



RÉSIDENCE SAINT LÉGER PROJET D'ETABLISSEMENT

Un lieu de vie jusqu'au bout de la vie
2021-2025



Adopté par le Conseil d'Administration du 28/04/2021
Avis du Conseil de la Vie Sociale du 27/04/2021
Mis à jour 07/2024 (ajout plan bleu)

SOMMAIRE

ABREVIATIONS ET ACRONYMES	6
I PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
I-1 PREAMBULE.....	7
I-2 INTRODUCTION	9
I-3 PRESENTATION DE L'ASSOCIATION	11
1-3-1 - L'historique de l'Association.....	11
1-3-2 - Les principales étapes de vie de l'Association.....	11
1-3-3 - Le projet associatif : les valeurs fondamentales.....	12
1-3-4 - Les orientations stratégiques de l'association.....	13
1-3-5 - Le fonctionnement de notre conseil d'administration.....	13
I-3-6 - Les missions - Orientations et objectifs particuliers de « La Résidence Saint Léger ».....	15
I-3-7 - Date d'autorisation et habilitation.....	16
I-4 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	17
I-4-1 - Le choix du nom de l'établissement : Résidence Saint Léger	17
I-4-2 - Localisation	17
I-4-3 - Type d'hébergement et capacité autorisée	18
I-4-4 - Le projet architectural.....	18
I-4-5 - Caractéristiques et provenance des personnes accueillies.....	23
I-4-6 - Mouvements.....	25
I-5 LA SECURITE AU SEIN DE LA RESIDENCE	26
I-5-1 - La sécurité de l'établissement et des installations	26
I-5-2 - La prévention du risque infectieux	27
I-5-3 - La prévention des risques liés à l'environnement et aux fonctions logistiques	28
I-5-4 - Sécurité des biens des résidents	29
I-6 ENVIRONNEMENT ET BESOINS TERRITORIAUX	30
I-6-1 - Démographie nationale.....	30
I-6-2 - Démographie régionale et locale	30

I-6-3 - Taux d'équipement « Accueil des personnes âgées »	31
I-6-4 - Orientations gérontologiques départementales : le projet régional de santé	32

II PROJETS DE VIE, D'ACTIVITÉ ET DE SOINS	34
II-1 LE PROJET DE VIE	34
II-1-1 - L'accueil personnalisé	35
II-1-1-1 Horaires d'ouverture du secrétariat	35
II-1-1-2 Modalités de demande de renseignements	35
II-1-1-3 Documentation mise à disposition	35
II-1-1-4 La préadmission	36
II-1-1-5 Modalités d'admission	36
II-1-1-6 Procédure d'accueil du résident	37
II-1-2 - Le recueil des consentements	38
II-1-3 - Projet d'Accompagnement Personnalisé	39
II-1-4 - L'organisation de la vie sociale	40
II-1-4-1 Le Conseil de la Vie Sociale.....	40
II-1-4-2 L'intégration des familles ou proches et leur participation.....	41
II-1-4-3 Les commissions mises en place.....	41
II-1-4-4 Système et circulation de l'information.....	41
II-1-5 - Ethique et mise en œuvre de la Bienveillance.....	42
II-1-5-1 La Charte :Garantir le respect des droits et libertés des personnes accueillies	42
II-1-5-2 Les droits et libertés	43
II-1-6 - L'insertion de l'établissement dans le contexte territorial : un réseau de partenaires.....	44
II-1-7 Les services proposés	46
II-1-7-1 La restauration	46
II-1-7-2 L'entretien des locaux.....	47
II-1-7-3 L'entretien du linge	48
II-1-7-4 La maintenance	48
II -2 LE PROJET D'ACTIVITÉ	49
II-2-1 - Les sources	49
II-2-3 - Les objectifs.....	51
II-2-4 - Organisation et acteurs	52

II-2-4-1	Le ressources internes	52
II-2-4-2	Les ressources externes	56
II-2-4-3	La participation des résidents	56
II-2-4-4	La participation des proches	57
II-2-5	- Les activités proposées	57
II-2-6	- Les activités festives	57
II-3	LE PROJET DE SOINS	59
II-3-1	- La continuité et la coordination des soins.....	59
II-3-1-1	L'équipe de soins.....	60
II-3-1-2	L'organisation des soins	65
II-3-2	- Les actions de prévention et les prises en charge spécifiques	66
II-3-3	- L'individualisation des soins.....	77
II-3-4	- Le circuit du médicament	77
II-3-4-1	Le traitement des ordonnances.....	78
II-3-4-2	La préparation.....	78
II-3-4-3	La gestion des stupéfiants.....	78
II-3-4-4	La sécurité des stockages.....	78
II-3-4-5	L'administration des médicaments	79
III	PROJET SOCIAL – PROJET QUALITE	84
III-1	LE PROJET SOCIAL.....	84
III-1-1	- Le personnel.....	84
III-1-1-1	L'organigramme	85
III-1-1-2	La politique de recrutement, d'accueil et d'intégration	86
III-1-1-3	La gestion des absences	88
III-1-2	- Les textes applicables aux salariés	89
III-1-2-1	La convention collective	89
III-1-2-2	Le règlement intérieur	89
III-1-2-3	Le document unique de délégation	89
III-1-2-4	Les recommandations professionnelles.....	89
III-1-3	- Les instances représentatives du personnel	90
III-1-4	- Actions favorisant les conditions de travail	90

III-1-4-1 La qualité du management.....	90
III-1-4-2 Les réunions du personnel	91
III-1-4-3 L'évaluation des risques professionnels	91
III-1-4-4 Les ressources matérielles	92
III-1-4-5 L'ambiance sociale	93
III-1-5 - Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC).....	93
III-1-6 - La formation	93
III-1-6-1 Le Plan de formation de l'établissement	93
III-1-6-2 L'accueil des stagiaires – Service civique	96
III-1-7 - Données sociales : le suivi d'indicateurs.....	977
III-2 LE PROJET D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE	100
III-2-1 - Cadre légal	100
III-2-2 - Les engagements de l'établissement	100
III-2-3 - Les objectifs	101
III-2-4 - Recueil et traitement de l'indice de satisfaction	100
III-2-4-1 Enquête de satisfaction des résidents.....	102
III-2-4-2 Le traitement des réclamations.....	103
III-2-5 - Les évaluations internes.....	103
III-2-5-1 L'objectif	103
III-2-5-2 Mise en place d'un comité d'évaluation/éthique.....	103
III-2-5-3 Réalisation des autoévaluations	104
III-2-6 - Réalisation de l'évaluation externe	105
III-2-7 - L'amélioration continue de la qualité	105
III-2-7-1 Bilan des actions d'amélioration menées depuis la signature de la 2è convention tripartite	105
III-2-7-2 Programme d'amélioration continue de la qualité sur les cinq années à venir.....	106
III-2-7-3 Les modalités d'évaluation de la démarche d'amélioration continue de la qualité.....	106
III-3 - LES PERSPECTIVES D'AVENIR	107
BIBLIOGRAPHIE	109
ANNEXE : PLAN BLEU	111

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ALMA : Allô Maltraitance des Personnes Agées

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARACT : Association Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

CA : Conseil d'Administration

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Associées aux Soins

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CLIC : Centre Local Information et Coordination en Gérontologie

COFIL : Comité de Pilotage

CPIAS : Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CV : Curriculum Vitae

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés

DP : Délégué du Personnel

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile Gériatrique

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne privés solidaires

GIR : Groupe Iso Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRA : Infections Respiratoires Aigües

IRP : Instances Représentatives du Personnel

JALMALV : Jusqu'à la Mort Accompanyer La Vie

JO : Journal Officiel

MSE : Mini Mental State Examination – Evaluation des capacités cognitives

NPI-ES : Inventaire Neuropsychiatrique pour Equipe Soignante

OPCO : opérateur de compétences

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PATHOS : Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PCA : Plan de Continuité d'Activité

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PPR : Projet Personnalisé du Résident

PRAP : Préventions propres liées à l'Activité Physique

PSI : Projet de Soins Informatisé

RABC : Analyse du Risque et le Contrôle de Biocontamination

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

TIAC : Toxi Infection Alimentaire Collective

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des œuvres et Organismes privés sanitaires et sociaux

VMEH : visiteurs de malades en établissements hospitaliers

I PRÉSENTATION DE L'ETABLISSEMENT

I-1 PRÉAMBULE

Avertissement

Ce projet d'établissement est rédigé dans une période exceptionnelle de COVID, ce qui rend la mission difficile à l'ensemble de l'équipe qui y travaille dans le cadre du COPIL : en effet, nous nous projetons dans un avenir « normal » où les restrictions à la liberté d'aller et venir actuelles ne seront plus en cours.

Depuis le 17/03/2020 et jusqu'à ce jour, le 25/03/2021, une pandémie de COVID 19 s'est répandue dans le monde entier et en particulier en France. La vie quotidienne de tous les français et donc également celle des résidents en EHPAD a été fortement impactée : mesures d'hygiène renforcées, port du masque, confinement à plusieurs reprises et pendant plusieurs mois avec fermeture de l'établissement rendant la visite des familles impossible puis réouverture partielle avec visites sur rendez-vous et dans des conditions déshumanisées auxquelles nous sommes contraints de nous plier.

En bref, depuis un an, nous appliquons des règles totalement opposées à notre projet de vie qui est normalement : « ***Dans un cadre convivial, la résidence et son équipe ont pour objectif d'accompagner ceux qui choisissent de venir y vivre. Une résidence ouverte sur l'extérieur, chaleureuse à l'intérieur*** »

Cadre réglementaire

L'article L.311-8 du CASF stipule que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

Projet d'établissement et droits des usagers

Le projet d'établissement est donc un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure. Ainsi le projet d'établissement est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires.

Notre projet d'établissement inclut le projet d'activité - de soins et de vie sociale, d'amélioration continue de la qualité – le projet architectural et les perspectives d'avenir.

Démarche d'élaboration et d'appropriation du projet

Fruit d'une dynamique participative dans son élaboration afin de bénéficier de multiples réflexions et suggestions, ce projet d'établissement émane d'entretiens avec certains administrateurs, professionnels de la Résidence Saint Léger, résidents, bénévoles et familles. L'expérience de la gestion de l'établissement, les résultats des évaluations internes et externes réalisés sur les deux établissements gérés par l'association et de la lecture des divers documents élaborés ont également guidé notre réflexion.

Un comité de pilotage, composé de 2 administrateurs, 9 salariés, 1 résidente, 1 bénévole, 3 familles, a validé l'ensemble des écrits lors du copil du 26 mars 2021.

L'objectif essentiel est la mise en œuvre de la bientraitance dans tous les actes de la vie quotidienne en appuyant la réflexion sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Notre objectif se décline tout au long des initiatives qui constituent le projet d'établissement (projet de vie, projet d'activité, projet de soins, projet social et projet qualité), tous articulées autour des projets d'accompagnements personnalisés de chaque résident.

Ce projet d'établissement est donc considéré appartenir à tous les acteurs concernés et associés : les résidents et leurs proches ou représentants, les administrateurs, les salariés de l'établissement, les stagiaires et les partenaires.

Durée de validité du présent projet

Après consultation pour avis des membres du CVS et validation par le conseil d'administration de l'association Vermeil, le projet d'établissement aura une validité maximale de 5 ans (avril 2026). Il s'agit d'un document évolutif car suivi et révisé régulièrement et au minimum une fois par an. Durant la période des 5 ans, les réajustements se feront par avenants.

La diffusion du projet d'établissement se fera sur le site internet de l'association (en respect du développement durable) – 2 exemplaires seront mis à disposition dans l'établissement et envoyé par mail à l'ensemble des référents familles, membres du personnel et intervenants.

I-2 INTRODUCTION

Depuis plus de trente ans, l'association Vermeil défend des idées simples, de bon sens, de défense des droits des personnes.

Nos objectifs sont d'accueillir de la manière la plus humaine possible, les résidents qui choisissent de venir vivre à la Résidence Saint Léger, ou profiter des services proposés par le Pavillon Saint Léger (pavillon d'accueil de jour destiné aux personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée).

Toute l'énergie de l'équipe est tournée vers le respect des objectifs de vie, de liberté, d'acceptation du risque et de la mort :

Le droit à avoir « un chez soi », à s'y sentir en sécurité, à disposer de sa clé de boîte aux lettres, de sa clé de chambre, pouvoir vivre avec ses meubles, venir avec son animal de compagnie (au comportement compatible avec la vie de la maison), recevoir sa famille sans aucune contrainte horaire, partir en vacances, choisir ce que l'on veut manger, aller au restaurant, être utile, avoir un rôle à jouer, ...

mais aussi être accompagné sans être infantilisé, être soigné dignement et pouvoir mourir dans son lit grâce à une équipe humaine qui fonctionne correctement, avec bienveillance.

Cela est possible avec la synergie d'une équipe élargie : un conseil d'administration qui impulse et soutient le projet, une équipe de professionnels qui le fait vivre, des bénévoles qui « émulsionnent », des familles qui adhèrent au projet pour que le résident s'y épanouisse.

L'EHPAD « Résidence Saint Léger » est un établissement privé à but non lucratif. L'établissement peut accueillir les personnes valides et les personnes en perte d'autonomie partielle ou totale, psychique ou physique.

La Résidence Saint Léger est :

- **habilitée à recevoir les personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale à hauteur de 10 places.**
- **conventionnée au titre de l'aide personnalisée au logement (APL).**
- **conventionnée au titre de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).**

L'association Vermeil a créé et gère la Résidence Saint Léger depuis juin 1991.

Cadre juridique et statutaire

Le cadre réglementaire est principalement contenu dans la loi du 2 janvier 2002 et dans la loi « hôpital, patients, santé et territoire » n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ainsi que dans les recommandations de bonnes pratiques issues de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) dont l'activité a été reprise par l'HAS (Haute Autorité de Santé).

La Résidence Saint Léger est agréée EHPAD depuis le 1^{er} décembre 2002. Cet agrément se traduit par la signature d'une convention tripartite et de ses avenants entre le président du Conseil Général, le préfet de l'Aisne pour l'ARS (Agence Régionale de Santé) et le président de l'association gestionnaire de l'établissement.

Un EHPAD est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes qui accueille des personnes âgées en perte d'autonomie totale ou partielle en fonction de l'âge et de la maladie.

Le statut d'EHPAD créé en 2002 signifie que l'établissement offre un suivi médical et doit justifier d'équipements adaptés. Les personnes accueillies sont valides, semi valides ou dépendantes sur le plan physique, physiologique et/ou psychologique car elles peuvent également présenter des pathologies et des troubles cognitifs.

L'établissement est en attente de la signature d'un CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens).

Le CPOM trouve son origine dans la loi du 2 Janvier 2002 puis dans l'ordonnance du 1er Décembre 2015, d'abord relevant d'une démarche volontaire entre les financeurs et le gestionnaire, puis d'une démarche obligatoire suite à la loi ASV du 28 Décembre 2015.

La loi du 28 Décembre 2015 prévoit que les CPOM définiront des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissement de santé.

Les objectifs doivent être conformes à ceux fixés par les outils de planification (schéma), la réalisation des objectifs du projet d'établissement et la mise en œuvre de coopération.

A cette fin, il mobilise les moyens nécessaires afin de préserver la trésorerie, asseoir le management, préserver le climat social et rechercher la pérennité des ressources, il cherchera à simplifier la gestion de l'enveloppe.

Le nombre de personnels est fixé selon la capacité d'accueil de l'établissement et après calcul de la prise en charge moyenne par résident.

Ce contrat précisera donc le budget de l'établissement qui se répartit entre **l'hébergement** (prise en charge possible par le département avec l'Aide Sociale), **la dépendance** (prise en charge possible par le Conseil départemental, avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie) et **les soins** (pris en charge par l'Agence Régionale de Santé et la Sécurité Sociale).

I-3 PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION

1-3-1 - L'histoire de l'Association

L'Association Vermeil est née en 1986. Des bénévoles soissonnais ont eu la volonté de créer une maison d'accueil pour des personnes âgées semi-valides ou invalides. L'association se donne pour objectif d'accompagner dans la vie et jusqu'à la mort les résidents qui choisissent de venir y vivre. C'est dans cet esprit que les membres de l'Association Vermeil ont concrétisé leur projet d'une résidence ouverte sur l'extérieur, accueillante et chaleureuse à l'intérieur.

Animés par Colette DOURIEZ première présidente de l'Association Vermeil et instigatrice du projet et par le Chanoine TROUSLARD, chancelier de l'Evêché, tous les bénévoles ont œuvré pour mettre en pratique des idées simples et de bon sens :

- « créer un établissement qui soit un lieu de vie dans lequel on soigne et non un lieu de soins dans lequel on vit »,
- accueillir, pour commencer un nouveau projet et pas seulement venir finir son histoire,
- recréer son lieu de vie et son environnement en emménageant avec ses meubles et son animal de compagnie,
- être personnellement épaulé par une équipe pluridisciplinaire respectant le rythme de vie et les habitudes des résidents.

L'association Vermeil est habilitée à recevoir des dons et des versements qui peuvent ouvrir droit aux réductions d'impôts visés par les articles 200.1 et 238 Bis 1 du code général des impôts.

1-3-2 - Les principales étapes de vie de l'Association

- Entre 1986 et 1988, l'association travaille à l'étude des besoins de la population locale.
- 1988, dépôt d'un dossier et présentation devant la CRISMS : Commission Régionale des Institutions Sanitaires et Médico-Sociales.
- 27 juin 1989 : autorisation de création d'une MAPAD, Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes de 54 lits.
- 1989 à 1990 : construction de l'établissement.

- 1 juin 1991 : ouverture de l'établissement.
- 5 novembre 1991 : protocole d'habilitation à l'aide sociale pour le CANTOU.
- 30 juin 1993 : extension de 5 lits. Capacité totale 59 lits.
- 1998 : création d'une place en hébergement temporaire – capacité totale 60 lits.
- 4 juin 2002 : la MAPAD devient EHPAD (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes).
- 26 décembre 2002, signature de la 1^{ère} convention tripartite.
- 15 décembre 2004 : 1^{er} avenant de la convention tripartite.
- 19 avril 2005 : autorisation d'une unité d'accueil de jour de 8 places – Achat d'un pavillon voisin de la Résidence Saint Léger
- 1^{er} avril 2006 : ouverture du Pavillon St Léger.
- Arrêté du 26 mars 2013 : extension du service d'accueil de jour à 12 places.
- 1^{er} décembre 2007 : signature de la 2^e convention tripartite.
- 30 décembre 2015 : labellisation et ouverture du PASA – 14 places.
- 1^{er} janvier 2017 : harmonisation des tarifs d'hébergement des Résidents – Autorisation des 10 places habilitées à l'aide sociale sur l'EHPAD
- 3 janvier 2017 : renouvellement d'autorisation pour 15 ans.

1-3-3 - Le projet associatif : les valeurs fondamentales "le meilleur pour chacun "

Le projet associatif a été adopté par le comité de pilotage le 5 Septembre 2019, ainsi que par le conseil d'administration.

Il présente les valeurs suivantes :

- L'accueil de tous : Toute personne est « singulière »
- Un accompagnement personnalisé,
- Une démarche solidaire (bénévoles, entourage, administrateurs, salariés)

L'association s'engage à :

- considérer les résidents et personnes accompagnées avec humanité et respect (écoute, bienveillance, tolérance, solidarité, honnêteté, équité, intimité et dignité).
- assurer des soins gériatriques de qualité.
- mettre en œuvre les moyens utiles à l'autonomie des résidents, en veillant à l'équilibre budgétaire et financier de l'établissement.
- garantir la liberté d'aller et venir tout en assurant la sécurité de chacun.
- favoriser la bientraitance de manière permanente au cœur du dispositif.
- garantir la continuité de la vie sociale, civique, culturelle et religieuse.
- favoriser les liens avec la famille en développant l'information sur le fonctionnement et en permettant à chacun de s'exprimer (Conseil de Vie Sociale, activités, etc.).
- respecter les volontés de chaque résident, les droits des résidents et personnes accompagnées.
- accompagner la fin de vie dans le respect des volontés.
- développer des formes alternatives d'accueil afin de répondre aux besoins locaux.
- accueillir les élèves et étudiants venant se former lors de leurs stages.

1-3-4 - Les orientations stratégiques de l'association

Depuis quelques années, l'environnement du champ médico-social connaît des évolutions rapides et profondes.

L'association s'organise de façon entièrement centrée sur le service à apporter aux personnes âgées.

Les membres du conseil d'administration ont retenu les orientations suivantes (issues du projet associatif) :

- la réécriture du projet d'établissement, ainsi que des supports réglementaires dans le respect du projet associatif
- la possibilité pour chaque résident de rester dans l'établissement jusqu'au bout de la vie.
- l'adaptation du projet et des moyens, afin de permettre la prise en charge de publics Alzheimer ou type apparenté.
- l'évolution de l'accueil adaptée aux besoins du 21^e siècle.

1-3-5 - Le fonctionnement du conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé, à ce jour, de 16 membres élus pour 3 ans.

Le bureau est constitué d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier. Le bureau se réunit mensuellement avec la Directrice.

Ces réunions ont pour objet de travailler sur les dossiers qui seront présentés au conseil d'administration.

Le conseil d'administration se réunit régulièrement. : en 2019, 5 conseils d'administration et 6 en 2020 (dont certains dématérialisés au vu de la situation sanitaire). Ces réunions portent sur la vie de l'établissement (quotidien des résidents - santé financière – les suivis de tableaux de bord – travaux – suivi RH – résultat des enquêtes – évènements importants) et les projets à venir (travaux – activités – négociations de contrats ...). Des procès-verbaux sont rédigés après chaque séance.

Les Assemblées Générales se déroulent chaque année en public, les résidents, personnels, familles et bénévoles étant conviés à assister à la présentation du rapport moral du président et du rapport d'activités de la Directrice.

Liste des administrateurs mise à jour lors de l'AG du 23 avril 2021 :

NOM et prénom	Fonction	
WAMBERGUE Jean	Président	B U R E A U M E M B R E S
BACHY Philippe GAFFET Pierre	Vice-Présidents	
BIANCHI Bruno	Trésorier	
DELVAL Yveline	Membre	
BOUCHERIT Philippe	Membre	
BOURET Isabelle	Membre	
BOUREUX Yana	Membre	
CESVET Jean	Membre	
CRINQUE Christine	Membre	
GARCIA Alexis	Membre	
GRAFFAN Bernard	Membre	
LEBEAU Francis	Membre	
LETRILLART Isabelle	Membre	
VOYEUX Eliane	Membre représentant la municipalité	

Orientations générales de la Résidence Saint Léger :

La Résidence Saint Léger est autorisée à recevoir des personnes seules ou en couple, âgées de 60 ans et plus, à titre permanent, dont les besoins d'aide et de soins sont compatibles avec les moyens d'intervention dont dispose l'établissement.

A ce jour, elle accueille 60 Résidents dont 50 résidents en hébergement permanent – 10 en hébergement permanent dans une unité type CANTOU et 12 participants atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, au Pavillon St Léger Accueil de jour. L'établissement dispose également d'un PASA de 14 places.

L'établissement est ouvert 365 jours par an.

I-3-6 - Les missions - Orientations et objectifs particuliers de « La Résidence Saint Léger »

Le projet d'établissement de la Résidence Saint Léger est la concrétisation du projet associatif. Notre réflexion est fondée sur la recherche du bien-être des résidents tout au long de leur séjour. L'architecture intérieure de l'établissement est pensée pour pouvoir répondre à l'évolution des besoins des résidents.

La Résidence Saint Léger a pour mission de favoriser le maintien de l'autonomie sociale, physique et psychique des personnes accueillies le plus longtemps possible et de garantir une prise en charge 24 heures sur 24, 365 jours par an.

Pour ce faire, elle doit satisfaire les objectifs suivants :

- apporter les aides directes ou indirectes aux activités de la vie quotidienne ;
- assurer des soins de qualité en faisant appel aux secteurs médicaux et paramédicaux compétents ;
- proposer une prise en charge adaptée et innovante ;
- maintenir les liens familiaux et affectifs du résident, ainsi que les repères sur lesquels se fonde son identité (parcours de vie, mobilier personnel, exercice du culte...) ;
- maintenir ou retrouver certaines relations sociales du résident (participation aux activités, à la vie de la structure, ouverture à la vie locale, vie civique ...) ;
- permettre et favoriser l'accès à certaines prestations (coiffure, esthétique, bibliothèque ...) ;
- garantir au résident un espace de vie privatif au sein de la collectivité et favoriser un sentiment de sécurité ;
- mettre à disposition des accès téléphone, télévision et internet dans chaque chambre, sans contrainte horaire ;
- veiller à concilier liberté individuelle et sécurité des résidents, plus particulièrement lorsqu'ils présentent une détérioration intellectuelle.

De ce fait, il est important que La Résidence Saint Léger puisse s'inscrire dans un espace de collaboration et de complémentarité avec les acteurs du réseau local. La coopération inter-établissements, sanitaires, médico-sociaux ou autres institutions et services en particulier (dans le cadre du projet d'activité), est développée afin d'offrir aux résidents un projet individualisé coordonné en fonction de leurs besoins et attentes.

