ❖ Plan solidarité – grand âge 2006, ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 27 juin 2006.

Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2010-2014

- ❖ Projet Régional de Santé 2012-2016- ARS Alsace.

Recommandations de pratiques professionnelles, rapports :

- ❖ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissant du développement* », ANESM, janvier 2010.
- ❖ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée* ». ANESM, juillet 2013.
- ❖ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « *Qualité de vie en MAS-FAM* ». ANESM, juillet 2013.
- ❖ Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Ministère de la Santé, de la jeunesse et des Sports ; Société Française de Gériatrie et Gériatologie, Octobre 2007.
- ❖ Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, HAS, janvier 2004.
- ❖ Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, rapport n°2005 022, mars 2005, Inspection générale des affaires sociales.
- ❖ Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale, HAS, octobre 2000.
- ❖ Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, Fédération hospitalière de France, novembre 2004.
- ❖ Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, HAS, octobre 2000.
- ❖ Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, ANAES, décembre 2002.
- ❖ Pratique des vaccinations, HAS, juillet 2003.
- ❖ Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Haute autorité en santé, novembre 2005.
- ❖ Tenue du dossier du patient, HAS, juillet 2003.

ANNEXES

Annexe 1 : Conventions avec les infirmiers libéraux

Annexe 2 : Protocole d'urgence

Annexe 3 : Dossier de Liaison d'Urgence : feuille de liaison entre institutions pour personnes handicapées et établissements de santé

Annexe 4 : Convention avec le Centre Hospitalier de Haguenau

Annexe 5 : Convention avec l'Hospitalisation A Domicile Nord Alsace

Annexe 6 : Convention avec le réseau HANDIDENT