I-3-7 - Date d'autorisation et habilitation

L'arrêté portant autorisation d'hébergement a été renouvelé le 28 octobre 2016, pour une durée de 15 ans à partir du 3 janvier 2017.

Fiche d'identification

Raison sociale de l'établissement	Association Vermeil
Code FINESS de l'entité juridique	020009189
Code FINESS de l'établissement	020009197
Nature juridique de la structure	EHPAD privé à but non lucratif
Adresse de l'établissement	9 rue Paul Deviolaine 02200 SOISSONS
Tél / mail / site internet	Tél : 03.23.53.87.00 Courriel : accueil@residence-saint-leger.fr Site internet : residence-saint-leger.fr Page facebook : https://www.facebook.com/Résidence-Saint-Léger-813267435446785/
Président du Conseil d'Administration	Monsieur Jean WAMBERGUE
Numéro SIRET	382 304 186 00010
Date d'ouverture	Juin 1991
Directeur de l'établissement	Madame Claire GANDON

I-4 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

I-4-1 - Le choix du nom de l'établissement : Résidence Saint Léger

La Résidence Saint Léger doit son nom au fait qu'elle est implantée dans le quartier de l'abbaye Saint Léger à Soissons. Les fondateurs souhaitaient donner une connotation chrétienne et humaniste, philosophie qui guide toujours nos actions aujourd'hui.



I-4-2 - Localisation

La Résidence Saint Léger est située au n° 9 de la rue Paul Deviolaine – 02200 SOISSONS, au cœur du quartier de l'Abbaye Saint-Léger, à quelques minutes à pied du centre-ville.

Le pavillon Saint Léger qui abrite l'Accueil de Jour se situe en face de la résidence, au 15, rue de Guise - 02200 SOISSONS.

Plan du quartier :



La localisation offre de nombreux avantages qui vont dans le sens du projet de vie que l'établissement tend à développer :

à proximité de la mairie, du parc St Crépin, de la bibliothèque, de la salle de spectacle « le mail scène culturelle », du marché, des écoles, et positionnée dans le quartier historique de Soissons, le long de l'Aisne.

I-4-3 - Type d'hébergement et capacité autorisée

Nombre de lits/places Autorisées	72 places				
	50 places en hébergement permanent (dont 14 places PASA) 10 places en hébergement permanent pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée 12 places en accueil de jour				
Nombre de lits/places installées	72 places				
Places habilitées à l'aide sociale	10 places				
Taux d'occupation	2015	2016	2017	2018	2019
Permanent	101.02	101.12	101.04	101.12	100.55
AJ	88.44	86.62	85.04	84.43	84.08

Commentaire :

Source CNSA « situation économique et financière des EHPAD entre 2017-2018 »

Taux d'occupation médian : Hébergement permanent 97.5 % - AJ 68.7%

I-4-4 - Le projet architectural

Le bâtiment est conçu sur 5 niveaux.

L'établissement est doté de locaux et de matériels spécifiques pour le confort des résidents et des professionnels.

- **Description des locaux**

Construction	1 bâtiment sur 4 niveaux et 1 rez de jardin (Pasa) Superficie : 2 823 m ² (immeuble) et 28 ares de terrain. Un service d'accueil de jour situé à 50 mètres de l'établissement principal, dans une maison particulière avec jardin, de l'autre côté de la rue.	
Date de construction des locaux	1990	
Conformité incendie	Avis favorable en 2020 par la commission de sécurité pour une durée de 3 ans.	
Conformité commission service vétérinaire	Visite ARS du 7/03/2017 ayant porté sur les DASRI, la méthode HACCP et le réseau d'eau chaude	
Nombre d'ascenseurs	2	Accessibles personnes handicapées : Oui

Commentaire : L'établissement, dans l'esprit de tous, est une maison ; un effort tout particulier est fait pour que l'atmosphère n'évoque jamais un hôpital.

L'Association a fait le choix d'un établissement comportant des espaces conviviaux afin de disposer de différents destinés aux résidents et proches.

Le service d'accueil de jour est installé dans une maison ordinaire, que rien ne différencie d'un autre pavillon.

L'Accueil de Jour :

Il accueille à la journée 12 personnes vivant à domicile.

L'accueil est assuré du milieu de matinée jusqu'à la fin d'après-midi, avec possibilité de transport.

Il se situe dans un pavillon indépendant en face de la résidence. Il dispose d'un grand salon, d'une salle à manger et d'activités doublée, d'une cuisine, d'une petite salle d'activités, de sanitaires adaptés et d'un grand jardin.

Le CANTOU :

L'établissement dispose d'un CANTOU accueillant 10 résidents désorientés ayant besoin d'un encadrement spécifique.

Ces résidents souffrent de maladies neurodégénératives ou apparentées, de troubles psychiatriques et troubles du comportement.

Ce service dispose de 10 chambres, d'une cuisine, d'un espace salon commun et, d'une salle d'activités et d'une balnéothérapie. Le salon est ouvert sur une terrasse et un jardin sécurisé.

Le PASA :

L'établissement dispose d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés dédié aux 50 résidents de la MAPAD souffrant de troubles neuro dégénératifs ou apparentés, compliqués de troubles psycho-comportementaux modérés. La capacité d'accueil est de 14 places.

Ce pôle dispose d'un environnement architectural sécurisé, adapté et identifié par rapport au reste de la structure. Il dispose d'un jardin où se déroulent des activités quand le temps le permet.

Le PASA est un lieu d'accueil au sein duquel sont organisées et proposées des activités thérapeutiques. Le service est ouvert du lundi au dimanche, ainsi que les jours fériés.

La MAPAD :

Elle accueille 50 résidents dans l'impossibilité de demeurer à leur domicile et qui ont besoin d'aide et assistance dans les actes de la vie quotidienne.

- **L'espace privatif du résident**

Nombre de chambres individuelles	40
Nombre de studios individuels	18
Appartement	1 appartement pour un couple
Superficie	Les chambres ont une superficie de 22 à 28 m ² , les studios de 33 à 44 m ² et l'appartement de 60 m ²

Chaque chambre est équipée d'appels malades (et montre d'appel en cas de chute), d'une prise de téléphone, d'une prise de télévision, d'un placard et d'un accès au réseau Wifi. La salle de bain dispose d'un lavabo, d'un WC surélevé, d'une douche à l'italienne (accessible aux personnes en fauteuil roulant).

Les studios disposent également d'une petite kitchenette aménagée (un évier et petit équipement).

L'appartement est constitué d'une chambre, d'un séjour avec kitchenette et d'une salle de bain adaptée aux personnes à mobilité réduite.

Afin de se sentir « comme chez eux », les résidents et leurs proches meublent et décorent leur chambre à leur convenance, dans le respect des normes en vigueur et des préconisations définies dans le règlement de fonctionnement. En cas de nécessité, un lit médicalisé est installé par l'établissement.

Le résident dispose de la clé de son logement et de sa boîte aux lettres.

Certaines chambres sont équipées d'un balcon.

• Les espaces collectifs

Les résidents bénéficient de différents lieux :

- salons d'étage
- salon climatisé, ouvrant sur la terrasse et le jardin
- salle de télévision/bibliothèque climatisée
- chapelle
- balnéothérapie
- boulodrome
- parcours de marche
- kiosque
- garage à tricycles



- salon de coiffure et d'esthétique



- salle à manger climatisée



● Les espaces extérieurs

L'établissement dispose de terrasses et de jardins accessibles aux personnes en fauteuil roulant.

● Accessibilité

L'établissement ainsi que ses abords immédiats sont accessibles pour les personnes à mobilité réduite, selon les normes d'accessibilité.

L'établissement dispose de deux accès :

- l'entrée principale
- le parking réservé au personnel.



I-4-5 - Caractéristiques et provenance des personnes accueillies

Données actualisées au 31/12/2020

✓ **Âge des personnes accueillies en hébergement permanent**

Au 31 décembre, 45 femmes et 12 hommes étaient présents. Sur l'année 2020, la présence féminine a représenté 78,76 %.

Tranche d'âge	Nombre de résidents	%
Moins de 59 ans	0	0
De 60 ans à 74 ans	3	5,26
De 75 ans à 84 ans	10	17,54
De 85 ans à 95 ans	34	59,64
De 96 ans à 100 ans	10	17,54
Plus de 100 ans	0	0

L'âge moyen est de 89 ans pour les femmes et 86 ans pour les hommes.

Il est à noter que 77.18 % des résidents ont 85 ans ou plus.

La moyenne d'âge est de 88 ans.

Le plus jeune résident a 72 ans et le plus âgé a 98 ans.

Commentaires :

Observatoire EHPAD 2014 de KPMG = âge moyen d'entrée en établissement = 85.06.

✓ **Niveau de dépendance des personnes accueillies**

Répartition par Groupe Iso-Ressource au 19/11/2020 pour l' AGGIR et au 23/11/2020 pour le PATHOS

Nous avons validé en 2020, l' AGGIR et le PATHOS, l'effectif de la population au moment de l'étude est de 56 résidents.

Groupe Iso-Ressource	Nombre de résident	%
GIR 1	16	28,57
GIR 2	20	35,71
GIR 3	10	17,86
GIR 4	7	12,50
GIR 5	1	1,79
GIR 6	2	3,57
GMP	763	

- ✓ Les résidents entrants présentent une dépendance élevée et nécessitent des soins importants.
- ✓ Le PMP s'élève à 223.

Commentaires :

Source CNSA « situation économique et financière des EHPAD entre 2017-2018

Le GMP médian est de 729 points

Le PATHOS médian est de 209 points

✓ **Origine géographique des résidents présents au 31 décembre 2019**

		Soissons	Aisne Hors Soissons	Autres départements
Origine géographique des résidents	Nbre	15	38	7
	<i>Taux</i>	25 %	63 %	12 %

I-4-6 - Mouvements

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mouvements	Entrées	12	13	17	14	16	23
	Sorties définitives	14	13	17	14	14	20

Provenance des résidents en 2020 :

- 23 entrées ont été recensées en 2020 : 3 résidents provenaient d'un autre établissement (hôpital, moyen séjour, long séjour) et 14 résidents provenaient du domicile. Sur ces 23 entrées, 8 étaient d'anciens participants de l'accueil de jour.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de décès		15	14	17	12	13	20
Sorties (taux)	Décès Résidence St-Léger	73.33	78.57%	52,94 %	58,33 %	71 %	60 %
	Décès en structure hospitalière	26.67 %	21.43 %	47,06 %	41,67 %	21 %	40 %

Commentaires :

170 personnes sont inscrites en liste d'attente dont 15 personnes bénéficiaires ou anciens bénéficiaires de l'accueil de jour. Beaucoup le sont « par sécurité » et n'envisagent pas une entrée rapide.

I-5 LA SÉCURITÉ AU SEIN DE LA RÉSIDENCE

Les personnes âgées sont considérées comme des personnes vulnérables. L'établissement est donc directement concerné par l'obligation de protection des personnes. Une présence active 24 H/24 est organisée au sein de l'établissement.

I-5-1 - La sécurité de l'établissement et des installations

✓ **L'accessibilité**

Les conditions d'accessibilité de l'établissement ont fait l'objet d'un contrôle par l'APAVE le 16/10/2010, organisme agréé. Afin d'assurer la sécurité des résidents, un digicode et des caméras ont été installés. D'autre part, afin d'éviter les risques de chutes, l'accès aux étages par les escaliers est sécurisé par des digicodes.

✓ **La sécurité incendie**

L'établissement est classé type J / 4ème catégorie. De ce fait un certain nombre de textes sont applicables :

- Arrêté du 23 mars 1965 modifié relatif au règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public
- Arrêté du 25 juin 1980 modifié relatif aux dispositions générales du règlement de sécurité dans les établissements recevant du public
- Arrêté du 19 novembre 2001 (type J) JO du 7 février 2002.

L'établissement répond aux normes de sécurité et dispose ainsi de portes coupe-feu, détecteurs, extincteurs, centrale incendie, désenfumage, report des alarmes, plan d'évacuation. La commission de sécurité vérifie régulièrement la conformité et le respect de la législation (contrôles réguliers du bon fonctionnement par des organismes extérieurs...).

L'ensemble du personnel bénéficie de formation incendie deux fois par an.

Les résidents ne sont pas autorisés à brancher plusieurs appareils électriques sur une même prise. Les appareils de type couverture chauffante, réchaud, radiateur, halogènes, fer à repasser sont interdits dans les chambres. Les autres petits appareils doivent être aux normes en vigueur. Les résidents ne sont pas autorisés à détenir des produits inflammables.

Les consignes de sécurité sont affichées à chaque étage.

Pour des raisons de sécurité, le résident ne peut poser un autre verrou ou modifier la serrure de la porte d'entrée de sa chambre. En cas d'urgence, les membres du personnel doivent pouvoir entrer dans les logements avec un passe.

✓ **Contrats relatifs à la sécurité – la maintenance**

L'établissement fait procéder périodiquement aux opérations d'entretien et de vérification des installations et équipements techniques, selon les dispositions du règlement de sécurité.

Ainsi, l'établissement a conclu plusieurs contrats de maintenance préventive avec des sociétés extérieures (maintenances des ascenseurs – système des moyens de secours contre l'incendie – portes automatiques – électricité – système téléphonique – climatisation - installations de cuisson ...).

✓ **La gestion de crise**

L'établissement est doté de procédures de gestion des risques. Un document appelé Plan Bleu, conforme aux exigences du Décret du 7 juillet 2005 est établi et disponible pour l'ensemble des professionnels.

Le plan bleu doit permettre de répondre, de façon organisée et la plus opérationnelle possible, à la survenue de tout type d'événement résultant des typologies de risques suivantes :

- risques infectieux : grippe (saisonniers), Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC), légionellose, Infections Respiratoires Aigües (IRA), gastro-entérites, épidémies virales ...
- risque logistique : rupture de l'alimentation en eau potable, en gaz, en électricité, pannes diverses, gestion des déchets d'activités de soins, ...
- risque environnemental : canicule, froid extrême, inondation, tempête, incendie ...
- risque technologique : industriel, nucléaire, virus informatique et vol de données numériques.

Le Plan Bleu comporte des protocoles, des procédures et le Plan de continuité d'activité (PCA).

I-5-2 - La prévention du risque infectieux

Une infirmière « référente en hygiène » exerce dans l'établissement. Un audit interne annuel est réalisé. Il existe des protocoles et procédures tant pour les soins que pour l'hygiène des locaux et du matériel. Ces documents sont applicables à l'ensemble des professionnels.

✓ **La gestion du matériel de soins**

Du matériel à usage unique est utilisé pour l'ensemble des soins.

✓ **L'hygiène des locaux**

Il existe un dossier technique sur l'identification des produits d'entretien utilisés dans l'établissement. Des procédures de nettoyage des locaux sont mises en œuvre. Des formations sont régulièrement dispensées. Des évaluations des pratiques sont régulièrement réalisées.

✓ **L'hygiène des mains**

Des protocoles d'hygiène des mains conformes aux recommandations sont affichés à chaque point de lavage de main (vestiaires – toilettes – salle de soins...). Le personnel dispose également de solution hydro alcoolique sur les chariots de soins et dans les couloirs.

✓ **Prévention vaccinale et nosocomiale**

L'établissement encourage les résidents et le personnel à se faire vacciner contre la grippe, le Covid et le pneumocoque, en l'absence de contre-indication. La vaccination contre le tétanos est obligatoire. Les dates de vaccination figurent dans le dossier de soins de chaque résident.

I-5-3 - La prévention des risques liés à l'environnement et aux fonctions logistiques

✓ **Lutte contre les risques d'attentats** : un signalement existe à l'entrée de l'établissement

Une fiche de sécurité a été rédigée en 2017 et mise à jour en 2019. Celle-ci précise les points d'accès de l'établissement, le nombre de résidents dont ceux à mobilité réduite et les conduites à tenir.

✓ **Maîtrise de la qualité de l'eau**

L'établissement applique la circulaire 2005-493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionnelles. Ainsi, des contrôles annuels de la qualité de l'eau sont réalisés par un laboratoire indépendant.

Par ailleurs, l'établissement assure la mise en place des préconisations du cahier sanitaire (prise des températures, remplacement régulier des flexibles et des pommeaux de douche,...).

✓ **Maîtrise des températures**

Les pièces collectives (salles à manger, salon, bibliothèque et couloir du 3^o et dernier étage) sont climatisées.

✓ **Sécurité et hygiène alimentaires**

L'arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective est appliqué par le personnel de la société de restauration qui intervient dans l'établissement. L'ensemble des conditions d'hygiène (normes HACCP) est appliqué et fait l'objet de protocoles et procédures. Un laboratoire vient vérifier régulièrement et inopinément l'application des protocoles et procédures et effectue des analyses de contrôles.

✓ **Lutte contre le tabagisme**

La circulaire du 12 décembre 2006 relative à la lutte contre le tabagisme est appliquée dans l'établissement pour les lieux collectifs. Un document affiché à l'entrée de l'établissement. Pour des raisons de sécurité, les résidents, les proches et le personnel fumeur sont invités à fumer dans le lieu prévu à l'extérieur.

✓ **Hygiène du linge**

La maîtrise de l'hygiène du linge des résidents est devenue indispensable afin de prévenir les contaminations. Le circuit et le stockage du linge propre et linge sale sont conformes à la démarche RABC (analyse des risques et maîtrise de la biocontamination).

✓ **Gestion des déchets**

Une procédure définit l'organisation mise en œuvre afin de trier, stocker et acheminer les déchets et plus particulièrement les DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques infectieux). Un contrat avec un prestataire d'élimination des DASRI est signé.

✓ **Gestion des animaux de compagnie**

Les animaux de première et seconde catégorie tels que définis à l'article 211-1 du code rural sont interdits.

Les autres animaux de compagnie sont, avec accord préalable de la direction, acceptés dans l'établissement, sous condition de ne pas occasionner de gêne pour les autres résidents ou pour le fonctionnement de l'établissement et dans les conditions définies dans le contrat de résident.

Les animaux doivent être vaccinés, tatoués et assurés. Ils doivent être gérés par le résident et sa famille et tenus en laisse, en dehors du logement du résident.

I-5-4 - Sécurité des biens des résidents

✓ **Accès à un coffre**

Pour des raisons de sécurité, l'établissement propose aux résidents qui le souhaitent de déposer leurs biens de valeur dans le coffre-fort collectif de l'établissement. Les dépôts et retraits sont consignés sur une fiche (par résident) à chaque opération et signée par le membre du personnel, le résident ou son représentant.

Les résidents disposent également d'une caisse métallique inamovible dans le placard de leur chambre à fermeture à clef.

✓ **Protection juridique**

L'Association Vermeil a souscrit à une assurance responsabilité civile pour l'ensemble des résidents hébergés à titre permanent.

I-6 ENVIRONNEMENT ET BESOINS TERRITORIAUX

I-6-1 - Démographie nationale

- Au 1er janvier 2019, la France compte 67 millions d'habitants. Avec l'allongement de la durée de vie, la population française continue de vieillir. En 2019, les personnes de 60 ans ou plus représentent 26.61 % de la population dont 35.70 % sont âgées de 75 ans ou plus.

	Hommes	Femmes	Ensemble
Population totale	32 397 179	34 666 524	67 063 703
Moins de 20 ans	8 223 424	7 861 319	16 084 743
de 20 à 59 ans	16 291 340	16 837 380	22 128 720
60 ans ou plus	7 882 415	9 967 825	17 850 240

Commentaire

Source : Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2020

Le nombre de personnes de plus de 75 ans a augmenté de plus de 23 % en 10 ans.

En France, l'espérance de vie est de 79.7 ans pour les hommes et 85.6 ans pour les femmes.

I-6-2 - Démographie régionale et locale

Départements	60 à 74 ans	75 ans et plus	Population 2020
02 Aisne	98 046	48 946	531 000
59 Nord	405 380	196 294	2 606 200
60 Oise	134 365	61 127	825 000
62 Pas-de-Calais	255 788	119 287	1 457 000
80 Somme	100 734	51 119	569 800

Aisne : perte de 1750 habitants entre 2013 et 2020.

Au 1^{er} janvier 2020, la région Hauts-de-France compte 6 023 336 habitants. 1 471 086 personnes ont plus de 60 ans. Elles représentent un peu plus de 24 %.

I-6-3 - Taux d'équipement « personnes âgées » Accueil des

Les Hauts de France comptent 1073 établissements et services d'accueil des personnes âgées, dont 44 858 places dans 579 EHPAD (source ARS Hauts de France).

Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2017

	plus) (1) <i>Taux d'équipement en place (pour 1000 pers de 75 ans et plus</i>	EHPAD nbre de places	Maison de retraite non EHPAD	Résidence autonomie nbre de places	Soins infirmiers à domicile nbre de places	Soins de longue durée Nbre de lits
Aisne	156	5 332	0	449	1 424	255
Nord	166	19 705	101	5 170	5 683	998
Oise	184	6 275	63	2 609	1 374	703
Pas-de-Calais	150	10 488	58	3 357	3 483	578
Somme	142	4 900	18	295	1 383	478

- Sources : Drees, Finess, SAE ; Insee, estimations de population provisoires arrêtées fin 2018.

I-6-4 - Orientations gérontologiques départementales : le projet régional de santé

Le projet régional de santé (PRS) 2018 - 2028 définit la politique de santé de la région des Hauts de France, en cohérence avec la stratégie de santé nationale.

Rappel des orientations et des priorités du PSRS (Plan Stratégique Régional de Santé) concernant les personnes âgées (domaine accompagner le vieillissement et soutenir les aidants) :

Objectif 1	Prévenir et repérer la perte d'autonomie
	L'accompagnement des projets locaux de prévention : <ul style="list-style-type: none">✓ encourager des programmes sur les maladies neurodégénératives (Parkinson et sclérose en plaques)✓ déploiement de programmes sur la maladie d'Alzheimer✓ analyser les programmes expérimentaux personnes âgées existants sur les syndromes gériatriques.
Objectif 2	Soutenir les aidants et les accompagner au quotidien
	Amélioration du soutien apporté aux aidants : <ul style="list-style-type: none">✓ créer les conditions permettant aux aidants de se reconnaitre comme tels✓ identifier les besoins des aidants et les situations à risque✓ mettre en œuvre des évaluations spécifiques✓ proposer des formations✓ reconnaitre le droit au répit✓ réorganiser et renforcer l'offre diversifiée de répit et d'accompagnement adapté
Objectif 3	Ajuster l'offre sur les territoires selon les besoins identifiés
	Adapter les moyens et les dispositifs des filières gériatriques hospitalières et de leurs partenaires : <ul style="list-style-type: none">✓ permettre l'accessibilité en proximité, des soins de suite « affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante et ou à risque de dépendance », des USLD et des SSIAD dédiés à des prises en charge spécifiques

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ objectiver l'apport de certains dispositifs notamment entre secteurs sanitaire et médico-social ✓ organiser des réponses spécialisées et graduées pour les soins palliatifs, l'onco-gériatrie et les personnes handicapées vieillissantes
Objectif 4	Améliorer l'articulation des dispositifs et acteurs sur les territoires
	<p>Améliorer la connaissance et la lisibilité de l'offre pour les usagers et professionnels afin de mieux orienter les personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ partager des outils communs pour fluidifier l'information acteurs/usagers et les relations professionnelles. ✓ décloisonnement entre dispositifs et acteurs notamment sur l'accompagnement en psychogériatrie ✓ améliorer les parcours des personnes âgées par un accompagnement structuré et de qualité (articulation des dispositifs de coordination Ville-Hôpital-EHPAD)
Objectif 5	Développer la culture commune et la formation gériatrique
	<p>Elaborer ou soutenir le développement de formations/sensibilisations des professionnels à l'accompagnement et aux prises en soins des personnes âgées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ renforcer les compétences sur le champ de la personne âgée (pathologies et syndromes) pour une montée en qualité des dispositifs et l'harmonisation des pratiques gériatriques ✓ permettre une montée en qualité du repérage, de l'alerte, des diagnostics, des suivis et de l'accompagnement des personnes

II PROJETS DE VIE, D'ACTIVITÉS ET DE SOINS

II-1 LE PROJET DE VIE de l'ÉTABLISSEMENT

« Ce que vous faites pour moi sans moi, vous le faites contre moi » Nelson MANDELA

Fondé sur des valeurs humaines, **le projet de vie** est exclusivement centré sur la personne âgée et tous les acteurs de son environnement. Il lui appartient de gérer les aspects relationnels au sein de la structure. Le principe du projet est d'accompagner, sans se substituer pour autant à l'autonomie décisionnelle de la personne âgée devenue « résident », de proposer et non d'imposer, de suggérer et non de catégoriser.

Le projet de vie consiste à « prendre soin » de la personne âgée, en formant un soutien à la vie. Sa mise en œuvre est destinée à favoriser la qualité de vie des personnes âgées. La Résidence Saint-Léger se veut être « un lieu de vie jusqu'au bout de la vie ».

Qu'est-ce qu'être vieux ?

La personne âgée est avant tout une personne, avec sa personnalité propre issue de son héritage génétique, de son vécu, de ses expériences, de ses qualités psychiques, physiques et intellectuelles.

Cette personne devient donc "personne âgée" avec le bagage de toute sa vie.

Devenir personne âgée, c'est alors prendre en compte de multiples sphères qui vont engendrer des changements plus ou moins profonds, plus ou moins irrémédiables.

C'est d'abord le marqueur chronologique qui désigne la personne comme "âgée". Selon l'OMS, on est en effet considéré comme âgé à partir de 60 ans. C'est ensuite un processus biologique par lequel l'organisme subit une série de transformations physiques entraînant la dégénérescence cellulaire et provoquant son affaiblissement.

Ce processus entraîne alors des changements tels que la perte de la force musculaire, la fragilité des os, une possible atteinte des organes sensoriels (ouïe, vue...), des transformations physiques (rides, cheveux blancs...), une baisse des aptitudes cognitives (perte de la concentration, de la mémoire...), une possible atteinte neurologique (avec apparition de pathologies spécifiques) et psychologiques (dépression, sentiment d'inutilité...).

Face à ces changements, la personne âgée peut devenir vulnérable et ne plus posséder les réserves physiologiques et psychiques nécessaires pour surmonter les épreuves du quotidien.

Le choix peut alors se faire de s'orienter vers un d'établissement afin d'être soutenu et accompagné tant physiquement que psychologiquement et d'éprouver un sentiment de sécurité dans ce chemin - parfois chaotique - qu'il reste à parcourir.

II-1-1 - L'accueil personnalisé

II-1-1-1 Horaires d'ouverture de l'accueil

L'accueil est ouvert de 8 heures à 12 heures et de 14 heures à 18 heures sauf les dimanches et les jours fériés.

II-1-1-2 Modalités de demande de renseignements

L'accueil téléphonique est assuré par le secrétariat. En dehors des heures d'ouverture, le téléphone est transféré sur l'ensemble du personnel. En ce qui concerne les questions spécifiques, la communication est transmise directement aux personnes et services concernés, qui disposent d'une boîte vocale pour prendre les messages. Les informations peuvent être communiquées par courriel (accueil@residence-saint-leger.fr).

Par ailleurs, les personnes intéressées peuvent se rendre sur le site internet de l'établissement (residence-saint-leger.fr) et sur le Facebook <https://www.facebook.com/Résidence-Saint-Léger-813267435446785/>

II-1-1-3 Documentation mise à disposition

La demande d'inscription est réalisée à réception du dossier avec les éléments suivants :

- le dossier individuel et le dossier médical (conforme au document CERFA en vigueur dans les EHPAD)
- une fiche de renseignements
- le livret d'accueil avec la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- la plaquette d'information de l'établissement avec tarifs en vigueur.

Lors de la réception du dossier, le médecin coordonnateur donne son avis.

Un courrier de confirmation d'inscription est envoyé à l'intéressé. Une relance semestrielle doit être effectuée par le postulant ou sa famille, faute de quoi le dossier sera classé sans suite.

Un courrier d'information expliquant que l'une des prochaines chambres sera proposée au postulant est également envoyé lorsqu'une disponibilité se rapproche.

Lors d'une vacance de chambre, un appel téléphonique est organisé et une visite de préadmission programmée.

La décision finale ne sera prise qu'après une visite de préadmission.

II-1-1-4 La préadmission

La commission d'admission, composée du médecin coordonnateur, de la psychomotricienne et de l'infirmière coordinatrice, rencontre le futur résident et ses proches afin de s'assurer que la résidence est en adéquation avec les besoins du résident et peut répondre à ses attentes. Cette visite est un moment privilégié et précieux dans l'accompagnement du futur résident car elle permet de rechercher son consentement éclairé.

Le but de ce rendez-vous est d'effectuer :

- une évaluation gériatrique standard : statut cognitif, recherche de complications, autonomie, poly-pathologies.
- un bilan psychomoteur

L'avis est transmis à la direction afin d'éclairer sa prise de décision. Celle-ci s'assure du consentement du résident, dans la mesure du possible.

Cette pré-admission est mise en place pour les futurs participants de l'accueil de jour et pour les futurs résidents de l'EHPAD.

Une visite à domicile s'ajoute pour les futurs participants de l'accueil de jour afin de recueillir leur histoire de vie et d'organiser le transport.

II-1-1-5 Modalités d'admission

Avant l'entrée

Avant son entrée dans la structure, une visite de l'établissement est systématiquement reproposée au résident et à ses proches. Le fonctionnement de l'établissement est expliqué lors de cette rencontre.

Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont remis pour signature.
Les prescriptions sont transmises à l'équipe médicale.

L'infirmière coordinatrice contacte le résident et/ou ses proches, elle recueille les habitudes de vie et la gestion médicale. Une procédure « entrée d'un résident » est mise en œuvre.

Les proches ont la possibilité d'aménager la chambre de leur parent.

La chambre est préparée avec attention (désinfection, si besoin rénovation, vérification des installations...).

A l'entrée

Un livret d'accueil personnalisé et un bouquet de fleurs sont offerts. Une carte de bienvenue et une corbeille de fruits sont déposées à l'attention du résident dans sa chambre.

Afin d'accueillir au mieux le nouveau résident, les résidents et les équipes sont informés de son arrivée par note écrite et lors des transmissions. Les bénévoles et le conseil d'administration sont également informés, par mail.

II-1-1-6 Procédure d'accueil du résident

Un membre de l'équipe accompagne le résident et ses proches à sa chambre. Une explication est donnée sur le fonctionnement du matériel, notamment la sonnette d'appel, le téléphone.

Il est remis au résident la clef de la chambre, s'il le souhaite, et le livret d'accueil. Un état des lieux est inséré dans le contrat de séjour. Les différentes fonctionnalités de la chambre sont présentées.

Le personnel référent se présente.

L'infirmier(e) vérifie le recueil de données médicales et les habitudes de vie avec le résident et ses proches dans la chambre. Le dossier individuel est ainsi complété et porté à la connaissance des professionnels via le logiciel soins.

L'ensemble du personnel sera attentif à l'accompagnement durant plusieurs jours ou semaines. Si besoin, les services proposés seront adaptés.

Le résident sera accompagné en salle restaurant et il sera présenté aux résidents de sa table.

Une visite pourra être à nouveau organisée afin d'aider le résident à se repérer dans les locaux

Lors de la pré-admission, les évaluations ALGO PLUS, NORTON et GET UP AND GO et la pesée du résident sont réalisés. Les données sont enregistrées dans le logiciel soins.

L'intégration

Les équipes veillent à la bonne intégration de la personne. Chaque professionnel se présentera progressivement sur la semaine et expliquera son rôle. Lors des réunions de transmission, le personnel renseignera le recueil des sentiments du résident aussi bien concernant ses besoins exprimés que les messages non verbalisés (repli – pleurs...). Des transmissions seront notifiées dans le dossier du résident.

Un recueil de données d'observation sera ainsi réalisé par l'ensemble des équipes au cours des deux premiers mois. Les éléments recueillis seront utilisés pour l'élaboration du projet personnalisé du résident.

Un entretien est également organisé avec le psychologue.

La direction reçoit le résident et sa famille à 2 reprises après l'entrée pour finaliser la signature des documents administratifs et "faire le point". Ce moment permet d'adapter les services et de recueillir le ressenti du résident et de ses proches. Ce lien est indispensable pour nouer une relation de confiance et inciter le résident et sa famille à s'exprimer.

Entrée et sortie

Les résidents sont libres d'aller et venir à tout moment de la journée. Un digicode et sonnette sont à la disposition des résidents ou de leurs proches. Il s'agit d'une sécurité pour contrôler les risques d'intrusion intempestive.

Pour des raisons de sécurité, les résidents accueillis au Cantou ne peuvent sortir seuls. Les « entrées-sorties » sont gérées par un système de digicode.

II-1-2 - Le recueil des consentements

Concernant l'accueil

Avant toute entrée, la Direction, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et la psychomotricienne prennent soin de s'assurer que la personne entre de son plein gré.

Pour les personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée à un stade avancé, un échange est réalisé avec la famille et les proches en présence si possible du résident afin de l'intégrer au mieux dans cette démarche d'accueil.

Concernant les soins et accompagnement

Lors de l'entrée, les souhaits du résident concernant son rythme de vie, son degré souhaité de participation à la vie de la maison, les modalités d'éventuelles hospitalisations, l'organisation des rendez-vous médicaux extérieurs, de gestion de la douleur et de la fin de sa vie lorsqu'il les exprime, sont inscrits dans son dossier. Ainsi, les directives anticipées pourront être respectées ou, en tous les cas, transmises au médecin traitant et aux proches.

Par ailleurs, un référent familial est nommé lors de l'entrée. Cette personne sera ainsi l'interlocuteur pour l'établissement et sera informée (après accord du résident) des problématiques administratives et médicales de son parent, sauf lors de mise sous protection juridique. Dans ce cas, le curateur ou tuteur sera obligatoirement notre interlocuteur.

Concernant le respect des volontés

Lors du décès, dans les limites de la loi, les volontés exprimées par le(a) résident(e) sont scrupuleusement respectées. Si aucune volonté n'a été notifiée, les mesures nécessaires sont arrêtées avec l'accord de la famille ou des proches.

II-1-3 - Projet Personnalisé du Résident

Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2010 renforcent le droit des personnes accueillies à disposer d'un accompagnement adapté et les prennent en compte dans leur diversité : leurs besoins, leurs attentes, leurs désirs, leurs fragilités mais aussi et surtout leurs potentialités. Le Projet Personnalisé du Résident définit les objectifs de prise en charge du résident et les prestations qui lui sont délivrées.

Cette reconnaissance des usagers en tant que personnes se décline à travers le projet d'établissement, l'expression des usagers, le contrat de séjour mais aussi par l'élaboration d'un projet personnalisé.

L'établissement a mis en place des référents. Le référent est un relais entre le résident, son entourage et l'équipe interprofessionnelle. Le référent est ainsi le porte-parole du résident et de ses proches. Il accueille, recueille et transmet les informations (histoire de vie, habitudes, activités, etc... regroupées dans un carnet de bord) s'il l'accepte et entre les données sur le logiciel «soins» afin d'en faciliter la communication à l'ensemble des professionnels. Ces données viennent ainsi alimenter le recueil pour l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé.

Le projet personnalisé finalisé est présenté au résident et/ou sa famille quelques mois après l'entrée. Il est signé par les parties. Il est réévalué 1 fois par an dans le cadre des réunions pluridisciplinaires.

Les habitudes de vie seront réévaluées tout au long du séjour. L'accompagnement sera adapté selon les besoins identifiés ou demandés par le résident et/ou ses proches.

L'équipe élabore des astuces d'apaisement afin de canaliser les angoisses des résidents désorientés et les fait figurer dans le Projet Personnalisé du Résident.

II-1-4 - L'organisation de la vie sociale

II-1-4-1 Le Conseil de la Vie Sociale

Conformément au décret du 2 novembre 2005, le conseil de vie sociale est composé de représentants des résidents, des familles, des salariés, du Conseil d'Administration, et du Directeur à titre consultatif.

Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne
- les projets de travaux et d'équipement
- l'affectation des locaux collectifs
- la satisfaction des résidents
- les activités et services thérapeutiques
- la nature des services rendus
- l'entretien des locaux

Le Président et son suppléant sont élus au scrutin secret et à la majorité des votants par et parmi les membres représentant les personnes accueillies. Le Directeur ou son représentant siège avec voix consultative.

La durée du mandat est de trois ans dans notre maison.

Le CVS se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son Président qui fixe l'ordre du jour, au moins 8 jours avant la date fixée. Le service administratif de la maison apporte son aide à la réalisation des documents.

Une liste des membres du Conseil de Vie Sociale est remise avec les documents lors de chaque entrée et est affichée dans l'établissement.

Les coordonnées des représentants sont communiquées à tous (familles, résidents, bénévoles, personnel) avant chaque réunion, via le mail qui leur est adressé et dans lequel ils peuvent prendre connaissance de l'ordre du jour et de la possibilité qui leur est offerte de prendre contact avec leur représentant, pour tous points qu'ils voudraient voir aborder.

II-1-4-2 L'intégration des familles ou proches et leur participation

Afin de maintenir les liens et favoriser les relations avec les proches des résidents, plusieurs actions sont mises en place :

- la désignation d'un référent familial (cf. II-1-2 - Le recueil des consentements).
- des panneaux d'affichage sont destinés à l'information des résidents et de ses proches.
 - o les réunions CVS y sont indiquées. Des référents familles sont élus pour le CVS et sont ainsi leurs interlocuteurs pour toutes questions à aborder lors des réunions CVS.
 - o les dates des commissions de menus. Les résidents sont invités à y participer.
- les visites sont possibles à tout moment – de 8 h00 à 18h00 et 24h/24h pour les personnes en fin de vie -. Les parties collectives sont à leur disposition.
- les proches peuvent prendre un repas avec leur parent.
- les familles peuvent sortir avec leur parent à leur convenance.
- le salon de coiffure peut être utilisé par les familles ou les proches hormis les jours de présence de la coiffeuse.
- le site internet et l'espace Facebook facilitent la communication et l'information
- des moments forts et familiaux auxquels sont conviés les familles, les bénévoles et le personnel sont organisés plusieurs fois par an : soirée beaujolais nouveau, repas familial de Noël, auberge espagnole en été et brocante.



La Direction, l'infirmière coordinatrice et le médecin coordonnateur sont à la disposition des proches pour répondre à leurs interrogations.

II-1-4-3 Commission mise en place

Une commission « restaurant » est organisée tous les mois. C'est un moment d'échanges où les résidents peuvent s'exprimer sur le fonctionnement de la restauration et plus particulièrement sur la qualité des repas. Elle se déroule pendant le café, après le déjeuner : le chef de la cuisine, l'une des référentes nutrition et/ou l'infirmière coordinatrice se rendent en salle à manger, s'assoient avec les résidents et discutent de la restauration.

II-1-4-4 Système et circulation de l'information

Courrier

Le courrier est distribué chaque jour dans les boîtes aux lettres afin d'inciter les résidents à se déplacer et à rencontrer d'autres personnes.



Affichage

Nous avons plusieurs affichages sont proposés à l'accueil et dans les ascenseurs à destination des résidents et des proches.

Le journal hebdomadaire (Echo de la résidence)

Le journal est distribué chaque lundi. Il comporte le calendrier hebdomadaire des activités proposées mais également des informations sur la vie de la maison (les mouvements des résidents, les anniversaires...). Ce journal comporte également des jeux, devinettes, mandalas, culture générale...

Réclamations

Une fiche de « progrès » existe, et une boîte permet de déposer des observations : boîte à idées.

La direction et l'équipe médicale privilégient la communication au fil de l'eau et suscitent les échanges. La direction reste disponible également par mail. Tisser des liens de confiance avec les proches est primordial pour un accompagnement de qualité.

II-1-5 - Ethique et mise en œuvre de la Bienveillance

II-1-5-1 La Charte : Garantir le respect des droits et libertés des personnes accueillies

La Direction et l'équipe encadrante sont attentives à ce que l'ensemble du personnel et les intervenants respectent les droits et libertés des personnes accueillies à savoir :

le principe de non-discrimination	le droit à la renonciation
le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté	le droit au respect des liens familiaux
le droit à l'information	le droit à la protection
le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne	le principe de prévention et de soutien
le droit à l'autonomie	le droit de la dignité de la personne et de son intimité.
le droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie	le droit à la pratique religieuse

Le projet de vie est guidé par la charte des droits et libertés de la personne accueillie, élaborée en 2003.

La charte est affichée et annexée au règlement de fonctionnement.

II-1-5-2 Les droits et libertés

○ **Lutte contre la maltraitance**

La Direction et le personnel d'encadrement se doivent d'être attentifs à tout risque de maltraitance. A chaque recrutement ou arrivée de stagiaire, une sensibilisation est réalisée.

Les professionnels sont sensibilisés à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance notamment lors des réunions de synthèse et par le biais de formations. Par ailleurs, une vigilance et une attention particulière sont apportées lors des réunions de transmissions et plus particulièrement lorsqu'un membre du personnel signale des difficultés de prise en charge.

Un protocole de définition de la maltraitance est formalisé ainsi qu'une procédure de signalement. Le circuit interne de signalement d'un cas de maltraitance est connu par l'ensemble des salariés. Des fiches de signalement sont à la disposition des professionnels. D'autre part, les groupes de paroles à destination du personnel sont mis en place de manière régulière. La lutte contre la maltraitance fait partie des sujets évoqués.

En cas de faits de maltraitance avérée, la Direction effectue une sanction disciplinaire, qui peut aller jusqu'au licenciement, et transmet un signalement d'événements indésirables auprès de l'ARS et du Conseil Départemental. Une analyse et une réflexion des causes sont ensuite engagées.

Les coordonnées ALMA (Allo Maltraitance des Personnes Agées) sont affichées.

Deux questionnaires par an sont effectués auprès de l'équipe : « risques maltraitance institutionnelle », et « auto évaluation sur le risque de maltraitance » à visée pédagogique.

○ **Liberté de pratique d'un culte**

Toutes les religions sont respectées.

L'établissement s'engage à informer les résidents des lieux de culte de proximité.

L'établissement dispose d'une petite chapelle.

Une célébration catholique a lieu 2 fois par mois et chaque dimanche la messe télévisée avec proposition de la communion (pour ceux qui le souhaitent).

Le personnel assure l'accompagnement des résidents si besoin.



- **Dignité des personnes accueillies**

Définition : il s'agit du respect de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité des personnes.

Tous les résidents sont des personnes singulières. Le respect d'une personne passe par la préservation de son identité. Ces principes imposent l'existence d'un espace privé, réservé à la personne concernée qui est seule en droit de décider qui peut ou non intervenir et jusqu'à quel point.

Cela implique qu'il n'est pas permis de s'introduire dans sa chambre sans son autorisation, ni fouiller et encore moins de s'emparer de ses affaires ou de son courrier. De même la personne garde sa liberté de choisir son mode de vie et notamment le choix d'utiliser l'espace qui lui est attribué selon ses désirs, ainsi que la manière dont elle choisit de se soigner (ou d'être soignée).

Le personnel doit ainsi avoir une capacité d'adaptation à chaque résident.

Afin de respecter le résident en tant que personne à part entière, le recueil sur ses habitudes et ses choix de vie est mis en place dès l'entrée et complété au fur et à mesure de notre connaissance de la personne. Le PPR (Projet Personnalisé du Résident) permet à chaque membre de l'équipe de connaître le résident et de respecter ses souhaits.

Ce recueil est notre document de référence dans l'accompagnement du résident.

L'ensemble du personnel est attentif à assurer les interventions dans le respect de la personne. L'établissement reconnaît aux résidents, le droit au « refus de soins ».

La logique de soin et la prévention de la maladie peuvent aller à l'encontre des désirs profonds des personnes prises en charge. Dans ce cas, une réflexion est menée de manière collégiale et un accompagnement spécifique du résident et de sa famille est mise en œuvre.

II-1-6 - L'insertion de l'établissement dans le contexte territorial : un réseau de partenaires

La Résidence Saint Léger s'inscrit dans un réseau gérontologique de soins et d'accompagnement pour assurer une prise en charge globale des résidents accueillis.

- **Réseau « soins » : pour un parcours de soins cohérent et sécurisant**

Pour mener à bien ses missions et objectifs, la Résidence Saint Léger a développé des partenariats et conventions avec des structures du champ sanitaire et médico-social :

- le réseau de soins palliatifs CECILIA
- le service de psychogériatrie : Centre hospitalier de la Fère et de Prémontré
- l'association France Alzheimer

- le pharmacien référent
- le laboratoire de biologie médicale
- la diététicienne de la société de restauration
- l'association JALMALV : Jusqu'À la Mort Accompagner La Vie
- l'association VMEH (Visite des Malades dans les Établissements Hospitaliers)
- les cabinets d'orthophonistes, les kinésithérapeutes, les pédicures...
- l'infirmière de Bastide (matériel médical)

- **Réseau « activités » : développer un parcours de vie sociale**

- les écoles,
- la plateforme Culture à vie,
- l'association Siel bleu,
- l'atelier musical,
- l'Institut Medico Éducatif de Belleu,
- le lycée Saint Vincent de Paul,
- la chorale « atout cœur »,
- l'association de Biodanse,
- le lycée Gérard de Nerval,
- la crèche Pas à pas,
- le collège de Cuffies,
- l'Établissement pour l'Insertion Dans l'Emploi de Toulouse.

- **Réseau « accompagnement » : Offrir un parcours de coordination locale**

- CLIC et ESA
- La MAIA

- **Réseau «logistique » :**

- Unadere (centrale d'achats)
- Fédération assurant des mises à disposition de services civiques (UNIOPSS/URIOPSS)
- FEHAP

II-1-7 – Les services proposés

II-1-7-1 La restauration

✓ Organisation

Les repas sont préparés à la Résidence par des cuisiniers de la société de restauration selon une planification établie par une diététicienne.

La direction assure la validation des propositions de menus.

Des menus à thème sont régulièrement proposés notamment selon les fêtes calendaires.

Les menus hebdomadaires sont affichés à l'entrée du restaurant et dans les ascenseurs. Ils sont également distribués à chaque résident.

Une carte de saison est mise en œuvre. Cette carte permet ainsi aux résidents de choisir, avec l'aide d'une aide-soignante si besoin, un menu de substitution parmi les choix proposés. Chaque résident construit ainsi son menu à la semaine.

✓ Les salles de restauration

Il existe une salle de restauration et des salles à manger au PASA, CANTOU, Accueil de jour.

Les résidents qui reçoivent des proches pour un repas peuvent bénéficier d'une table réservée ou d'une salle privatisée pour les repas de famille.

Sur condition, les résidents et leurs proches peuvent bénéficier de salles spécifiques pour des repas des familles.

La salle de restaurant comprend essentiellement des tables de quatre. Une place est attribuée à chaque résident. Le résident peut demander de changer de table selon les disponibilités.



✓ **Service et accompagnement (aide aux repas)**

Les résidents ayant besoin d'un accompagnement pour les prises des repas sont aidés par les soignants dans la salle de restaurant ou en chambre.

✓ **Les plats de substitution**

A chaque entrée d'un résident, un recueil des habitudes alimentaires est mis en place via le logiciel de soins.

✓ **Les repas spécifiques selon prescriptions médicales**

Les cuisiniers préparent avec attention les repas des résidents devant suivre un régime alimentaire spécial (sans sel, sans résidu, haché, mixé...) sur prescription médicale.

II-1-7-2 L'entretien des locaux

Le personnel agent hôtelier et/ou agent de soins assure l'entretien des espaces communs et individuels selon un planning défini.

Un passage journalier, dit « passage rapide » est prévu pour l'entretien quotidien des chambres. Un planning hebdomadaire est organisé pour un ménage plus important.

Le rôle principal des agents hôteliers et/ou agent de soins est de maintenir l'environnement des résidents propre et accueillant dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité. Les agents de soins peuvent également accompagner les résidents dans les actes de la vie quotidienne tels que les aides à la toilette, à l'habillage. Les agents hôteliers et les agents de soins participent aux déplacements dans l'établissement, au service à table, et à l'aide aux repas.

II-1-7-3 L'entretien du linge

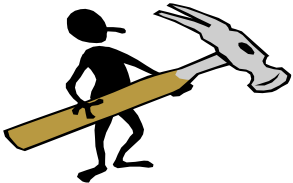
- **Le linge mis à disposition des résidents**

L'établissement fournit et entretient le « linge de maison » à savoir les draps, taies d'oreiller ainsi que les serviettes et gants de toilette. La méthode RABC (Analyse du Risque et le Contrôle de Bio contamination) est respectée.

- **Le linge des résidents**

Les proches ont la possibilité d'assurer l'entretien du linge de leur parent par eux-mêmes ou de faire appel à une blanchisserie extérieure.

II-1-7-4 La maintenance



Les réparations sont assurées par l'agent technique de l'établissement. De même, il assure le suivi des maintenances. Plusieurs contrats de maintenance préventive ont été conclus avec des sociétés extérieures (cf chapitre sécurité).

Objectifs d'amélioration :

- animer et faire vivre notre politique bienveillance
- mener une réflexion pour l'amélioration de la qualité de l'entretien des chambres
- développer l'accueil temporaire des participants de l'accueil de jour pour soulager les familles et les aidants, lorsqu'une chambre se libère, dans l'attente de l'arrivée du nouveau résident pour se préparer matériellement et psychologiquement, sans entraîner de perte de recettes pour l'établissement.

II -2 LES ACTIVITÉS



La mise en place des activités s'inscrit dans le projet d'établissement. Elle vise à développer une ambiance positive et chaleureuse dans l'établissement, un climat favorable aux relations humaines. Le projet d'activités a été travaillé par la commission éthique en 2011 et voté par le Conseil d'Administration. Il est toujours d'actualité.

Il s'articule sur le plan suivant :

- sources de références
- objectifs
- moyens humains
- moyens matériels
- démarche

II-2-1 - Les sources

✓ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante :

Article 6 : « Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent, même chez des personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère.

Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée.

Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées.

Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter ».

✓ Charte de l'animation en gérontologie :

Article 2 : « L'animation en gérontologie est un ensemble coordonné d'actions diverses et adaptées, en lien avec le vécu des personnes âgées.

Elle vise une réponse aux attentes et aux besoins des personnes âgées en vue du maintien et du développement de leur vie relationnelle, sociale et culturelle.

Elle se situe dans une perspective d'accomplissement de l'Être humain, dans le respect de ses capacités et l'expression de ses aspirations.

✓ **Nos idées de 1990 au sujet de la vie dans l'établissement ... Toujours d'actualité :**

Extrait du projet de création de la maison en 1990 :

« Au lieu d'attendre la mort, nous avons choisi de la défier en exaltant la vie. Ce n'est plus la guérison d'une déficience qui centre l'action, mais le parti pris de dynamiser les capacités restantes.

C'est un choix, dicté par le fait que, si on ne peut guérir ni de la vieillesse ni de la mort, on peut entreprendre de vivre le plus humainement possible.

En choisissant comme devise « Un lieu de vie jusqu'au bout de la vie », nous affichons notre détermination à privilégier la qualité de vie de la personne plutôt que la durée de vie de l'individu. Autrement dit, de donner de la vie aux années et non des années à la vie (...)

Il a été constaté que le mauvais vieillissement n'est pas inéluctable, que les diminutions physiques et psychiques peuvent être ralenties, que des potentialités peu utilisées peuvent être valorisées, que les angoisses de la fin de vie peuvent être adoucies.

C'est dans cet esprit que les membres de l'Association Vermeil ont élaboré un projet de vie concrétisé par :

Une résidence ouverte sur l'extérieur, accueillante et chaleureuse à l'intérieur.

Nous avons trouvé nécessaire, pour répondre aux besoins des résidents (...)

- *De créer des lieux de rencontre et de détente à tous les étages*
- *D'ouvrir la résidence sur l'extérieur à la fois par l'accueil des familles et des amis et par des activités extérieures*
- *De prévoir une animation permettant à chacun d'utiliser ses talents manuels ou artistiques et de s'exprimer, de réapprendre ou continuer à mémoriser le passé récent, de réapprendre ou de poursuivre la connaissance de l'espace et du temps, de réapprendre ou de continuer à s'exprimer, à communiquer avec les autres et à s'adapter à eux, de recréer et/ou harmoniser son univers intérieur.*

Nous essayons d'atteindre ces objectifs fondamentaux en utilisant des activités qui en facilitent l'acquisition : la rééducation de la mémoire par les groupes de mémoire, la concentration et la rééducation de la perception par des activités d'éveil sensorielles et motrices et par le travail du rythme ; les relations interpersonnelles par la communauté, le chant, la fête; les fonctions créatives par le dessin, etc. ; la détente, la joie, les réminiscences,

selon le type des œuvres musicales diffusées ; le plaisir, par la gastronomie et les séjours de vacances organisés par la Résidence avec la présence du personnel et des familles bénévoles. »

II-2-3 - Les objectifs

Le choix des activités mises en place vise les objectifs suivants :

→ avoir un rôle social :

Participer à la vie quotidienne de la Résidence (commission restaurant, décoration de la maison à Noël, pliage du linge, épiluchage des légumes, accompagnement des défunts...).



→ préserver une image positive de soi-même :

Atelier esthétique, balnéothérapie, coiffeur, relaxation ...

→ favoriser les liens familiaux, amicaux et sociaux :

Projets intergénérationnels, soirée à thème, anniversaires des résidents...



→ se faire plaisir :

Jeux, loto, promenades en véhicules en campagne, tricycles, restaurant, gourmandises, avoir son animal de compagnie ...

→ continuer à produire :

Activités créatives, atelier peinture, atelier pâtisserie, participation à l'élaboration de son menu ...

→ maintenir ou restaurer l'orientation temporelle :

Fêtes traditionnelles, revue de presse, affichage des activités, écho de la résidence ...



→ maintenir son autonomie :

Gym douce, sortie sur le marché, massage, activités cognitives (scrabble, atelier mémoire, stimulation cérébrale) ...

→ pratiquer sa religion :

Messe ou célébration ...

II-2-4 - Organisation et acteurs

Les activités ne sont pas cloisonnées dans le temps et l'espace : chaque moment de la journée, chaque occasion doivent être saisis pour ajouter de la vie, à la vie des résidents.

Ceux-ci doivent pouvoir conserver un rôle dans le déroulement de leur propre vie et ne pas être les spectateurs de ce que le personnel fait pour eux et sur leur corps. L'activité doit être permanente et reposer sur les actes de la vie quotidienne des résidents. Pour (re)situer le résident dans le temps, les activités sont fixées à échéances fixes. Cela permet à chacun de se fixer un rendez-vous et un but quotidien.

Les propositions doivent être conformes à l'état de santé des résidents afin d'éviter de les mettre en situation d'échec. D'où l'importance du recueil des habitudes de vie, de l'histoire de vie, de la connaissance réciproque résident / établissement.

Pour certains, les activités collectives ne conviennent pas. D'autres, du fait de leur pathologie, de leur dépendance, de leur goût, sont dans l'incapacité de suivre une activité de groupe. Il est alors possible de proposer une prise en charge individuelle : balnéothérapie, soins du visage, ou d'inventer quelque chose : l'accompagnement du membre du personnel à la distribution du goûter dans les chambres, par exemple ou l'accompagnement du chauffeur du Pavillon Saint-Léger à l'occasion de la navette.

Pourquoi ne pas solliciter celui ou celle qui le peut encore, pour aider à la réfection de son lit, aux poussières de sa chambre, au pliage des torchons, à la mise du couvert ?

L'important est que chacun trouve son plaisir, son utilité sociale et une raison de se lever le matin.

II-2-4-1 Les ressources internes

L'Association a fait le choix de ne pas avoir d'animateur. Chaque membre de l'équipe est animateur à part entière s'il le souhaite. Ainsi les talents de chacun sont mis au profit des résidents. Les professionnels ont ainsi développé des liens privilégiés hors soins ou entretien du cadre de vie.

Les résidents sont parfois eux-mêmes animateurs de certaines activités comme la revue de presse, la distribution du goûter...

De nombreux bénévoles participent également aux activités de la résidence, selon leurs centres d'intérêts.

Ils sont accueillis depuis toujours avec plaisir à la Résidence Saint Léger, dont le projet d'établissement prévoit une large ouverture vers l'extérieur.

Une charte a été rédigée par le personnel et le conseil d'administration, grâce au support du « livret du visiteur » des VMEH (Visiteurs des Malades en Établissements Hospitaliers), à l'attention des bénévoles, de manière à ce que leurs interventions se déroulent harmonieusement, pour le plus grand bénéfice de tous.

Qu'est-ce qu'un bénévole œuvrant à la Résidence ?

C'est un visiteur qui a sollicité et obtenu l'**accord** de la Direction pour intervenir auprès des résidents.

Il œuvre **bénévolement**, sans attendre de gratification, de contrepartie ou de rémunération d'aucune sorte. Il agit **gratuitement**.

Il partage l'éthique de l'association développée dans le projet d'établissement.

Il est convié chaque année à assister à l'Assemblée Générale de l'Association.

Que fait le bénévole ?

Le bénévole n'est pas un membre du personnel : il n'est pas affecté à un poste de salarié, ne doit pas prendre d'initiative ou de responsabilité qui sont du ressort exclusif du personnel.

L'action du bénévole, c'est le « plus » :

- **plus** d'activités,
- **plus** de vie, plus d'écoute,
- **plus** d'échanges,
- **plus** de promenades,
- **plus** de musique.

Il permet une prise en charge globale du résident en personnalisant davantage encore la relation.

Quelle attitude attend-on d'un bénévole ?

❖ Discrétion et tact

Le bénévole s'intéresse à la personne humaine. Il est une présence vivante, disponible à tous, mais **jamais** envahissant.

Il ne s'impose jamais, respecte la personnalité de chacun, son intimité, son silence et garde pour lui les confidences reçues. Ce qui est vu et entendu dans l'établissement ne doit pas être divulgué à l'extérieur.

Il n'émet aucune observation ou critique sur le fonctionnement de l'établissement à l'extérieur car il est toujours possible au bénévole de s'exprimer auprès de la Direction s'il constate une défaillance, un dysfonctionnement ou proposer une amélioration.

❖ **Fidélité**

La régularité des visites est la preuve du sérieux de son engagement.

❖ **Calme**

Les visites sont faites dans le calme pour apaiser et rassurer.

❖ **Coopération**

Coopération avec le personnel, **avec lequel il entretient de bonnes relations et dont il respecte les compétences et le dévouement, sans jamais essayer de se substituer à lui.**

Son attitude ne doit pas conduire le résident à lui demander d'effectuer un acte qui doit être réalisé par un membre du personnel.

Dans le souci de préserver le personnel, il ne doit jamais formuler d'observations sur la façon d'exécuter telle ou telle mission.

Quelles règles doivent être respectées ?

- porter le badge indiquant sa qualité de bénévole
- visiter régulièrement
- observer le secret de la visite
- ne jamais apporter de médicaments ou produits illicites
- respecter les convictions religieuses et politiques
- ne se rendre dans une chambre que si le résident y convie le bénévole

Quelles missions ?

En assurant la visite des personnes âgées, les bénévoles sont souvent amenés à participer à des activités (organisées par l'établissement, ou par eux-mêmes).

Ces activités peuvent revêtir différentes formes :

- traditionnelles : anniversaires, fêtes (Noël, galettes des Rois, Pâques, 1^{er} mai, séances récréatives, goûters...),
- permanentes : ateliers d'activités manuelles, chorale, jeux, groupes de conversation...
- sorties, excursions...

Ces activités égayent le quotidien des personnes, réveillent leurs facultés, freinent leur vieillissement. Le bénévole contribue à leur « mieux-être » en vivant avec elles ces activités.

Quelle Assurance :

La responsabilité civile du bénévole, voire sa responsabilité pénale, peuvent être engagées en cas de faute. L'Association prend en charge une assurance responsabilité civile à leur bénéfice. Cette assurance couvre la responsabilité des bénévoles sauf pour ce qui a trait à des actes de nature délictuelle.

Quel management de l'équipe des bénévoles ?

Une réunion de tous les bénévoles a lieu chaque trimestre pour organiser, améliorer, partager des idées, construire des projets.

Une formation s'est déroulée en 2019 pour aider les bénévoles dans leur pratique. Les thèmes abordés étaient les suivants :

- connaître le processus de vieillissement, les effets de la dépendance dans le processus du vieillissement pour mieux l'accompagner.
- réfléchir aux besoins et aux attentes en communication des personnes en situation de vieillissement pour mieux y répondre
- mieux connaître les phénomènes de désorientation (pathologies Alzheimer et apparentées)
- accompagner dans un cadre de bénévolat
- prendre conscience de ses capacités d'écoute et de relation
- acquérir ou confirmer ses techniques d'écoute et de communication afin d'améliorer la relation d'aide.
- faire vivre chez l'autre une relation d'échange et d'empathie
- valoriser et stimuler la personne accompagnée, lui permettre de rebondir sur les pertes liées au vieillissement, en faire une « force »
- tenir compte de l'émotion de l'autre
- être en lien avec ses propres émotions

Un rassemblement annuel festif permet de se retrouver dans un cadre différent.

Une participation aux événements de la vie de la résidence (soirées, vacances, brocante, ...) et une invitation à l'assemblée générale de l'association permettent d'associer pleinement les bénévoles à la vie de la maison.

En 2019, les interventions des bénévoles correspondaient à 2.28 ETP.

II-2-4-2 Les ressources externes

La Direction, l'une des secrétaires de Direction et la psychomotricienne organisent et coordonnent les activités assurées par les bénévoles ou partenaires.

Plusieurs personnes majoritairement bénévoles interviennent dans l'établissement et participent à certaines activités comme :

- L'activité musique/musicothérapie
- la bio danse
- la médiation animale
- des ateliers thématiques
- le partage spirituel
- des visites et accompagnement à la personne
- l'accompagnement à des sorties
- les vacances
- les sorties en tricycles
- les livres lus
- la belote
- le marché du mercredi



Afin d'organiser des divertissements, nous avons recours à des intervenants de spectacles professionnels ou amateurs. Nous diversifions les interventions.

- Des activités thématiques sont proposées en lien avec la société de restauration (repas à thème, atelier culinaire...)
- Les anniversaires sont fêtés une fois par mois.
- Le partage avec des enfants dans le cadre de rencontres intergénérationnelles.

II-2-4-3 La participation des résidents

Nous encourageons les résidents à participer à la vie de l'établissement : les aménagements de petits espaces conviviaux dans les salons favorisant la rencontre.

D'autres résidents peuvent également faire des ateliers manuels dans leur chambre dans un but collectif.



II-2-4-4 La participation des proches

La vie sociale des résidents se poursuit aussi en dehors des temps d'activités formalisés. Les familles ont un rôle primordial notamment lors de leurs visites. Les familles ou leurs proches participent ainsi au bien-être de leur parent ou amis par :

- les sorties dans le jardin ou le quartier
- la participation aux jeux de société parfois avec d'autres résidents.
- la correspondance par courrier, mails

Des salles peuvent être mises à disposition de l'entourage pour des moments festifs (fêtes d'anniversaire, Noël ou tout simplement partager un goûter ensemble)

Les familles ou les proches qui le souhaitent peuvent participer et aider à la mise en place d'activités. Depuis 1995, un séjour de vacances de 6 jours a été proposé quasiment chaque année auquel ont participé des familles bénévoles.

II-2-5 - Les activités proposées dans la maison

Le planning des activités est rappelé sur le tableau magnétique au niveau de la salle à manger ainsi que dans les ascenseurs.

II-2-6- Les activités festives

Il est important que les fêtes qui rythment les réunions de familles, les occasions de se retrouver, soient maintenues voire accentuées. C'est la raison pour laquelle Noël, le Beaujolais Nouveau, les barbecues d'été réunissent les résidents, l'équipe et les familles, pour des temps de bonheur, de gourmandises, de musique.



Objectifs d'amélioration :

- pérenniser la présence des bénévoles
- poursuivre la mise en œuvre des sorties hebdomadaires, des balades en tricycle
- poursuivre la mise en œuvre de la brocante annuelle, du séjour de vacances
- poursuivre le développement d'activités adaptées aux besoins et capacité des résidents accueillis
- développer les rencontres intergénérationnelles

II-3 LE PROJET DE SOINS

Le projet de soins définit les objectifs généraux en matière de qualité, d'organisation et d'évaluation des soins, ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs.

Le projet de soins est un document consensuel auquel adhèrent tous les acteurs du soin gériatrique de l'établissement. Le projet de soins traduit les pratiques en termes de maintien de l'autonomie ainsi que des soins spécifiques liés à la grande dépendance.

Il sert de référence à la réflexion soignante en termes d'évolutivité des méthodes et des conceptions (prises en charges spécifiques, sectorisation des soins).

Les objectifs de l'équipe médicale et soignante sont :

- d'identifier les besoins relatifs à l'état de santé
- d'identifier les besoins relatifs à l'état de dépendance (physique, mentale, sociale)
- de respecter la dignité des soins,
- de respecter la confidentialité,
- d'apporter une information au résident et à sa famille afin de recueillir le consentement éclairé des thérapeutiques

Les axes du projet de soins doivent tenir compte de la globalité du soin gériatrique et être adaptés à la typologie des résidents de l'établissement tout en sachant que celle-ci est susceptible d'évoluer dans le temps.

II-3-1 - La continuité et la coordination des soins

L'établissement s'inscrit dans un réseau gérontologique. Des conventions de partenariats sont mises en œuvre afin d'assurer une complémentarité des compétences. Ainsi, les résidents peuvent bénéficier d'une prise en charge médicale et d'un accès à des soins adaptés jour et nuit.

Pour une prise en charge globale, le travail pluridisciplinaire est indispensable tout au long du séjour de la personne accueillie.

Des réunions de synthèse et de coordination sont mises en œuvre avec le personnel : staffs quotidiens et réunions hebdomadaires (medco/idec/ide)

Afin de faciliter ce partage, l'établissement est doté d'un logiciel soins qui permet de rassembler l'ensemble des données concernant le résident (données administratives – données médicales – données d'accompagnement soins). Ce logiciel est donc utilisé pour toutes les transmissions ciblées. Les plans de soins personnalisés s'appuyant sur les capacités de chaque résident sont ainsi rédigés.

Les astreintes techniques et administratives, et médicales.

Une astreinte est mise en place et est assurée par la direction, l'infirmière coordinatrice, la secrétaire de direction. Le personnel a ainsi la possibilité de joindre un responsable pour toute question ou difficulté quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit.

Urgence médicale

En cas de problèmes médicaux, en l'absence de médecin sur site, le centre 15 ou le médecin traitant sera contacté selon le protocole.

Un chariot d'urgence et un défibrillateur externe sont à disposition en cas de besoin.

Les équipes ont été formées aux gestes d'urgence et aux premiers secours. Des protocoles d'urgences validés par le médecin coordonnateur sont élaborés et connus de l'ensemble des professionnels.

II-3-1-1 L'équipe de soins

▪ Le médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur présent à temps partiel est salarié de l'établissement.

Ses missions sont :

- de prononcer l'avis médical d'admission après étude du dossier et de participer à la visite de pré admission avec le reste de l'équipe soignante.
- d'assurer la coordination des soins pour garantir la continuité de la prise en charge de chaque résident. Il pilote ainsi l'ensemble des intervenants médicaux.
- d'être le garant du projet de soins, des bonnes pratiques gériatriques, de procéder aux évaluations de la dépendance (grille AGGIR) et du besoin en soins requis (PATHOS).
- de dispenser certaines formations auprès du personnel.
- de recevoir les familles et les résidents à leur demande.
- de rédiger annuellement le rapport d'activité médicale.
- de veiller à la sécurisation du circuit du médicament en lien avec l'équipe médicale.

Le médecin coordonnateur n'est pas prescripteur sauf en cas d'urgence.

- **L'infirmière coordinatrice**

Elle est responsable de :

-l'organisation des soins et leur coordination afin d'en assurer la qualité. Elle assure l'adéquation entre les besoins et l'aide effective.

- la planification du travail des personnels soignants (infirmier(e)s - aides-soignant(e)s – aides médico-psychologiques – aides aux soins). Elle assure la liaison avec les intervenants extérieurs, médicaux et paramédicaux (médecins traitants, kinésithérapeutes, pédicures...).
- l'encadrement, l'activité et la gestion de l'équipe soignante.
- la gestion logistique des commandes et le suivi des dispositifs médicaux, des compléments alimentaires et des produits d'incontinence.
- l'adaptation du matériel selon les besoins des résidents (fauteuil, matelas, déambulateur, coussins de positionnement...) ceci en lien avec l'infirmière référente sur la mobilité.
- l'évaluation périodique des pratiques.

- **Les infirmier(e)s assurent toute la partie soins**

- Les infirmier(e)s assurent les soins qui relèvent de leur rôle propre et du rôle sur prescription. Ils prennent en charge le résident dans sa globalité. Ils :
 - réalisent les soins (pansements, injections...) sur prescription médicale.
 - assurent le suivi du circuit des médicaments (de la prescription à l'administration) ; les traitements (Préparation des Doses à Administrer) sont proposés par la pharmacie référente.
 - gèrent les rendez-vous médicaux (médecins, laboratoire, examens complémentaires).
 - effectuent le suivi médical de chaque résident.
 - participent à la mise en place et au suivi du projet individualisé.
 - accueillent et encadrent les stagiaires ide

Chaque infirmier est référent d'un domaine :

- nutrition (repas, poids, IMC, dénutrition, santé bucco-dentaire)
- mobilité (analyse des chutes, matériel médical lié à la mobilité : fauteuils roulants, déambulateurs, cannes, contentions)
- hygiène (protocoles, contrôles...)
- douleur et fin de vie (évaluation douleur, soins spécifiques)

L'infirmier (e) est ainsi le lien privilégié entre les résidents, les familles ou les proches et l'ensemble des professionnels du service concerné.

- **Psychomotricienne**

La psychomotricienne intervient sur l'ensemble de l'EHPAD et coordonne le service PASA et l'accueil de jour.

Elle :

- est responsable du PASA et en assure le fonctionnement,
- est responsable des activités de l'accueil de jour,
- participe aux préadmissions,
- effectue les bilans psychomoteurs,
- participe à l'élaboration des projets personnalisés des résidents,
- élabore les projets thérapeutiques des résidents concernés par le service PASA et l'accueil de jour,
- participe avec la secrétaire à l'élaboration des plannings d'activités,
- participe aux réunions (transmissions journalières – réunions de services – réunions trimestrielles – commission éthique),

- **Psychologue**

Ses missions s'orientent autour de 3 axes :

Pour les résidents :

- le suivi thérapeutique,
- l'accompagnement psychologique,
- la réalisation d'évaluations MMS (test d'orientation et mémoire) et GDS (évaluation de la dépression),
- l'activité d'atelier de stimulation cérébrale.

Pour les familles :

- des rencontres individuelles,
- des groupes de parole des familles.

Pour la résidence :

- la participation aux réunions,
- le suivi des services civiques (co-tuteur avec l'Idéc),
- la rencontre individuelle des personnels,
- des groupes de parole du personnel.

▪ **Les aides-soignants**

Ils dispensent avec et sous la responsabilité de l'infirmier(e) les soins de base. Ils :

- mettent en œuvre des moyens nécessaires au bon déroulement des actes de la vie quotidienne (lever, toilette, habillage, repas, coucher, sommeil, transfert ...) tout en préservant l'autonomie et le bien-être physique et psychologique du résident,
- dispensent des soins d'hygiène et de confort et soins relationnels dans le respect de la dignité et la sécurité,
- suivent des changements de l'état de santé (prise de température, suivi de la douleur, suivi cutané, suivi de l'état général) afin d'informer dès que possible l'infirmier(e) de tout changement de l'état général d'un résident,
- aident à la distribution et à la prise des médicaments sous la responsabilité de l'infirmier(e),
- participent à la mise en œuvre et au suivi du projet personnalisé,
- accueillent et encadrent les stagiaires,
- répondent aux appels des résidents,
- assurent la traçabilité des transmissions (orales et écrites),
- assurent une responsabilité liée à un domaine du soin (pédicure, balnéo, mobilité, incontinence, nutrition...).

▪ **Les agents de soins en gérontologie :**

Ils interviennent dans le cadre de l'accueil de jour, du PASA, du Cantou et de la MAPAD. Ils :

- assurent l'accueil physique et matériel des participants et de leur famille,
- participent au bien-être physique et psychologique du résident ou du participant et de son entourage,
- établissent une communication appropriée à chaque résident,
- concourent à l'élaboration et la mise en œuvre du projet individualisé,
- mettent en place des activités de stimulation sociale et cognitive,
- accueillent et encadrent les stagiaires,
- effectuent les transmissions ciblées (écrites et orales).

▪ **Les agents de soins :**

Les agents de soins ont une fonction d'accueil et d'aide, une fonction hôtelière et d'entretien des locaux.

Ils participent :

- aux gestes de la vie quotidienne permettant d'assurer le confort du résident,
- à l'accompagnement social,
- à l'évaluation de la situation et adapte leur intervention en conséquence,

- à l'accueil et encadrement des stagiaires,
 - à la transmission orale et écrite,
 - à la mise en place et au suivi du projet personnalisé dans le cadre du projet institutionnel,
 - à l'entretien des locaux, la désinfection des chambres et du matériel,
 - assurent une responsabilité liée à un domaine du soin (mobilité, hygiène, nutrition...).
- **Les intervenants extérieurs médicaux et paramédicaux**

Le Médecin traitant

Chaque résident est suivi par le médecin traitant de son choix qui est son interlocuteur privilégié. Le règlement des honoraires est à la charge du résident.

La Pharmacie

En Septembre 2019, nous avons signé une convention avec une pharmacie pour la préparation des doses à administrer (PDA).

Les parties signataires de la convention s'engagent à respecter le libre choix du pharmacien par le résident ou ses proches. Dans le cas du choix d'un autre pharmacien par le résident, la pharmacie ne sera pas tenue d'honorer le contrat pour ce résident.

Ce fonctionnement permet d'améliorer l'observance, de diminuer la iatrogénie médicamenteuse ainsi que de sécuriser le circuit du médicament.

La préparation des doses à administrer est réalisée sous la responsabilité de la pharmacie, conformément aux dispositions réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur, notamment relatives à la qualité, à la traçabilité, à la durée de conservation et au stockage des médicaments.

Chaque semestre, la directrice, le médecin coordinateur, l'IDEC, les IDE et le pharmacien titulaire se réunissent en vue d'évaluer la qualité, la sécurité du parcours du médicament et de prévention des risques iatrogéniques.

Kinésithérapeutes

Les kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement sur prescription médicale et au choix du résident en lien avec l'infirmier(e). Le résident a le libre choix de son kinésithérapeute.

Pédicures

Les pédicures interviennent régulièrement, au choix du résident. La programmation des interventions est gérée par une aide-soignante référente de la résidence.

L'audioprothésiste

Un partenariat est mis en œuvre afin qu'un audioprothésiste puisse intervenir dans l'établissement. Il effectue le contrôle des appareils auditifs de tous les résidents même appareillés par un autre prestataire, tous les semestres.

▪ **Laboratoire**

Les infirmières assurent les prélèvements biologiques sur prescription médicale. Ceux-ci sont déposés au laboratoire le plus proche de l'établissement. Les honoraires sont à la charge du résident. Les résultats sont télétransmis à l'établissement, puis décryptés et stockés.



▪ **Les prestataires de matériel médical**

Depuis le 1^{er} août 2008, l'établissement se doit de fournir le matériel médical tel que les lits médicalisés, les matelas anti-escarres, les fauteuils roulants, les verticalisateurs, les lève-malades.

En accord avec le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, les infirmier(e)s analysent les besoins, font appel au prestataire, réalisent les essais. Le matériel est géré par l'IDE Référent en mobilité. L'entretien régulier du matériel est pris en charge par l'agent technique ou le prestataire.

II-3-1-2 L'organisation des soins

Une présence d'infirmier(e)s est assurée de 7 H 30 à 20 H en semaine et de 7 h 30 à 19 h 30 le week-end. L'infirmière coordinatrice et les infirmiers réalisent les plans de soins, planifient le travail des soignants en tenant compte des besoins identifiés dans les jours qui suivent l'admission et réajustent quotidiennement lors des réunions de staff.

Chaque résident dispose d'un dossier confidentiel d'accompagnement dans lequel ses besoins sont identifiés.

Des outils actualisés et validés sont mis à disposition de tous les intervenants et professionnels (dossier individuel – base de données médicamenteuse – protocoles de conduites à tenir...).

Accès et recours au dossier :

L'ensemble des modalités de consultation du dossier médical est réglementé par l'arrêté du 5 mars 2004.

Les résidents peuvent toujours demander des informations concernant leur prise en charge au médecin coordonnateur, à l'infirmière coordinatrice et aux infirmier(e)s.

Le médecin traitant est leur interlocuteur pour toute demande concernant leur dossier médical.

Plusieurs personnes peuvent consulter le dossier du résident. Il s'agit :

- du résident lui-même ;
- de son tuteur, si le résident est majeur sous tutelle (un résident sous curatelle peut consulter lui-même son dossier) ;
- de son médecin si le résident l'a choisi comme intermédiaire.

La demande doit être motivée et adressée à la direction par lettre recommandée avec avis de réception. Cette demande doit comporter une copie de la carte d'identité ou du passeport de demandeur afin de pouvoir vérifier son identité.

II-3-2 - Les actions de prévention et les prises en charge spécifiques

▪ Les chutes

Une évaluation est effectuée dès l'admission en utilisant l'outil « get up and go ». Cette évaluation permet de repérer les personnes à risques de chute.

Suite à cette évaluation, des dispositions peuvent être prises (mise en place d'un déambulateur, vérification de l'éclairage, sols...).

Tout au long du séjour et lors d'une modification de l'état de santé, le risque de chute et les besoins d'aide sont évalués en équipe pour permettre au résident de se déplacer en toute sécurité. Les réunions pluridisciplinaires permettent de faire le point sur les capacités locomotrices du résident.

Une attention particulière de l'ensemble de l'équipe est ainsi mise en œuvre :

- par la connaissance des antécédents de chute et de leurs survenues ;
- par l'aménagement de la chambre afin de réduire au minimum les facteurs de risque
- par l'évaluation du chaussage du résident ;
- par la possibilité d'utiliser la sonnette si besoin d'aide aux déplacements ;
- par un éclairage adapté lors des déplacements nocturnes : veilleuse et/ou détecteur de mouvements.

- par un temps d'alitement réduit afin que le résident ne perde pas son autonomie ;
- par des ateliers de gymnastique douce, des parcours de marche et d'aide à la marche, ainsi que des séances de relaxation afin de préserver l'autonomie du résident.

En cas de chute, une fiche de déclaration est systématiquement remplie. L'infirmier référent analyse les causes et les pistes d'amélioration.

La prise en charge de la chute est formalisée dans un protocole.

Des formations sont dispensées au personnel afin de maîtriser les gestes techniques pour la manipulation tels que : la verticalisation, le transfert, les techniques de relevage des résidents ainsi que pour l'utilisation du matériel et la préservation de leur santé (PRAP).

▪ **Les escarres**

Les équipes ont été formées à l'identification des facteurs de risques. L'ensemble des professionnels veille à la mobilité des résidents. Une attention particulière est portée sur la préservation de l'autonomie, la nutrition et le maintien d'une bonne intégrité cutanée, afin de limiter les risques d'apparition d'escarre.

Pour prévenir l'apparition des escarres, l'équipe soignante utilise l'échelle de Norton. Dès qu'un résident reste alité de façon prolongée un matelas à air est installé.

De façon systématique, les équipes soignantes effectuent :

- une surveillance journalière de leur état cutané ;
- un effleurage des points d'appui ;
- un changement du linge et/ou des protections souillées ;
- une surveillance de l'état nutritionnel et d'hydratation.

En cas de risque modéré à élevé d'escarre, les résidents bénéficieront d'une prise en charge et d'un suivi spécifique en plus du suivi systématique :

- mobilisation fréquente du résident avec changement de position toutes les 3 heures en cas d'alitement prolongé ;
- mise en place de support adapté aux besoins du résident suite à l'évaluation clinique
 - Matelas, coussin anti escarre, etc.

Des protocoles prévention et pansement d'escarres aux différents stades ont été élaborés et diffusés aux équipes.

La prévention est développée par l'encouragement de participation aux sorties à pied, à la gym douce, aux parcours de marche.

▪ **Politique de l'établissement relative à la contention**

L'équipe de soins a mené une réflexion sur les modalités de mise en place de sécurisation. Une procédure formalisée existe au sein de l'établissement. La décision de mettre en place une contention est une décision d'équipe partagée avec le résident et sa famille. Cette décision est précédée d'une réflexion pluridisciplinaire sur les bénéfices / risques liées à cette contention. Elle est soumise à l'approbation et à la prescription du médecin traitant.

Cette procédure comporte :

- une demande de contention (motif de la demande – Autres alternatives discutées - type de contention – recueil du consentement – contention d'urgence ou contention proposée au médecin traitant – évaluation)
- un essai d'alternative à la contention ;
- une réflexion bénéfice/risque sur la mise en place de la contention ;
- l'analyse des facteurs de vulnérabilité ;
- le choix de la sécurisation (barrière de lit, ceinture de maintien, etc.) ;
- un échange et des informations claires au résident, à sa famille et à l'équipe soignante ;
- la réévaluation fréquente du bénéfice et des risques liés à cette contention.

Certains résidents peuvent demander eux-mêmes les barrières de lit, notamment d'un seul côté. Dans ce cas précis, il ne s'agit pas de contention mais d'une aide pour se retourner ou prendre appui dans le lit.

▪ **Maintien de la continence et prise en charge de l'incontinence**

Dans le but d'une démarche de prévention, un bilan de la continence est réalisé lors de l'admission et tout au long du séjour du résident. Le personnel a bénéficié d'une formation afin de bien connaître les différents produits et leur utilisation. En effet, le plus souvent, l'incontinence est liée à une dépendance physique et/ou psychique et nécessite la mise en place de protections adaptées à la morphologie, la taille, le degré d'absorption. L'équipe soignante favorise l'accompagnement aux toilettes de jour comme de nuit. En outre, l'environnement est optimisé et un matériel adapté est mis à disposition en cas de nécessité.

Une prise en charge personnalisée de l'incontinence peut être mise en œuvre en concertation entre le personnel et le médecin, par la référente « incontinence ».

Une surveillance du transit est également mise en œuvre et mentionnée sur le diagramme de soins.

- **La prise en charge de la souffrance psychique**

Les membres de l'équipe portent une attention particulière à l'identification du risque suicidaire et est à l'écoute des résidents. En cas de signes ou d'indices pouvant évoquer une souffrance psychique, l'équipe soignante est mobilisée, l'infirmier(e) alerté ainsi que l'astreinte la nuit ou le dimanche et le médecin traitant ou le médecin coordonnateur sont contactés pour intervenir.

Après une réflexion en équipe pluridisciplinaire sur les mesures à mettre en place et l'entrave aux libertés du résident, des actions pourront être prises comme des passages plus réguliers, le retrait de la poignée de la fenêtre ou le retrait d'objets type couteau.

La famille peut être consultée préalablement à ces décisions et informée de la prise en charge.

Le **psychologue** de l'établissement assure des entretiens de soutien psychologique formels ou informels, ponctuels ou réguliers. L'intervention du psychiatre pourra être sollicitée après accord du médecin traitant. En cas d'urgence, le psychologue intervient le plus rapidement possible.

- **Prise en charge des troubles nutritionnels et des troubles alimentaires**

La prévention de la dénutrition et de la déshydratation est une préoccupation constante pour l'équipe soignante. Un infirmier référent ayant acquis un savoir et des compétences en ce domaine assure la coordination, en collaboration avec une aide soignante et un agent de soins référents, les cuisiniers et la diététicienne de l'équipe de restauration.

Une attention particulière est portée sur la présentation des repas. En effet, nous considérons que l'aspect des aliments présentés peut grandement contribuer à l'appétit des résidents. Une réflexion approfondie a, entre autres, été menée sur l'aspect des repas moulinés/mixés afin d'augmenter leur appétence.

Les régimes prescrits médicalement sont, bien entendu, appliqués et codifiés par des protocoles.

Le personnel est attentif tout au long du séjour du résident afin de repérer les pertes d'appétit.

Par ailleurs, chaque résident est pesé mensuellement.

L'IDE référent en nutrition suit les courbes de poids et la mise en œuvre d'une fiche de surveillance si nécessaire. Le médecin traitant est tenu informé afin de prescrire une albuminémie et des compléments nutritionnels si nécessaire.

Ainsi, en cas de troubles repérés, des actions sont mises en place selon les besoins du résident :

Pesée hebdomadaire

- menus adaptés : texture modifiée, plat enrichi, eau gélifiée ou gazeuse ;
- compléments nutritifs sur prescription ;
- collations ;
- lieu des repas déterminé pour assurer la stimulation ou l'aide à la prise ;
- feuilles de surveillance alimentaire et hydrique ;
- réévaluation de la fiche de goût.
- ponctuellement, un bilan orthophonique peut être réalisé sur prescription médicale par un orthophoniste libéral, notamment en cas de problème de fausse route ou de déglutition. Un orthophoniste peut également être amené à prodiguer des conseils aux soignants après une phase d'observation au moment du repas (positionnement, utilisation d'aides techniques, modification des textures alimentaires, etc.).

▪ **Evaluation bucco-dentaire**

En France, des études ont montré que la situation bucco-dentaire chez les personnes âgées n'est pas bonne : une visite annuelle serait nécessaire. Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées en institution, l'Agence Régionale a fixé cette prévention comme une de ses priorités.

L'hygiène bucco-dentaire est prise en charge par l'infirmière en collaboration avec les aides-soignantes (soins de bouche et des prothèses dentaires, évaluation de douleurs...). Un protocole sur l'hygiène bucco-dentaire est mis en place. Des consultations dentaires sont réalisées.

▪ **La prise en charge sensorielle**

Les aides oculaires et auditives sont souvent difficiles à gérer par les personnes âgées dépendantes. Pourtant les lunettes et audioprothèses sont essentielles au maintien de la vie relationnelle et personnelle.

Pour pallier ces troubles, le besoin, l'actualisation et la bonne utilisation des aides sensorielles figurent sur le plan de soins du résident et font l'objet d'une évaluation d'équipe.

Les lunettes et les appareils auditifs et dentaires sont pris en photos afin d'essayer de les réattribuer en cas de perte.

Un accord a également été passé avec un prestataire extérieur qui intervient gratuitement (sauf en cas de changement de piles des appareils auditifs, par exemple) pour entretenir et réviser la totalité des prothèses auditives.

- **La prise en charge de la douleur**

La prise en charge de la douleur est un point fort des équipes. Une infirmière est référente en douleur et accompagnement de la fin de vie. Le personnel de l'établissement est à l'écoute de la souffrance physique et psychique des résidents. La douleur peut être exprimée de différentes façons par le sujet âgé (plaintes, signes physiques ou modifications de comportement). L'ensemble du personnel est concerné par la détection de la douleur et a été formé au repérage de ces indices. En cas de suspicion de douleur, il en informe rapidement l'équipe soignante et effectue une évaluation via une échelle (Algo +) ou EN (échelle numérique).

Le personnel soignant utilise les outils d'évaluation de la douleur adaptés à l'état du résident. Les résidents douloureux seront manipulés avec délicatesse et à deux personnes. Du matériel de positionnement, des draps de glisse ou autres types de matériels pourront être proposés par l'équipe soignante. Le médecin assure un suivi régulier afin de prescrire le traitement adéquat (médicamenteux ou non).

Le médecin coordonnateur peut intervenir rapidement pour prescrire des antalgiques.

Afin d'améliorer les pratiques dans ce domaine, des formations et des rappels sur la prise en charge de la douleur sont proposées de façon régulière dans l'établissement.

- **La prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée**

Le psychologue, la psychomotricienne et le médecin coordonnateur de l'établissement réalisent des évaluations des fonctions cognitives et des troubles du comportement en utilisant entre autres les outils MMSE et NPI-ES. La réalisation des évaluations permet ensuite d'avoir un échange avec les équipes professionnelles afin de mieux comprendre les difficultés rencontrées par le résident et d'adapter sa prise en charge.

Une Convention a été passée avec le centre hospitalier gériatrique de La Fère, qui permet d'orienter des résidents présentant des troubles graves, pour un séjour d'observation et de mise en place d'un traitement adéquat.

Enfin, 9 personnels ont suivi la formation d' ASG (Agent de Soins en Gériatrie)

Une sensibilisation sur le « savoir être et savoir-faire » en présence de troubles du comportement (agitation – agressivité – déambulation pathologique) est effectuée auprès des équipes et des protocoles spécifiques ont été mis en place en utilisant ces grands principes. Les outils « fiches repères » de l'ANESM – HAS servent de support aux équipes.



▪ CANTOU

Cette unité de vie protégée offre un espace de déambulation sécurisé aux personnes désorientées.

Les critères d'admissions sont :

- la déambulation
- la mise en danger par les troubles cognitifs (ex : le résident est persuadé de devoir aller chercher ses enfants à l'école).



Les maîtresses de maison sont formées aux troubles comportementaux générés par les troubles mnésiques : déambulation, agressivité, repli sur soi, etc ... Elles connaissent très bien chaque résident et respectent ses habitudes, ses besoins et adaptent son aide en fonction de l'importance des troubles amnésiques, praxiques et gnosiques chez chacun.

Des activités adaptées sont proposées par le personnel, des bénévoles et les stagiaires.

Il s'agit d'ateliers Pâtisserie, de massage-détente des mains, d'écoute et pratiques musicales, de lotos, de jeux de société simples, de promenades à pied et en tricycle, etc. Une promenade hebdomadaire est organisée.

Les résidents peuvent participer aux activités de la MAPAD si le fait de sortir du service ne perturbe pas leurs repères.

Un chat vit dans le CANTOU, il entre et sort à sa guise, dort souvent dans les chambres.

Le service ne comporte que 10 chambres, afin que l'ambiance puisse être la plus sereine possible, avec des stimuli doux.

La sortie est sécurisée par un digicode, mais le jardin est en accès libre afin de réduire le sentiment d'enfermement.



Objectifs d'amélioration :

- Chorale une fois par mois avec une bénévole

▪ PASA

Les activités ont pour objectifs de :

- maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles restantes
- maintenir ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes
- mobiliser les fonctions sensorielles
- maintenir le lien social.
- apaiser l'angoisse liée aux troubles de la mémoire



Les ateliers mis en place sont principalement : la cuisine et les activités de la vie quotidienne, la zoothérapie, la relaxation, des ateliers créatifs, les ateliers mémoire et réminiscence, l'atelier équilibre, l'atelier biodanse, un groupe bimensuel intergénérationnel, un groupe de « gym douce », le jardinage, le chant, la danse et des rencontres intergénérationnelles.

Chaque jour, la participation du résident est évaluée au moyen de grilles d'évaluation (motricité, cognitive, manuelle, relaxation, sortie, suivi en psychomotricité) et tracée dans le dossier de soins-

Les principes directeurs sont d'offrir la meilleure qualité de vie possible aux résidents dans la vie quotidienne, l'autonomie et la vie sociale.

L'inscription d'un résident au service PASA est soumise à une procédure. Celle-ci comporte :

- une évaluation NPI-ES (pluridisciplinaire)
- un bilan psychomoteur
- la rédaction d'un projet thérapeutique
- une prescription médicale du médecin traitant
- une proposition formulée auprès du résident et ses proches avec visite du PASA
- une mise à jour du projet personnalisé du résident et signature du nouveau projet.



▪ ACCUEIL DE JOUR

. Il vise à :

- permettre à la personne âgée souffrant de troubles de la mémoire (maladie d'Alzheimer ou apparentée) de vivre à domicile le plus longtemps possible,
- stimuler la mémoire et l'autonomie
- favoriser la vie sociale et rompre l'isolement,
- soulager, écouter et aider les familles ou les conjoints

Le cahier des charges suit les **recommandations de l'ANESM** « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en accueil de jour »

Le projet de la structure soutient simultanément deux objectifs :

– valoriser et mobiliser les capacités des personnes accueillies, leur permettre de trouver une place dans un groupe et un espace, et disposer d'un lieu pour exercer une activité individuelle, l'accueil de jour est à la fois un temps de socialisation et un temps thérapeutique. Pour le participant, il s'agit d'un rassemblement chaleureux (un club) pour créer un lien et rompre la solitude.

– offrir un temps de répit aux aidants qui doivent pouvoir laisser leur parent/proche/conjoint l'esprit tranquille et qui ont besoin de le sentir dans un cadre chaleureux.

La convivialité est un aspect capital.

Le projet thérapeutique est établi pour chacun, suite au bilan psychomoteur. Le but est de personnaliser la prise en charge de groupe qui peut être vécue comme une perte d'identité.

Les activités :

Les stimulations cognitives

- Ateliers mémoire, club discussion, réminiscence, lecture, chants, revue de presse, mots fléchés, etc ...

Activités de la vie quotidienne

- Ateliers pâtisserie, vaisselle, pliage de linge ...

Les stimulations motrices

- Danse, Parcours de marche, Gymnastique douce, tricycles, pétanques, etc ...



Les activités manuelles

- Tricot, Mandala, jardinage, atelier artistique (peinture, dessin, modelage, atelier bijoux ...)

Les activités culturelles

- Chant, Evasion musicale, peinture, ...

La relaxation

- Esthétique, toucher-massage des mains, pédiluves, balnéo, ...

Les membres du personnel effectuent des roulements entre l'accueil de jour et la résidence afin de faciliter l'intégration des participants lors d'un éventuel accueil ultérieur à la résidence.



II-3-3 - L'individualisation des soins

L'établissement dispose d'un dossier unique de suivi médical pour chaque résident. Le dossier de soins informatisé de chaque résident est accessible à tout le personnel soignant selon les droits autorisés à l'aide d'un code d'accès personnel.

Le logiciel soins comporte :

- un cahier des transmissions médicales
- un plan de soins
- un plan de distribution des médicaments
- le dossier individuel du résident (dossier médical et projet de vie)
- les prescriptions
- les tableaux de bord pour l'équipe soignante avec des possibilités d'alarme
- les protocoles, procédures et conduites à tenir

Le dossier de soins informatisé contient les données ayant trait aux évaluations gériatriques, aux antécédents, aux suivis (des soins, des chutes, des surveillances spécifiques, des résultats biologiques, des vaccinations, des allergies, des nursings, des poids, des prises de repas...), aux prescriptions médicamenteuses et de l'ensemble des transmissions. Les comptes-rendus des hospitalisations, des consultations et les résultats de laboratoire sont également scannés et intégrés dans le dossier informatique.

Il existe en parallèle un dossier « papier » comportant tous les documents (dossier d'admission, comptes rendus, résultats de laboratoire, observations du médecin...).

II-3-4 - Le circuit du médicament

Le circuit du médicament regroupe l'ensemble des étapes successives qui vont de l'élaboration d'une prescription à l'administration de médicaments réservés à un résident.

Le circuit du médicament comprend la prescription, la réception, le stockage, la préparation des doses à administrer et la distribution. L'établissement a fait le choix d'élaborer une convention avec une officine, conforme au code de la santé publique. Cette convention précise les modalités de collaboration entre l'établissement et le pharmacien dispensateur. Pour autant, les résidents conservent le libre choix de leur professionnel de santé.

II-3-4-1 Le traitement des ordonnances

La prescription est assurée par les médecins traitants ou spécialistes de chaque résident. L'infirmier(e) vérifie la prescription écrite et transmet l'ordonnance à la pharmacie de référence du résident. La pharmacie livre les médicaments directement à l'EHPAD sous forme de sachets nominatifs. L'EHPAD est doté de médicaments pour le chariot d'urgence et pour les besoins en soins d'urgence. Les dates de péremption et de validité sont vérifiées régulièrement.

II-3-4-2 La préparation

La préparation est assurée à la pharmacie par un robot. Une vérification est effectuée par un (e) infirmier (e) de l'établissement. Deux fois par an une réunion de coordination est mise en place avec les professionnels de la pharmacie et ceux de l'établissement.

Une évaluation du circuit du médicament est effectuée via un questionnaire « auto-diagnostique- médicamenteux ».

II-3-4-3 La gestion des stupéfiants

Les produits stupéfiants sont gérés par l'infirmier(e) et sont stockés dans un coffre distinctif. La délivrance des stupéfiants n'est effectuée qu'en possession d'une ordonnance dûment remplie. Aucune délivrance n'est effectuée sans prescription écrite. Les prises sont notifiées sur un registre spécifique.

II-3-4-4 La sécurité des stockages

Le pharmacien délivre les préparations. Les médicaments sont stockés dans un local sécurisé, accessible au pharmacien, qui s'est vu confier une clé de l'établissement.

L'établissement a peu de stocks de médicaments.

II-3-4-5 L'administration des médicaments

La distribution est un acte important qui nécessite la plus grande vigilance. Afin de garantir la sécurité des résidents, les médicaments ne peuvent être sortis de leur sachet operculé qu'au moment de la distribution devant le résident.

La distribution est assurée par l'infirmier(e) et peut être déléguée à une aide-soignante lorsque celle-ci a été formée par les IDE. Les résidents nécessitant une aide à la prise sont identifiés. La traçabilité de l'administration est assurée à chaque distribution.

Aucun visiteur, membre de la famille ou bénévole ne peut administrer un traitement médicamenteux de sa propre initiative.

- **Accompagnement de la fin de vie et soins palliatifs**

La question de la qualité de l'accompagnement des personnes en fin de vie est particulièrement prégnante en EHPAD dans la mesure où il constitue le dernier lieu de vie des personnes accueillies.

Lors de l'entrée, le résident est invité à identifier une personne de confiance. Ses souhaits concernant les modalités entourant son décès, lorsqu'il les exprime, sont inscrits dans son projet d'accompagnement personnalisé et transmis au médecin et aux proches. Lors de la rédaction du projet personnalisé avec le résident et ses proches, une réflexion sur ses directives anticipées est encouragée par l'équipe soignante.

Lorsque la personne accueillie est en fin de vie, l'équipe soignante met tout en œuvre pour apporter les soins de confort et accompagner dignement le résident. L'apaisement de la douleur physique, morale et spirituelle est recherché. Le médecin pourra établir des protocoles pour des prescriptions anticipées.

En cas de difficultés alimentaires ou hydriques, une réflexion sera menée afin d'adapter au mieux la prise en charge pour le résident.

Une demande d'intervention du réseau de soins CECILIA est effectuée en cas de nécessité ou de difficulté de prise en charge.

Le personnel bénéficie également de formations sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et les soins palliatifs.

Dans certaines situations et à la demande des résidents ou de leurs proches, des bénévoles animant l'aumônerie dans l'établissement assurent des visites auprès du résident afin de lui apporter une prise en charge spirituelle et une présence.

Selon leurs souhaits, les familles sont reçues régulièrement par le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, les infirmières ou la direction. L'accompagnement du résident se poursuit après sa mort.

La personne décédée quitte l'établissement sous une haie d'honneur des professionnels, des résidents et des bénévoles, accompagnement ultime d'une fin de vie et d'un au revoir.

Le projet d'accompagnement du défunt et de sa famille a été rédigé avec les membres de l'équipe et est proposé dans le document ci-dessous :



**L'accompagnement en fin de vie en établissement :
L'expérience de la Résidence-Saint-Léger à Soissons**

- La mise en bière a lieu dans la chambre.
- Le départ du cercueil, pour les obsèques se fait par la porte d'entrée de l'établissement, accompagné de la famille.
- Ceux qui le souhaitent (membres du personnel, résidents et bénévoles), à cette occasion, forment une haie d'honneur pour faire leurs adieux.
- Un membre de l'équipe (référent, directrice, bénévole, membre du personnel ayant bien connu le résident ...) lit un texte en mémoire du résident, évoquant des souvenirs communs avec le défunt. Il n'a pas de connotation religieuse mais permet de garder en mémoire, vivant, le résident qui vient de partir. C'est un hommage.

**L'accompagnement en fin de vie en établissement :
L'expérience de la Résidence-Saint-Léger à Soissons**

- Lorsque le cercueil a quitté la maison, nous détachons de l'arbre du souvenir, le fruit symbolisant le résident et portant son nom



Il est déposé au pied de l'arbre, où il rejoint les autres résidents, décédés précédemment.

Ce qui rend notre pratique possible

- Alliance de l'équipe, du médecin coordinateur, du médecin traitant et de la famille, autour du mourant : accord sur la prise en charge, les soins, le souhait de ne pas hospitaliser, la prise en charge de la douleur,
- Accompagnement de la famille :
 - lit d'accompagnement,
 - plateaux repas,
 - rendez-vous psychologue, IDEC, direction
- Accompagnement du personnel par le psychologue, l'IDEC, la direction lors de groupes de paroles et d'analyse des pratiques professionnelles, transmissions, écoute de « couloirs »

INTÉRÊTS

- Accompagner dignement et humainement le mourant,
- Faire bloc, en équipe, autour du mourant, car mourir seul et avoir mal, c'est la crainte de chacun,
- Permettre à l'équipe de vivre cette période comme un temps humain privilégié, de partage.
Cela donne un sens à son engagement.
Ces rituels aident le personnel à faire le deuil du disparu, à boucler la boucle, à ne pas être dépossédé de la dernière partie de leur relation d'aide
... Et aussi, à continuer à travailler !

Objectifs d'amélioration :

- **Utiliser l'échelle de Norton : échelle d'évaluation du risque d'escarres**
- **Poursuivre l'accompagnement personnalisé des résidents en ciblant les personnes continentes encore capables d'aller aux toilettes seules et/ou accompagnées afin d'éviter la pose de protections imposées et inutiles dès leur entrée au sein de la structure.**
- **Finaliser le projet « référence » et planifier des temps pour les missions « référent » de l'IDE (Infirmier Diplômé Etat), l'AS (Aide-Soignant) et l'ASH (Agent Service Hospitalier) sur les thèmes hygiène, mobilité, douleur et fin de vie, et nutrition.**
- **Poursuivre l'évaluation systématique de la douleur avec l'outil « ALGOPLUS » et en assurer la traçabilité sur le logiciel de soins.**
- **Signer une convention avec un dentiste afin d'apporter des soins aux résidents ne pouvant plus se déplacer.**
- **Faire intervenir l'UFSBD régulièrement pour une évaluation buccodentaire de tous les résidents.**
- **Stipuler dans le dossier de soins et le DLU (Dossier Liaison Urgence) la présence ou non d'escarres.**
- **Mener une réflexion éthique sur la gestion des paradoxes « sécurité donnée par la contention ou respect de la liberté d'aller et venir pour le résident et définir une conduite à tenir pour les équipes.**
- **Développer la mise en place des directives anticipées et identifier les décisions d'arrêt de prise en charge dans le cadre de fin de vie.**
- **Former les référents qui ne le sont pas.**
- **Faire intervenir un médecin psychiatre à la résidence, à la demande de l'équipe pluridisciplinaire et/ou de la famille, en accord avec le médecin traitant. Le médecin psychiatre a un rôle de consultant, il pourrait proposer des réajustements de traitement validés après accord du médecin traitant.**
- **Investir dans un logiciel de soins efficace et complet.**
- **Créer un kit d'accompagnement de la fin de vie, constitué de cd de musique, diffuseur d'huiles essentielles, ...**
- **A l'accueil de jour : renforcer le lien avec les aidants en leur proposant des activités communes avec l'aidé.**

III PROJET SOCIAL – PROJET QUALITÉ

III-1 LE PROJET SOCIAL

La politique sociale de l'établissement est basée sur la reconnaissance des collaborateurs, qui contribuent par leur travail à la réalisation des missions de chacun des services, dans le respect des valeurs définies.

Il est demandé à l'ensemble des salariés d'adopter une attitude empreinte de courtoisie et de bienveillance et de bien respecter les recommandations de bonnes pratiques et les valeurs de l'Association. De même, l'ensemble des professionnels est soumis à la discrétion et au secret partagé.

III-1-1 - Le personnel

Le Conseil d'Administration de l'Association Vermeil a décidé les délégations de la directrice.

La directrice représente ainsi l'employeur (Président de l'Association) dans le cadre des attributions et conditions définies dans le document unique de délégation de pouvoir (DUD).

Le document unique de délégation de pouvoir précise également les domaines qui relèvent du Conseil d'administration ou du président.

En application de l'article D.312-176 du code de l'Action Social et des familles, le document est porté à la connaissance :

- du personnel par voie d'affichage sur les lieux de travail
- du conseil de la vie sociale
- des autorités publiques ayant délivré l'autorisation.

Les missions des professionnels sont détaillées, selon leur service d'intervention, dans les différentes parties du projet d'établissement.

III-1-1-1 L'organigramme

L'établissement dispose approximativement de 43 ETP (Equivalent Temps Plein), hors remplacements.

Tableau des effectifs

ETP	TOTAL
Direction Administration	3,33
Serv. Généraux	1
Activité Serv. Sociaux	0
Agents de soins	15
Psychologue	0,30
Psychomotricien	1
AS/AMP	16
IDE dont Idec	5
Médecin	0,29
Chauffeur	1
TOTAL	42.92

2 ETP cuisiniers, salariés de la société de restauration, sont à inclure.

Commentaires :

Selon la source KPMG observatoire-EHPAD 2014

La moyenne des ratios de personnels pour un EHPAD de – de 119 places est de 0.57 ETP

Les taux d'encadrement par section tarifaire sont en moyenne de :

0.24 ETP pour la section hébergement - 0.13 ETP pour la dépendance - 0.21 ETP pour le soin



ORGANIGRAMME

Résidence Saint Léger

09/12/2021

Droits humains, Code de l'action sociale et de la famille... Loi (02 01 2002, ...), Loi H157 du 21 07 2009, Loi ASV du 28 12 2015, Loi santé 2019, les IBPP de l'ANESM (reprise par la HAS), décrets, circulaires, ...

Convention tripartite de 2012
CPOM 2021 ?

Autorités de tarification et de contrôle :

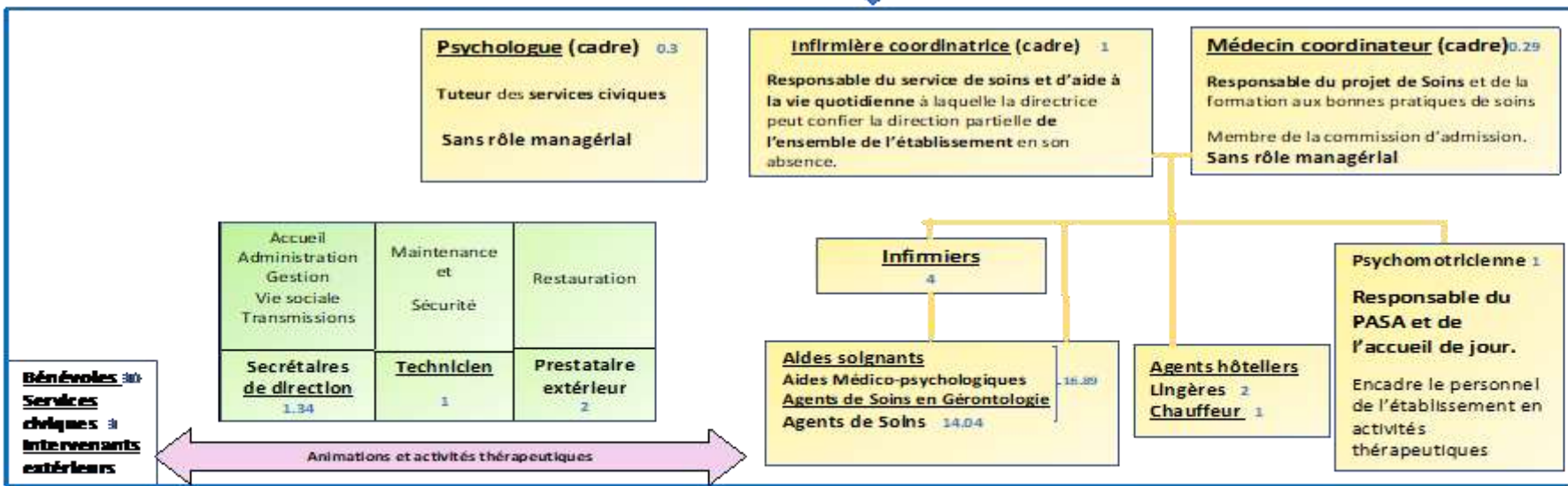
- AIS
- CONSEIL DEPARTEMENTAL
- PREFECTURE

Règlementations spécifiques :

- Règlementations sanitaires (alimentation, légionnelle...), et techniques (incendie, intempéries, épidémie...)
- Code du travail, conventions collectives...
- Charte de la personne âgée,
- CVS
- ...

Association Vermeil
Son conseil d'administration
Représenté par son **PRESIDENT**

Directrice (cadre) 1



Légende :

- Instances
- Généralistes
- Responsable de l'établissement
- Soins et accompagnement de la vie quotidienne
- Administration générale
- Accompagnement à la vie sociale

Total ETP
43.86

III-1-1-2 La politique de recrutement, d'accueil et d'intégration

L'étape du recrutement est essentielle. Il convient de placer les besoins en compétence au centre du processus du recrutement en lien avec la gestion des métiers et compétences et les fiches de poste. L'objectif est de garantir aux nouveaux professionnels un cadre sécurisé de prise de fonction.

III-1-1-2-1 Le recrutement

L'art de recruter est de mettre en adéquation les besoins de l'établissement en termes de compétences d'un côté, et les attentes des professionnels de l'autre.

Le recrutement comporte plusieurs phases :

- rédaction de l'annonce afin de publier les postes à pourvoir à Pôle Emploi, dans les centres de formation, sites internet et sur le compte facebook de la résidence pour certains postes.
- choix des candidats : les curriculums vitae sont étudiés avec attention selon les critères de parcours professionnels, évolution du professionnel, acquisition de compétences.
- la conduite des entretiens d'embauche selon notre grille d'analyse d'entretien.
- le recrutement est réalisé par le responsable hiérarchique et validé par la Directrice en tenant compte des obligations des compétences requises (diplômes réglementés ou recommandés, habilitation...).

III-1-1-2-2 L'accueil du salarié et son intégration

Afin de s'assurer que le nouveau professionnel ait de bonnes chances de s'intégrer à l'organisation, nous avons élaboré un document formalisé reprenant les différentes phases à respecter pour l'accueil d'un nouveau salarié :

- le soutien d'un salarié habituel qui peut répondre aux interrogations du nouveau salarié.
- l'organisation de période de « doublure », avec un professionnel habitué et compétent.
- la réalisation d'un suivi entre le salarié et son supérieur hiérarchique pendant la période d'essai.

L'accueil et l'intégration d'un nouveau salarié doit permettre :

- de faciliter la prise de fonction
- d'optimiser la période d'apprentissage en facilitant la transmission des savoirs professionnels
- de faciliter la connaissance des informations concernant les projets individualisés et prise en charge des résidents
- d'obtenir un maximum d'information sur l'établissement, son organisation, le fonctionnement de service
- de s'assurer de la compréhension des protocoles, des procédures de travail.

III-1-1-3 La gestion des absences

La gestion des absences est primordiale pour que le service assuré aux résidents soit de qualité.

Une procédure d'absence congés payés est mise en œuvre dans l'établissement afin d'anticiper ces absences. Dans l'intérêt des résidents et des professionnels en poste, il a été également défini, par service, un nombre d'absences à ne pas dépasser afin d'assurer de manière optimale l'organisation des services.

Un accord d'aménagement du temps de travail avec une modulation est mis en place. Deux postes dits "volants" confiés à des membres du personnel autonomes et polyvalents sont également prévus pour les remplacements, permettant de ne pas recourir à du personnel extérieur.

Pour autant, la gestion des absences pour raison maladie, accident de travail ne peut être anticipée.

Afin d'optimiser la gestion des remplacements, nous avons réalisé un fichier de remplaçants alimenté par les candidatures spontanées. L'établissement peut également dans un premier temps avoir recours aux personnels à temps partiel (en particulier les élèves infirmiers qui disposent d'un contrat de travail pour les week-ends) qui pourront avec leur accord augmenter leur temps de travail avec cependant la contrainte du respect du droit du travail.

L'accueil de stagiaires nous permet de repérer des éventuels candidats avec un avantage certain de la connaissance de notre fonctionnement.

Par ailleurs, certains postes ne sont pas remplacés tels que le poste du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice, du psychologue, et de la psychomotricienne.

III-1-2 - Les textes applicables aux salariés

III-1-2-1 La convention collective

L'établissement fait l'application volontaire de la convention collective du 31.10.1951 de la FEHAP et de ses avenants. Elle permet un repère pour les conditions de travail des salariés. Deux accords d'entreprise ont été signés : intéressement aux résultats et aménagement du temps de travail.

III-1-2-2 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur est en vigueur dans l'établissement. Il s'applique à tous les membres du personnel, intérimaires, stagiaires. Ce document élaboré par la Direction, a pour objet de rappeler à chacun ses droits et ses devoirs afin d'organiser la vie dans l'entreprise dans l'intérêt de tous.

III-1-2-3 Le Document Unique de Délégation

Le document unique des délégations s'inscrit dans le cadre de la loi 2002-2 réformant l'action sociale et les institutions sociales. Il a pour objet de préciser par écrit les missions et compétences confiées par délégation à la Directrice et de rendre visibles les délégations telles qu'elles sont organisées au sein de l'établissement.

III-1-2-4 Les recommandations professionnelles

Les recommandations professionnelles sont des outils d'aide à la décision dans les domaines notamment de la sécurité, de l'hygiène, de l'accompagnement des résidents et leurs proches. Elles permettent d'engager une réflexion et de donner des pistes d'actions sur nos méthodes de travail pour améliorer les prises en charge globale de nos résidents. Les recommandations professionnelles sont des guides de bonnes pratiques professionnelles. Elles nous indiquent les conduites à tenir et nous permettent ainsi de réinterroger et d'adapter nos organisations.

Dans notre secteur d'activité, nous utilisons plus particulièrement :

- les recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux) et fiches repères.

- les recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'HAS (Haute Autorité de Santé),
- les dossiers thématiques et fiches techniques du Centre de Prévention des Infections Associés aux Soins,
- le guide « des bonnes pratiques de soins en EHPAD » élaboré par la société française de gériatrie et gérontologie,
- des supports de communication de l'agence Santé Publique France.

Dans le but d'adapter les recommandations professionnelles à nos pratiques, nous avons élaboré des protocoles afin de faciliter l'appropriation et de guider les professionnels dans les conduites à tenir.

Dans notre démarche qualité :

- **le protocole** est un guide interne d'application des procédures, adapté à l'établissement. Il décrit une tâche simple, réalisée le plus souvent par un seul acteur.

III-1-3 - Les instances représentatives du personnel

Le CSE (Comité Social et Economique) est une instance unique de représentation du personnel composée de l'employeur et d'une délégation élue du personnel.

En 2019 à l'occasion de la mise en place du CSE, un constat de carence a été effectué pour les professionnels non cadre.

III-1-4 - Actions favorisant les conditions de travail

III-1-4-1 La qualité du management

Le résident a une place centrale dans le management. L'objectif de l'équipe encadrante est donc de fédérer l'équipe autour d'un même projet structuré comme une évaluation des pratiques professionnelles. Le management est un outil permettant de concilier les besoins des usagers et les exigences de l'EHPAD.

L'association a développé un management par la qualité avec pour objectif d'améliorer :

- le service rendu au résident,
- la sécurité des personnes,
- la satisfaction des résidents, familles et prestataires, mesurée chaque année par un questionnaire qualité
- l'efficacité de l'établissement (résultats obtenus/ moyens mobilisés).

Ainsi, le management est basé sur des démarches participatives. Les modalités d'accompagnement des salariés doivent être suffisamment souples pour que l'encadrement soit réactif et individualisé.

Afin d'accompagner au mieux les salariés et développer la « culture positive de l'erreur », différents entretiens professionnels existent :

l'entretien d'intégration (à mi-parcours de la période d'essai, voire davantage si nécessaire, puis à l'issue de la période d'essai), l'entretien annuel d'évaluation, l'entretien de recadrage et l'entretien professionnel (tous les 2 et 6 ans).

Ces entretiens recouvrent (outre leurs formes légales) :

- une fonction d'appréciation du travail, des compétences et des résultats atteints en rapport avec les objectifs fixés ;
- une fonction d'échange sur le contexte de l'entreprise, sur les conséquences de l'activité du salarié et sur les objectifs collectifs et individuels.

Ainsi, les entretiens ont pour objectif d'ouvrir le dialogue autour de l'évolution professionnelle et d'adapter l'accompagnement nécessaire pour le salarié.

III-1-4-2 Les réunions du personnel

La participation des personnels est facilitée lors des réunions de service.

Il existe :

- un temps de transmission journalier de 45 minutes environ,
- des réunions pour les services MAPAD Cantou et accueil de jour,
- des réunions d'encadrement,
- des groupes de travail à thème,
- des réunions trimestrielles de l'ensemble du personnel.

Par ailleurs, la communication est réalisée également via le système informatique.

III-1-4-3 L'évaluation des risques professionnels

Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) est rédigé. Ce document consiste à évaluer les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés de l'établissement. Cette évaluation permet d'élaborer un plan d'action. L'ensemble de ce document est réévalué une fois par an. Il est présenté à l'ensemble des équipes et transmis au médecin du travail. Ce document est consultable par l'ensemble des professionnels.

La prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail est assurée grâce à des accompagnements spécifiques : entretiens avec la médecine du travail, – formations adaptées, formation à l'utilisation de matériel spécifique. L'ensemble des équipes a bénéficié d'une formation PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique) en 2019 et 2020.

Chaque salarié bénéficie conformément à la législation également de visites médicales (à l'embauche, lors d'une reprise après un long arrêt de travail, et périodique) auprès d'un médecin du travail.

III-1-4-4 Les ressources matérielles

Afin de contribuer aux bonnes conditions de travail, l'établissement est doté :

- d'une architecture adaptée et pensée afin d'avoir le matériel à portée de main et d'éviter de faire des pas inutiles
- d'une architecture accessible pour les personnes à mobilité réduite afin d'assurer les transferts dans de bonnes conditions
- de la mise à disposition de nouvelles technologies telles les ordinateurs, écrans, tablettes, l'accès en réseau, l'accès internet, les téléphones sans fil.
- de la mise à disposition de bureau pour certaines fonctions telles que pour le médecin coordonnateur, les infirmier(e)s, la (ou le) psychologue, la psychomotricienne.
- de verticalisateurs, lèges malades, draps de glisse, disques... facilitant les transferts
- de matériaux légers et adaptés pour les chariots de soins, d'entretien.
- un espace restauration pour le personnel.
- des vestiaires du personnel conformes aux exigences du droit du travail.
- un espace à l'extérieur pour les fumeurs

La direction porte une attention particulière aux demandes formulées par les professionnels et veille régulièrement à ce que le matériel soit en bon état de marche afin de permettre à chacun de travailler dans les meilleures conditions possibles favorisant ainsi une prise en charge optimale des résidents.

III-1-4-5 L'ambiance sociale

Le travail en EHPAD est complexe et difficile pour les salariés. Outre les obligations de prévention des risques et de la santé au travail, favoriser le bien-être des professionnels dans une organisation est un impératif : prendre soin du salarié pour qu'il puisse prendre soins des résidents. La direction sera donc attentive aux indicateurs comme l'absentéisme et les retards, la cohésion entre salariés, le nombre des incidents, les relations de travail avec l'encadrement, les revendications lors des réunions, l'intensité de la charge de travail, l'insécurité de la situation de travail.

Selon les analyses de ces indicateurs, des actions avec l'appui de partenaires extérieurs pourront être menées (groupe de parole – intervention de la médecine du travail...).

III-1-5 - Gestion prévisionnelle des emplois et des Compétences (GPEC).

Faire de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences signifie, d'une part, de maîtriser les évolutions de l'emploi et d'autre part, de permettre à chaque salarié d'élaborer et de mettre en œuvre un projet d'évolution. Les entretiens professionnels qui ont lieu tous les deux ans permettent d'identifier les besoins et désirs des salariés. Des recherches de financements peuvent être formalisées auprès des OPCO (organisme chargés de collecter et de gérer les contributions obligatoires au titre de la formation professionnelle).

III-1-6 - La formation

III-1-6-1 Le Plan de formation de l'établissement

L'acquisition de connaissances permet d'améliorer la qualité d'accompagnement, de service et de soins. Les formations doivent amener les équipes à un savoir-faire et un savoir-être correspondant aux bonnes pratiques.

Le plan de formation est établi annuellement. L'ensemble du personnel est concerné.

Des formations internes et externes sont dispensées :

- le médecin coordonnateur assure des formations en utilisant les supports Mobiquel ou les recommandations de bonnes pratiques (par exemple en 2020, "la grippe", "la pemphigoïde bulleuse").
- des fournisseurs assurent également des sensibilisations (par exemple, sur l'utilisation des changes pour les résidents incontinents).

Intitulé de la formation	Personnels concernés	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sécurité incendie	L'ensemble des professionnels	28	30	42	36	42	37
Gestes et soins d'urgence niveau 1	ASH – lingère de nuit – direction administrative – agent de service logistique		13	6	1		14
Gestes et soins d'urgence niveau 2	IDE – AMP – psychomotricienne	9	1	2	9		6
Psychiatrie du sujet âgé : approche clinique et problématiques institutionnelles	IDE - Psychologue	2					
Une approche globale et bienveillante de l'instant repas	AMP- ASH- IDE-psychomotricienne		8				
L'information au cœur de la vie des organisations	direction	1					
Les entretiens de psychomotricité	psychomotricienne	1					
Formation assistant de soins en gérontologie	AMP		1	1 (suite)	1 (suite)		
Formation Outlook	IDE-Direction - Direction administrative		5				
Hygiène et prévention des infections	IDE		1				
Connaitre les fondamentaux de la maladie d'Alzheimer	Agent de service logistique		1				
EPRD	Direction		1				
Management d'équipe	psychomotricienne		1				
L'analyse financière	Direction		1				
La douleur	IDE		1				
Atelier d'information sur les aides techniques de manutention	AMP – IDE – ASH - Agent de service logistique			9			
Gestion de l'agressivité	AMP – IDE – psychologue – ASH – direction - auxiliaire de soins – psychomotricienne - direction administrative			17			
Référente hygiène	IDE			1			
Prévenir les risques de prolifération des légionnelles	ASH			1			

Mettre en place des activités d'atelier et d'activité, un soin à part entière	Agent de service logistique			1			
Relation d'aide	ASH – AMP - lingère de nuit – IDE - Agent de service logistique - direction administrative				30		
Repérer, prévenir et apaiser les troubles psychos comportementaux.	ASH - Agent de service logistique – psychomotricienne – AMP - direction administrative				12		
Colloque « une vie risquée pour viser le maintien à l'autonomie, la liberté et le bien-être en EHPAD	IDE – ASH – direction – psychomotricienne - AMP				6		
Evolution du public accueilli et nouvelles pathologies	Lingère de nuit - ASH - Agent de service logistique				4		
EPRD Etat des prévisions de recettes et de dépenses d'un EMS	direction – comptable				2		
La protection des données personnelles dans le secteur médico-social : comment agir en conformité avec le règlement européen dit « RGPD »	direction				1		
Construire ses propositions budgétaires 2018	Direction				1		
Actualité droit du travail	Direction				1		
Hygiène des locaux en Ehpads	Ash As					24	
Management des équipes de soins	Direction Idec Ide Psychomotricienne					6	
Prévention Risques Activité Physique	Tout le personnel concerné					30	8
DPAS	Agents de soins					2	
Habilitation Electrique BR + BS	Personnel Astreinte + Technicien + Cuisiniers					7	
Mise en place du CSE	Direction					1	
Logiciel soin Livia	Idec + ASH + AS + ide + med-co					15	
Travailler en équipe	Tout le personnel (hormis encadrement)						35
Ageval démarche qualité	Direction + Idec						2

Les formations ont aussi pour objectif de développer la culture d'entreprise et la cohésion d'équipe. Les formations réglementaires sont dispensées en fonction des besoins individuels (habilitation électrique, gestes 1^{er} secours, formation incendie, actualisation des connaissances comptable, ressources humaines...).

Un questionnaire de fin de formation recense la satisfaction des participants.
La mise en pratique des acquis est abordée lors des transmissions.

III-1-6-2 L'accueil des stagiaires – Service civique

Stagiaires :

Toute l'année la maison accueille de nombreux élèves pour des périodes de stage sur les services soins, hôtellerie, service administratif. L'accueil des stagiaires fait systématiquement l'objet d'une convention de stage avec les institutions de formation et l'élève.
Les stagiaires sont sous la responsabilité de tuteur (personnel de l'établissement selon les services). Les premiers jours, les stagiaires sont en observation. Ensuite, des tâches leurs sont confiées sous contrôle des titulaires.

Cette ouverture permet à chaque membre du personnel de réinterroger sa pratique. Ce regard extérieur contribue à la lutte contre la maltraitance, susceptible d'être générée par l'habitude.

96 stagiaires ont été accueillis en 2020 : 30 élèves infirmiers, 16 élèves aides-soignants, 30 stagiaires de lycées professionnels préparant des BAC professionnels et 20 des mentions complémentaires.

Service civique :

Depuis 2017, l'établissement est engagé dans une démarche d'accueil de 3-4 jeunes volontaires dans le cadre d'un service civique pour une période de 6 mois.

Le service civique est un engagement au service de l'intérêt général qui permet aux jeunes volontaires de réaliser une mission en faveur de la cohésion nationale et de la solidarité.

Les missions confiées par l'établissement concernent l'accompagnement des personnes âgées malades et/ou handicapées pour rompre leur solitude tout au long de la journée dans un espace collectif chaleureux favorisant le contact (discussions stimulantes et chaleureuses sur un fond musical – maintien des acquis et élargissement des connaissances des résidents – maintien de l'autonomie gestuelle et éveil des sens – retrouver et mettre en pratique les gestes de la vie quotidienne) ou individuellement.

III-1-7 - Données sociales : le suivi d'indicateurs

Il s'agit d'indicateurs de gestion dans le domaine des ressources humaines ; ces indicateurs nous permettent d'obtenir « un état des lieux » de la situation du personnel dans l'établissement. L'analyse de ces indicateurs permet ensuite d'anticiper, de planifier des actions et de communiquer avec le personnel.

✓ L'indicateur absentéisme

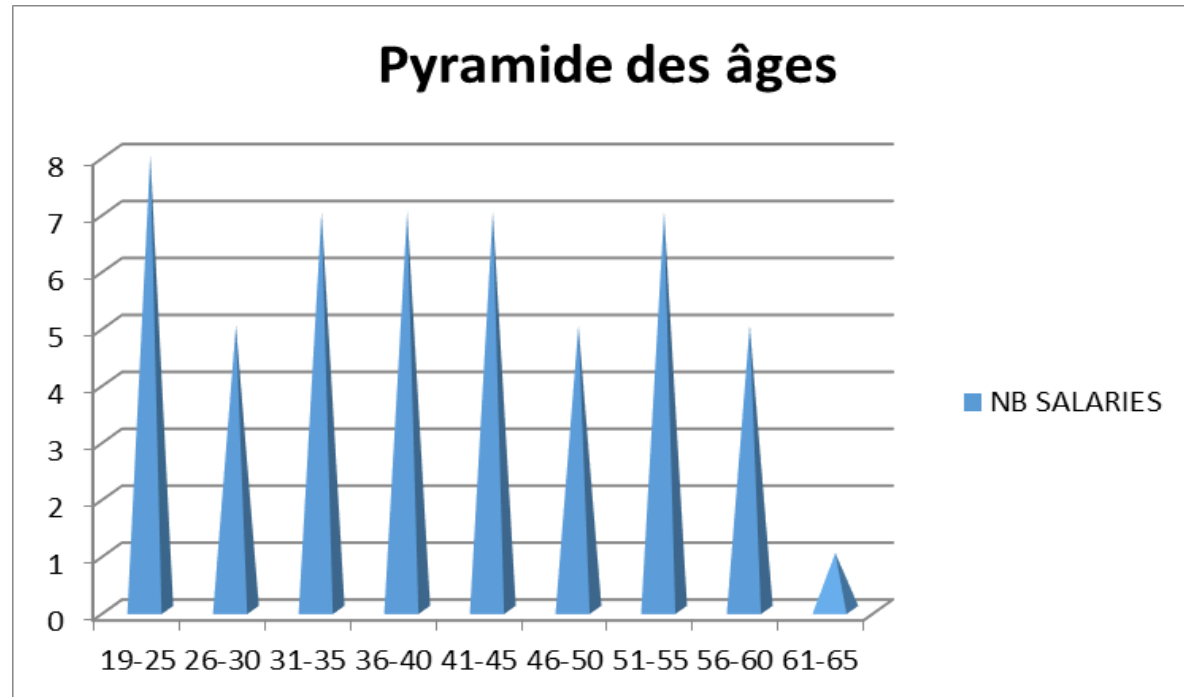
Nous assurons un suivi de toutes les formes d'absence (maladies, accidents du travail, maladies professionnelles, etc.) et leurs liens avec les conditions de travail – nombre d'arrêts par salariés – durée de l'arrêt.

Nature des arrêts	2018			N (2019)		
	Nombre de jours d'arrêts	Nombre d'arrêts	Nombre de salariés concernés	Nombre de jours d'arrêts	Nombre d'arrêts	Nombre de salariés concernés
Accident de travail	153	2	2	38 (dont accident trajet)	2	2
Arrêt maladie	766	18	17	1176	24	19
Maternité	0	0	0	128	1	1
Congés enfants malade	6	3	3	7	4	2
Congés événement familial	15	5	5	16	5	6

Commentaire :

Il est constaté une augmentation de 410 jours d'arrêt maladie dû essentiellement à un arrêt de travail maladie de longue durée (du 18/1/2019 au 31/12/2019)

✓ **L'indicateur Pyramide des âges**



38,46 % des salariés ont moins de 35 ans - 36,53 % des salariés ont entre 35 et 50 ans – 25 % des salariés ont plus de 50 ans.

Objectifs d'amélioration :

- poursuivre les formations des professionnels
- solliciter l'Unité Cognitivo-Comportementale de Villiers Saint Denis (02) pour approfondir les techniques d'astuces d'apaisement
- renouveler l'enquête « bien-être au travail »
- identifier les signes précurseurs de mal être ressentis au travail afin d'anticiper les situations difficiles
- pérenniser la présence d'une 5^{ème} infirmière pour que chaque Ide soit référente d'un domaine de qualité (nutrition/Hygiène/mobilité et chute/ douleur et fin de vie).
- créer des trinômes de qualité composés avec l'Ide, d'un agent de soins et d'une aide-soignante,
- mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles,
- installer les rails de plafond pour faciliter la manipulation des résidents dépendants,
- professionnaliser un poste d'agent d'accueil au salon (actuellement un service civique)
- confirmer la création d'un poste à temps plein d'entretien des locaux, tuteur d'un apprenti qui le seconderait.

III-2 LE PROJET D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE

III-2-1 - Cadre légal

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale institue l'évaluation interne et externe des établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du CASF (article L.312-8 du CASF). Le législateur a ainsi lié la démarche d'évaluation au contenu d'une loi qui consacre la place de l'utilisateur et instaure la qualité comme exigence de l'action sociale.
- Le Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux dispose que « l'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse » Elle précise que l'évaluation interne et l'évaluation externe portent sur le même champ. Il souligne en particulier que l'évaluation doit porter sur l'effectivité des droits des usagers et les conditions de réalisation du projet de la personne, notamment « la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes ».
- Conformément aux dispositions de l'article L.312-8 du CASF¹, « les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.»

III-2-2 - Les engagements de l'établissement

Au-delà du respect des obligations réglementaires, le conseil d'administration, la direction et les personnels partagent une volonté commune :

- placer chaque résident et sa famille au cœur de la résidence,
- s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies.

Il existe dans l'établissement une réelle démarche qualité. L'évaluation des situations, des pratiques se font au quotidien et au fur et à mesure de l'apparition des situations.

"Le lien est étroit entre les notions de qualité, d'évaluation et de recommandations. Les recommandations professionnelles sont des outils indispensables dans la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. L'appropriation de ces outils apparaît donc aujourd'hui comme un gage de la qualité." (CASF : code de l'action sociale et des familles)

De nombreux protocoles sont rédigés afin de transmettre aux salariés les conduites à tenir, d'harmoniser les pratiques et de prévenir les risques liés à la vie de l'établissement.

L'établissement s'est doté d'un logiciel spécifique « AGEVAL® » qui couvre l'ensemble des problématiques du pilotage de la qualité et de la gestion des risques :

- pilotage des Plans d'Actions,
- gestion des Indicateurs qualité,
- auto-évaluations et audits ponctuels,
- statistiques d'évaluations,
- enquêtes : édition et analyse,
- gestion documentaire,
- déclaration des événements indésirables,
- cartographie des risques,
- DUERP,
- gestion des risques.

III-2-3 - Les objectifs

➤ Mettre en place une démarche d'évaluation interne :

Diverses sources permettent les remontées d'informations (Réunions CVS, réunions avec les professionnels, réunions avec les bénévoles, les documents d'évènements indésirables, le recueil d'indicateurs...). La direction peut ainsi les intégrer dans le plan d'action de la démarche qualité.

Il existe également :

- la réalisation des questionnaires qualité familles, résidents, personnels
- la réalisation des questionnaires risques de maltraitance et autotest risque maltraitance
- la réalisation de l'auto-évaluation des risques infectieux
- la réalisation tous les 5 ans de l'évaluation interne (dernière évaluation en 2018) et rédaction du plan d'action sur AGEVAL

➤ **Mesurer la satisfaction des résidents – familles et des salariés :**

- en réalisant un recueil des dysfonctionnements et en analysant les accidents.
- en réalisant des enquêtes de satisfaction portant sur la sécurité – l'hébergement – le cadre de vie – la restauration – la qualité de vie – les soins – la relation avec les personnels – les prises en charge spécifiques (douleur – dénutrition – escarre – contention – fin de vie) auprès des résidents et auprès des familles.
- en réalisant des enquêtes de satisfaction auprès des professionnels portant sur le bien-être au travail, les conditions de travail, la pertinence du plan de formation, le soutien psychologique.
- en analysant et en diffusant les résultats des enquêtes de satisfaction.

➤ **Mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité :**

- en élaborant et en actualisant, à l'issue de chaque auto-évaluation ou évaluation, des programmes d'amélioration et des fiches d'action.
- en planifiant des objectifs mesurables
- en mesurant l'adéquation entre les moyens quantitatifs et qualitatifs au regard du GMP – PMP
- en assurant un suivi de l'actualisation des documents qualité
- en assurant un suivi de divers indicateurs qualité

➤ **Mettre en place une démarche de projet :**

- en assurant un suivi de la mise en œuvre du plan d'actions AGEVAL,
- en assurant un suivi de l'application des protocoles – procédures, recommandations de bonnes pratiques.
- en procédant à une évaluation et à une réactualisation du projet d'établissement au minimum tous les cinq ans.

III-2-4 - Recueil et traitement de l'indice de satisfaction

III-2-4-1 Enquête de satisfaction des résidents

Afin d'évaluer et d'améliorer la qualité de la prise en charge et les prestations proposées au sein de l'établissement, la Direction met en place des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et familles.

La dernière enquête de satisfaction a été réalisée en 2020 sur les données 2019.

III-2-4-2 Le traitement des réclamations

L'établissement a mis en place des fiches d'évènement indésirable donnant lieu à des réponses systématiques et à des actions correctives. Par ailleurs, les résidents, familles et proches peuvent demander un rendez-vous à tout moment soit auprès de la direction, soit auprès du médecin coordonnateur ou de l'infirmière coordonnatrice.

Sur l'année 2019 l'analyse a porté sur 7 fiches d'événements indésirables.

III-2-5 - Les évaluations internes

Depuis 1999, les EHPAD sont engagés dans une démarche d'amélioration continue de leurs prestations.

Dans ce cadre, l'établissement a mis en place un groupe de travail avec des professionnels de février 2018 à février 2019 afin de réaliser une auto évaluation.

L'évaluation nécessite une démarche participative et collective. Elle permet de vérifier la cohérence entre ce qui est écrit et ce qui est réalisé en pratique.

III-2-5-1 L'objectif

Améliorer la qualité des prestations des résidents :

- doit être une aide pour adapter le fonctionnement de l'établissement et les pratiques des professionnels aux attentes et besoins des résidents
- porter une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets pour les résidents
- l'évaluation interne permet aux professionnels de réfléchir à leurs pratiques et de donner du sens à leur engagement dans l'accompagnement des résidents.

III-2-5-2 Le comité d'évaluation/éthique

Un comité d'évaluation interne a été mis en place en 2012. Il est composé de 21 personnes : des professionnels, des représentants de l'organisme gestionnaire (membres du Conseil d'Administration), des représentants des familles, des représentants des bénévoles et d'un représentant des usagers (Président du CVS).

Il a vocation à gérer les situations (relationnelles ou de soins) ressenties par un ou plusieurs membres du personnel ou de l'entourage de la personne comme complexes nécessitant un regard multidisciplinaire.

Les situations génératives de conflits avec les résidents, les familles, entre membres du personnel sont souvent :

- la difficulté à recueillir le consentement
- les refus de soins
- les « troubles du comportement dits productifs »
- la difficulté de concilier garantie de sécurité et respect de la liberté d'aller et venir
- la difficulté de respecter les choix, les goûts
- la gestion des risques, sécurité, sécurisation
- le respect de la dignité de chaque personne, de son intimité
- les épisodes d'agressivité, les troubles du comportement, les refus alimentaires et les soupçons de maltraitance.

Le comité d'éthique développe deux niveaux de réflexion :

- un niveau de réflexion par thème,
- un niveau d'intervention sur des situations précises vécues par les professionnels et/ou les familles et leurs parents.

Le comité participe également à l'analyse des résultats des questionnaires de satisfaction.

III-2-5-3 Réalisation des autoévaluations

Deux auto-évaluations ont été réalisées dans l'établissement

- Première auto-évaluation : du 1/10/2012 au 12/1/2013
- Deuxième auto-évaluation : du 9/2/2018 au 22/2/2019

Le rapport de l'évaluation interne a été transmis aux autorités de contrôle le 19/8/2019.

Un plan d'action d'amélioration de la qualité est en cours de réalisation.

III-2-6 - Réalisation de l'évaluation externe

Le cabinet ERREVA a réalisé l'évaluation externe de l'EHPAD Résidence Saint Léger en janvier 2014.

La démarche a été réalisée en conformité du Décret 15 mai 2007. Ainsi, une appréciation globale de l'établissement a été portée, par rapport aux 6 grandes questions évaluatives identifiables :

- l'adaptation de la structure évaluée aux besoins et attentes identifiés chez les publics pris en charge et au sein des priorités de santé publique ;
- la mise en œuvre des droits des usagers et à l'individualisation de la prise en charge ;
- la démarche et les résultats de l'évaluation interne ;
- l'inscription dans l'environnement (perception externe, coopération inter institutionnelles, complémentarités...) ;
- l'organisation et les moyens du service dans ses fonctions supports (ressources humaines, gestion des risques, système d'information, matériel et locaux...) ;
- les spécificités de l'accompagnement propres au champ d'intervention de la structure évaluée.

Pour réaliser cette évaluation, un référentiel a été élaboré à partir de ces registres, des exigences de la loi 2002-2 et des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

En 2014, le rapport de l'évaluation externe a été présenté en Assemblée Générale devant les invités présents (administrateurs, personnels, résidents, familles, bénévoles) et communiqué aux autorités de contrôle.

III-2-7 - L'amélioration continue de la qualité

III-2-7-1 Bilan des actions d'amélioration menées depuis la signature de la 2^e convention tripartite

L'établissement est en cours de finalisation du plan d'amélioration de la qualité.

III-2-7-2 Programme d'amélioration continue de la qualité sur les cinq années à venir

Le comité de pilotage a défini le programme d'amélioration continue de la qualité pour les cinq années à venir. Afin d'établir le plan d'action, une analyse fine des résultats de l'évaluation interne et externe et des enquêtes de satisfaction a été réalisée.

Les fiches de dysfonctionnement, les retours des résidents et familles ainsi que les remontées d'information réalisées par le personnel sont également pris en compte.

Les actions ont ensuite été priorisées au regard des obligations réglementaires, des besoins des résidents et des possibilités de l'établissement tant organisationnelles que financières.

III-2-7-3 Les modalités d'évaluation de la démarche d'amélioration continue de la qualité

Les plans d'actions seront suivis et mis à jour par le comité de pilotage lors d'une réunion semestrielle. L'élaboration du tableau de suivi permettra à la direction de s'assurer de l'avancée de la mise en œuvre du plan d'action. Les enquêtes de satisfaction, l'analyse des dysfonctionnements, les échanges lors des réunions CVS, l'évaluation externe permettront de mesurer l'atteinte des objectifs.

Objectifs d'amélioration :

- pérenniser la démarche d'amélioration continue de la qualité
- poursuivre les enquêtes internes auprès des résidents – familles et professionnels

III-3 LES PERSPECTIVES D'AVENIR

Projets d'amélioration pour le projet architectural et les perspectives d'avenir :

- investir dans le changement des fenêtres et installer des volets roulants électriques permettant de renforcer l'isolation de la maison,
- construire une véranda sur la terrasse MAPAD ?
- construire une terrasse dans le prolongement du salon de l'accueil de jour ?
- poursuivre les enquêtes internes auprès des résidents – familles et professionnels

CONCLUSION :

Les résultats des enquêtes récentes, au regard d'événements graves, mais heureusement rares s'étant déroulés dans certains établissements, montrent que les EHPAD constituent « un modèle d'hébergement qui doit se réinventer et se moderniser pour répondre aux demandes des usagers :

- 68%des français ont désormais une mauvaise image des maisons de retraites (+12pt entre 2017 et 2019)*
- 8/10 des français considèrent que l'on « perd son autonomie de choix» lorsqu'on entre en maison de retraite**
- Des attentes claires des Français***:
 - allouer plus de moyens aux EHPAD
 - ouvrir les EHPAD sur l'extérieur et impliquer les familles
 - donner plus de liberté aux résidents
 - personnaliser la prise en charge et la rendre plus humaine
 - transformer les EHPAD en lieux de vie
 - favoriser les activités des résidents, entretenir l'autonomie
 - mieux coordonner les soins



* Baromètre santé : La prise en charge du grand âge et de la dépendance

** L'enquête du Crédoc-juin2018-2014 personnes

*** Concertation Grand âge et autonomie –Rapport Libault 2019 »

Sources : **happyta**

Ouvrir la maison sur l'extérieur, impliquer les familles, ne pas imposer d'horaires de visites ou de sorties, adapter et individualiser nos interventions auprès des résidents, accueillir dans une maison et non dans une institution, rendre du sens à la vie des personnes vivant à la résidence ? c'est ce que nous faisons (ou essayons de faire ?) depuis 30 ans.

Ces constatations nous confortent donc largement dans la politique menée depuis 3 décennies au sein de notre maison et dont le projet d'établissement présenté ci-dessus détaille la mise en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

Documentation

- « Guide pour la cartographie des Emplois/Compétences » CNFPT
- « Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019 » Stratégie Nationale de Santé
- DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.
- Le projet régional de santé (PRS) 2018 - 2028 définit la politique de santé de la région des hauts de France, en cohérence avec la stratégie de santé nationale.
- Référentiel « Angélique » - référentiel « AGEVAL »
- Recommandations de bonnes pratiques et fiches repères de l'ANESM
- Guides HAS (pratiques de management, vigilances, infections nosocomiales ...)
- Travaux du CCLIN
- « Repères sur la pénibilité pour améliorer la qualité de vie au travail » Guide ARACT – 2016
- « Pénibilité au travail : agir sur le terrain » Edition Tissot – 2018-2019

Textes législatifs :

- Loi du 2 janvier 2002
- Loi « hôpital, patients, santé et territoire » n° 2009-879 du 21 juillet 2009
- Ordonnance du 1er Décembre 2015
- Loi du 28 Décembre 2015 sur les CPOM
- Loi ASV
- Décret du 30 décembre 2015.
- Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007

- Décret du 7/7/2005
- Décret 15 mai 2007
- Article L. 342-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF).
- Article 6 de la loi du 1er juillet 1901
- Article L.311-8 du CASF
- Article L. 342-2 du CASF
- L.312-1 du CASF (article L.312-8 du CASF)
- Article L.312-8 du CASF

ANNEXE

PLAN BLEU

AVANT PROPOS

Pourquoi un plan bleu ?

Le plan bleu est un plan de gestion d'alerte permettant à l'établissement une mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à une situation de crise quelle qu'en soit sa nature.

➤ Un fondement réglementaire

La canicule d'août 2003 a entraîné une réflexion sur la notion de plan interne de gestion de crise qui a reçu une base juridique avec le décret du 7 juillet 2005.

L'article D312-160 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) stipule que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées sont tenus d'intégrer dans leur projet d'établissement, un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Le caractère obligatoire du plan bleu est ici affiché clairement.

Les arrêtés du 7 juillet et du 8 août 2005 ont fixé le cahier des charges du plan d'organisation (plan bleu) à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Sont notamment décrits les éléments pour la construction d'un plan bleu : la désignation d'un référent, la mise en place d'une convention avec un établissement de santé, et un protocole sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas d'alerte.

L'article D312-158 du CASF précise le rôle du médecin coordonnateur qui doit veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels.

➤ L'émergence de nouveaux risques infectieux

Les grandes crises sanitaires liées au risque infectieux peuvent remettre en cause le fonctionnement global de l'organisation des soins et de la prise en charge des résidents. La circulation au niveau mondial du virus H5N1 (ou virus de la grippe aviaire) a incité les états à s'organiser. Il en est ainsi du plan pandémie grippale du gouvernement français.

La montée en charge des « plan bleu », prévus à l'origine pour faire face à une canicule, doit répondre maintenant à toute crise sanitaire.

➤ Le développement de la veille sanitaire en EHPAD

La veille sanitaire s'est développée dans les EHPAD ces dernières années, qu'il s'agisse de :

- Notifier des maladies à déclaration obligatoire (par exemple : toxi-infection alimentaire collective)
- Signaler des évènements sanitaires inhabituels (cas groupés d'infections respiratoires basses, infection à *Clostridium difficile*, cas groupés de gastro-entérite...).

La gestion de cas groupés impose par ailleurs une grande réactivité en vue de gérer l'alerte. Les médecins intervenant en EHPAD : médecins coordonnateurs et médecins traitants sont de plus en plus sollicités pour mettre en œuvre les mesures barrière en cas d'évènement sanitaire identifié.

➤ Une nouvelle définition des infections nosocomiales en 2007

La nouvelle définition des infections nosocomiales va au-delà du seul champ sanitaire. Elle définit les infections

associées aux soins, indépendamment de leur lieu de survenue, en tenant compte du parcours de soins du patient ou du résident et de son environnement. Elle intègre aussi le fait que l'âge est un facteur de risque pour la survenue d'infection, qu'il s'agisse d'immunosénescence physiologique ou d'immunodépression aggravée par des facteurs intercurrents comme la dénutrition.

La circulaire 2009-264 relative à la mise en œuvre du plan national stratégique 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins précise que chaque établissement médico-social doit prendre conscience du caractère indispensable de la formation à la prévention des IAS et « qu'un plan local de maîtrise d'une épidémie » doit être élaboré et « susceptible d'être mis en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale ». La circulaire interministérielle 2011-377, relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013, confirme la nécessité d'un plan de crise qui intègre notamment les mesures de détection de l'épidémie, les mesures de gestion, la mise en place d'une cellule de crise.

➤ La notion d'alerte et la notion de crise doit être comprise

Une alerte sanitaire est un événement inhabituel ou anormal représentant un risque potentiel pour la santé publique (notamment pour les résidents de l'EHPAD), quelle qu'en soit la nature.

Il peut s'agir :

- D'une alerte interne, par exemple :
 - ⊗ Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC)
 - ⊗ Contamination environnementale
 - ⊗ Epidémie, type Gastroentérite
- D'une alerte externe à l'échelle départementale, régionale ou nationale :
 - ⊗ Alerte canicule ou épidémique

Alerte ne signifie pas forcément crise.

Un EHPAD peut être confronté à une situation exceptionnelle liée à un événement sanitaire. Une situation exceptionnelle présente quatre caractéristiques :

- Elle peut survenir à tout moment
- Elle peut survenir de manière imprévue ou pas
- Il existe un caractère d'urgence dans le traitement de l'alerte
- Elle nécessite des mesures exceptionnelles

La crise naît de la conjonction :

- D'un événement particulier d'une certaine gravité (situation exceptionnelle)
- Du dépassement de la capacité d'action : mesures à mettre en œuvre très rapidement, nombreux malades
- ...
- D'une perte des repères de fonctionnement normal de l'institution

La crise est donc la réalisation d'un événement exceptionnel engendrant des conséquences sanitaires, qui menace les missions de la structure en surprenant les professionnels et l'encadrement pour réagir et en générant du stress. Les missions d'accueil, d'hébergement et de soins des personnes âgées peuvent ainsi être contrariées dans leur finalité.

➤ Les objectifs du plan bleu

L'analyse des risques en amont sous forme de planification ou de procédures permet l'élaboration du plan bleu. Il

comprend des actions préventives. Il permet ainsi de gérer des alertes, de prévenir l'apparition d'une crise et d'en limiter les effets.

La gestion correspond au contrôle d'une situation donnée : c'est la mise en œuvre du plan bleu suite à une alerte.

➤ **Structuration du Plan Bleu**

Un dispositif général de traitement de l'alerte et d'organisation de l'établissement doit être mis en place, quelle que soit la nature de l'alerte. Ce dispositif repose sur :

- La mise en place d'une cellule d'alerte qui a notamment pour mission d'estimer la gravité de la situation, définir les moyens nécessaires pour prévenir l'évolution vers la crise et gérer la communication
- La formation / information des professionnels

Quatre volets opérationnels du plan bleu s'articulent sur ce dispositif général :

- le volet risque infectieux,
- le volet risque climatique,

Selon la situation géographique de la Résidence Saint - Léger, deux volets, sont ajoutés :

- coulée de boue
- risques technologiques.

➤ **Une élaboration pluridisciplinaire du plan bleu à intégrer dans la démarche de qualité des soins**

Le plan bleu s'élabore sous la responsabilité du directeur de l'établissement dans un contexte pluridisciplinaire : médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, personnel soignant et non soignant...

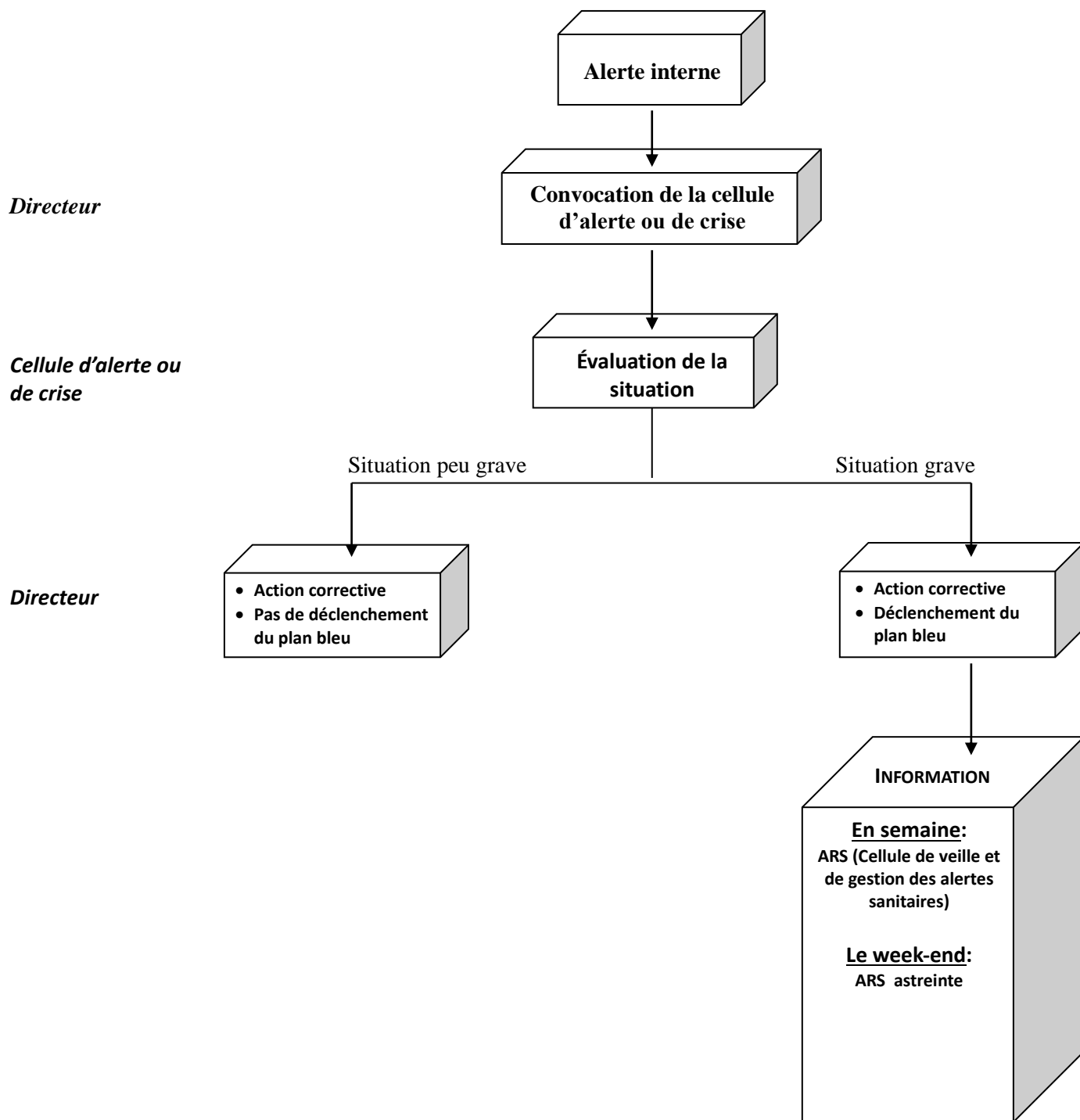
Ce document est mis à jour annuellement.

1. DECLENCHEMENT DU PLAN BLEU

1.1. SITUATION D'ALERTE

1.1.1. Alerte interne

Elle suit un évènement intervenant au sein de l'établissement.



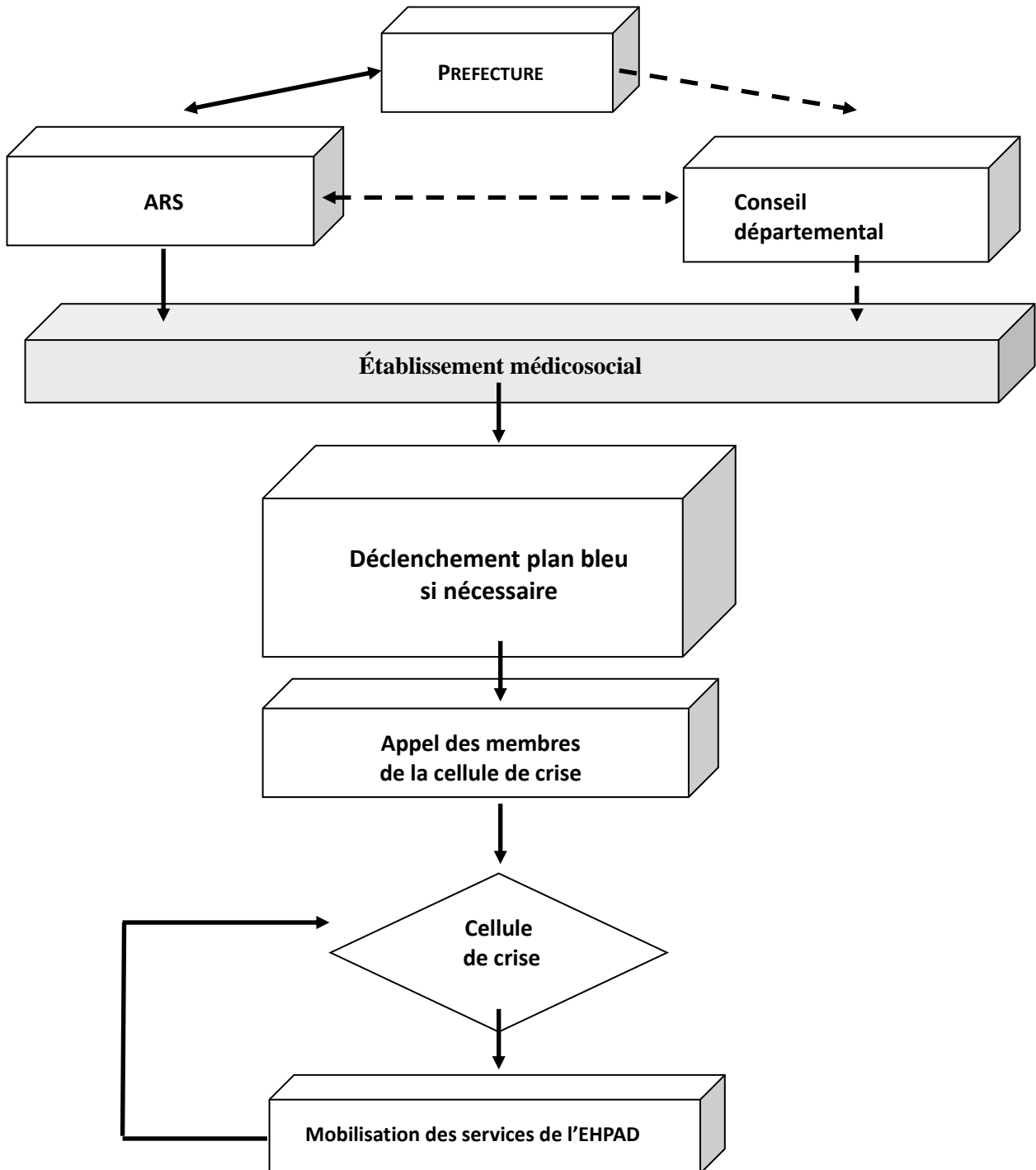
1.1.2. Alerte externe

L'alerte peut venir du niveau départemental, régional ou national.

- Canicule, pandémie grippale, inondation, ...

L'information est relayée par la préfecture ou l'ARS (Agence Régionale de Santé), à l'ensemble des établissements pour personnes âgées du département.

Situation d'alerte locale, départementale, régionale, nationale



La procédure de déclenchement doit être opérationnelle 24 heures sur 24. Elle est décrite dans ce document.

1.2. CELLULE D'ALERTE OU DE CRISE

1.2.1. Missions de la cellule de crise

La cellule d'alerte traite un signal et met en place les actions de prévention. Elle évolue en cellule de crise lorsque la crise est avérée.

Ses missions sont :

- ➔ Estimer la gravité de la situation :
 - ⊗ Risques encourus pour les résidents, le personnel
 - ⊗ Conséquences sur l'activité et sur l'organisation des soins
 - ⊗ Éventuelles conséquences économiques et médiatiques
- ➔ Évaluer les besoins et les moyens dont dispose l'établissement
- ➔ Définir les actions nécessaires pour prévenir l'évolution vers la crise ou pour la gérer
- ➔ S'assurer, le cas échéant, de la mise en sécurité des personnes hébergées, des personnels, des équipements...
- ➔ S'assurer de la mise en œuvre des actions
- ➔ Gérer la communication autour de l'alerte ou de la crise
- ➔ Rédiger un rapport chronologique régulier des événements et des actions entreprises appelé main courante
- ➔ Rédiger un rapport final une fois la situation d'alerte ou de crise terminée

1.2.2. Composition

Le directeur, ou son représentant légal, définit la cellule d'alerte ou de crise. Il nomme ses membres parmi ceux qui font partie intégrante de l'organigramme de l'établissement. En fonction de l'alerte ou de la crise, le directeur pourra adapter la cellule en faisant appel, si nécessaire, à des experts externes à l'établissement (équipe d'hygiène, ARLIN, médecin du travail,...).

Les suppléants deviennent membres de droit en absence du membre permanent.

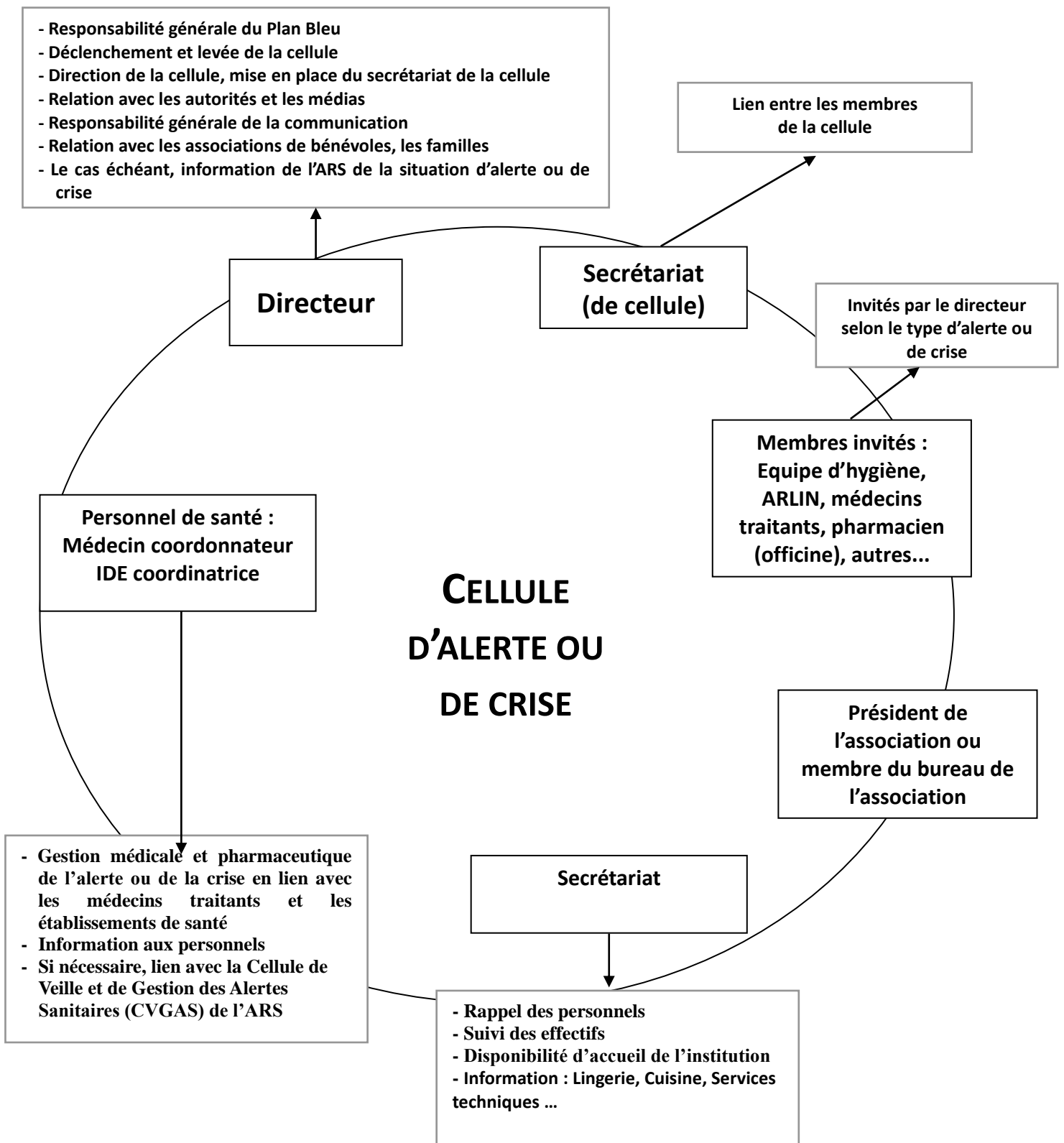
Le rôle des membres de la cellule peut être adapté en fonction des situations.

Les noms et coordonnées téléphoniques des professionnels membres de la cellule d'alerte ou de crise figurent en annexe 0 au présent document.

Le lieu de réunion est le bureau de la directrice.

Dès connaissance de l'alerte ou de la crise interne ou externe, le directeur :

- ➔ S'informe des éléments constitutifs de la situation
- ➔ Active la cellule d'alerte ou de crise en déclenchant le rappel des membres par appel téléphonique doublé d'un message écrit (mail)



1.2.3 Traçabilité des échanges et des décisions prises :

Une main courante enregistre toutes les informations entrantes, les décisions prises, les actions en cours et les actions effectuées. Elle permet de décrire tout au long de la crise ce qui s’y passe (mails, appels, évènements, interventions...).

Il est donc important que ce document soit bien rempli tout au long de la gestion de la crise.

Le tableau de bord permet de suivre la progression des actions à mener, et de revoir les actions menées. Il permet de répartir au mieux la charge de travail entre les différents acteurs.

1. QUELLES PROCEDURES DANS QUELLES CIRCONSTANCES ?

1.1. VOLET INFECTIEUX :

INTRODUCTION

Le volet infectieux a pour objectif de répondre aux :

- Alertes internes d'origine infectieuse (ex : épidémie de gastroentérite)
- Alertes externes d'origine infectieuse (ex : pandémie grippale, pandémie Covid)

Il doit permettre :

- De faire face à une épidémie et d'en limiter la propagation au sein de l'EHPAD
- D'assurer la qualité des soins et des autres prestations
- De limiter l'afflux des personnes âgées à l'hôpital

Selon les principes du plan bleu, il convient d'organiser l'établissement avant l'alerte par la mise en place :

- De mesures préventives pour les soins
- De mesures préventives organisationnelles

Cette organisation se fait sous la responsabilité du directeur d'établissement et dans un cadre pluridisciplinaire. L'analyse du risque infectieux est effectuée à l'aide du DARI puis du DAMRI, annuellement.

2.1.1. MESURES PREVENTIVES POUR LES SOINS

2.1.1.1. SENSIBILISATION ET FORMATION DES PROFESSIONNELS A LA PRISE EN COMPTE DU RISQUE INFECTIEUX

- Une formation de base pour tous les professionnels (chaîne de transmission, Précautions standard et Précautions complémentaires d'hygiène) doit être prévue
- Une formation à la gestion des situations épidémiques par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice est souhaitable
- Une réflexion autour de la formation / information des familles et bénévoles est portée par l'établissement

2.1.1.2. LES PROTOCOLES DE BASE

Les protocoles de base de prévention des infections sont à disposition des professionnels. Les nouveaux protocoles font l'objet d'une présentation **au cours des réunions trimestrielles** :

- Précautions standard
- Précautions complémentaires d'hygiène
- Protocoles médicaux

L'élaboration de ces protocoles s'appuie sur les référentiels en la matière. Après rédaction et validation, les protocoles sont à disposition consultable par tous, sur le serveur informatique, accessible à partir de n'importe lequel des ordinateurs de l'établissement.

2.1.1.3 VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

L'établissement organise, dès septembre en lien avec les médecins traitants, la campagne de vaccination des résidents. Une traçabilité, comme pour toute vaccination, est assurée.

Une campagne d'information au risque grippal est organisée pour les professionnels. Si possible, les vaccinations sont effectuées au sein de l'établissement. En effet, la mise à disposition et la vaccination organisée sur le lieu de travail favorisent la vaccination des professionnels.

Un indicateur de suivi de l'adhésion des professionnels à la vaccination contre la grippe qui figure au rapport médical annuel.

2.1.1.4. VACCINATION DES RESIDENTS CONTRE LE PNEUMOCOQUE

Les recommandations proposent de mettre en place une politique de vaccination contre les infections à pneumocoque pour les résidents qui en ont l'indication

Si la vaccination date de plus de 5 ans, ou si elle n'a pas été réalisée, il est conseillé d'effectuer une injection à l'entrée en EHPAD puis un rappel tous les 5 ans.

2.1.2. MESURES PREVENTIVES ORGANISATIONNELLES

2.1.2.1 DESIGNATION ET MISSION D'UN REFERENT EPIDEMIE

Les référents épidémie sont le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, une infirmière, une aide-soignante et un agent d'entretien.

Missions :

- Participer à l'élaboration du volet infectieux, du PCA (Plan de Continuité des Activités), et à la veille documentaire
- S'assurer de la mise en œuvre des mesures de contrôle
- Coordonner l'investigation et le suivi de l'épidémie en lien avec la cellule d'alerte ou de crise

La suppléance est organisée parmi les professionnels susceptibles de remplir cette fonction. Selon l'organisation de l'établissement, ses missions peuvent être étendues.

2.1.2.2 ORGANISATION DU VOLET INFECTIEUX AU SEIN DE L'EHPAD

L'équipe d'encadrement (directeur, médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice) pilote l'élaboration pluridisciplinaire du volet infectieux et notamment du PCA. Cette équipe est l'interlocutrice privilégiée des autorités sanitaires.

2.1.2.2.1. Organisation du plan de continuité des activités

En cas d'épidémie confirmée, caractérisée par un nombre de cas important, parmi les résidents et le personnel (taux d'absentéisme de l'ordre de 30 %), les modalités habituelles de prise en charge des résidents sont susceptibles d'être remises en cause.

Ces dispositions, à minima, doivent permettre d'éviter une baisse de la qualité des soins et des prestations d'hébergement, incompatible avec l'accueil des personnes âgées dépendantes tout en limitant la propagation de l'épidémie au sein de l'EHPAD et l'afflux des personnes âgées à l'hôpital. Le PCA sera déclenché par la direction après avis de la cellule d'alerte ou de crise. Le PCA est décrit à la suite de la partie « Plan bleu » dans le présent document « Gestion de crise ».

2.1.2.2.2. Organisation des mesures de contrôle

Selon le type d'évènement infectieux, les mesures barrières doivent être mises en place de toute urgence.

- Mesures concernant les résidents
 - ⊗ Confiner les malades symptomatiques dans la mesure du possible selon la durée définie et validée par le médecin coordonnateur
 - ⊗ Réaménager les activités sociales
 - ⊗ Éviter, si nécessaire, les transferts de résidents :
 - D'une chambre à une autre
 - D'une unité à l'autre
 - Vers un établissement de santé pour un examen de routine
 - ⊗ Différer les admissions autant que possible

- Mesures concernant les visiteurs
 - ⊗ Apporter une information réfléchie en amont par l'établissement
 - ⊗ Restreindre, si nécessaire, les visites
 - ⊗ Respecter les règles d'hygiène au regard de la situation.

- Mesures concernant les professionnels : prévoir une information régulière des professionnels

- Mesures concernant les bénévoles
 - ⊗ Prioriser les activités des bénévoles
 - ⊗ Les informer et former sur les mesures barrières
 - ⊗ Le cas échéant, si la situation le nécessite, les impliquer sur des tâches prioritaires

2.1.2.2.3. Organisation de la communication

Il est primordial d'anticiper les modalités et les moyens de communiquer au sein de l'établissement : via l'adresse mail interne de chaque salarié, via les adresses mail des familles, par affichage au sein de l'établissement pour le public non destinataire des informations.

2.1.3. SURVENUE D'UN EVENEMENT INFECTIEUX

Qu'elle soit interne ou externe, l'alerte sera gérée par la cellule de crise qui se réfère aux protocoles annexés au présent plan bleu.

2.1.3.1. GESTION D'UN EVENEMENT A POTENTIEL EPIDEMIQUE

➤ Alerte

En externe : le directeur ou son suppléant reçoit et diffuse l'information au référent épidémie et à l'encadrement.
 En interne : tout professionnel qui constate une situation infectieuse en informe l'équipe d'encadrement.
 Quelle que soit l'alerte infectieuse, le référent épidémie est informé.

➤ Organisation

⊗ Mise en place de mesures de contrôle

Le référent épidémie s'assure de la mise en place des mesures barrières. Elles sont validées par le médecin coordonnateur, en lien avec le ou les médecins traitants concernés. Le directeur convoque la cellule d'alerte. Certaines mesures plus délicates (gestion des résidents, des visites, conduite à tenir pour les cas contacts, professionnels et sujets cas contacts...) sont discutées et définies lors de cette réunion.

⊗ Investigation

Le référent épidémie, en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants, coordonne l'investigation de l'épidémie :

- Définition des cas, période d'incubation, durée du confinement, analyses biologiques à réaliser
- Recherche du cas index
- Définition des personnes à risque
- Courbe épidémique (professionnels, résidents)
- Localisation géographique des cas

En cas de difficulté à maîtriser l'épisode infectieux, l'antenne régionale du CCLIN (ARLIN) peut être sollicitée.

🕒 Missions de la cellule d'alerte ou de crise

Une première évaluation de la situation est présentée en cellule.

Celle-ci confirme les mesures de contrôle en place et les complète si nécessaire. Elle évalue les besoins humains et matériels. Elle définit les modalités et le contenu de la communication. Elle suit l'évolution de l'épidémie et assure le relevé des événements de la journée par la tenue de la main courante.

🕒 Déclenchement du PCA si besoin

Il est déclenché par le directeur ou son suppléant :

- Après alerte provenant des autorités
- Ou après avis de la cellule d'alerte ou de crise au vu d'une situation interne grave entraînant des conséquences pour les résidents et les professionnels

➡ Information

🕒 Professionnels, résidents, familles, intervenants libéraux

- Sur la situation interne
- Diffusion des précautions à respecter : précautions standard, précautions complémentaires d'hygiène,...

🕒 ARS, Préfecture, Conseil départemental

La cellule d'alerte ou de crise sous la responsabilité du directeur définit les éléments à transmettre aux autorités.

🕒 Médias

Le Directeur est responsable de la communication.

Il peut, le cas échéant, désigner un membre de la cellule d'alerte ou de crise pour communiquer.

➡ Signalement

Dans le cadre d'une alerte, et selon les modalités réglementaires (maladies à déclaration obligatoire, cas groupés d'IRAB, de GEA...) la cellule s'assure du signalement à l'Agence Régionale de Santé.

2.1.3.2. LEVEE DE LA SITUATION D'ALERTE OU DE CRISE

Elle est proposée :

- ➡ Par la cellule d'alerte ou de crise

Elle est validée :

- En cas d'alerte interne : par le Directeur
- En cas d'alerte externe : par les autorités (gouvernement, préfet, ARS)

Un bilan circonstancié, faisant apparaître les points forts et les points à améliorer, est rédigé puis archivé. Le cas échéant, des pistes d'amélioration de gestion d'alerte sont proposées.

2.1.3.3. RETRO-INFORMATION

A partir de l'analyse de la gestion des événements, une information est réalisée à partir du bilan circonstancié auprès des professionnels travaillant ou intervenants dans l'EHPAD.

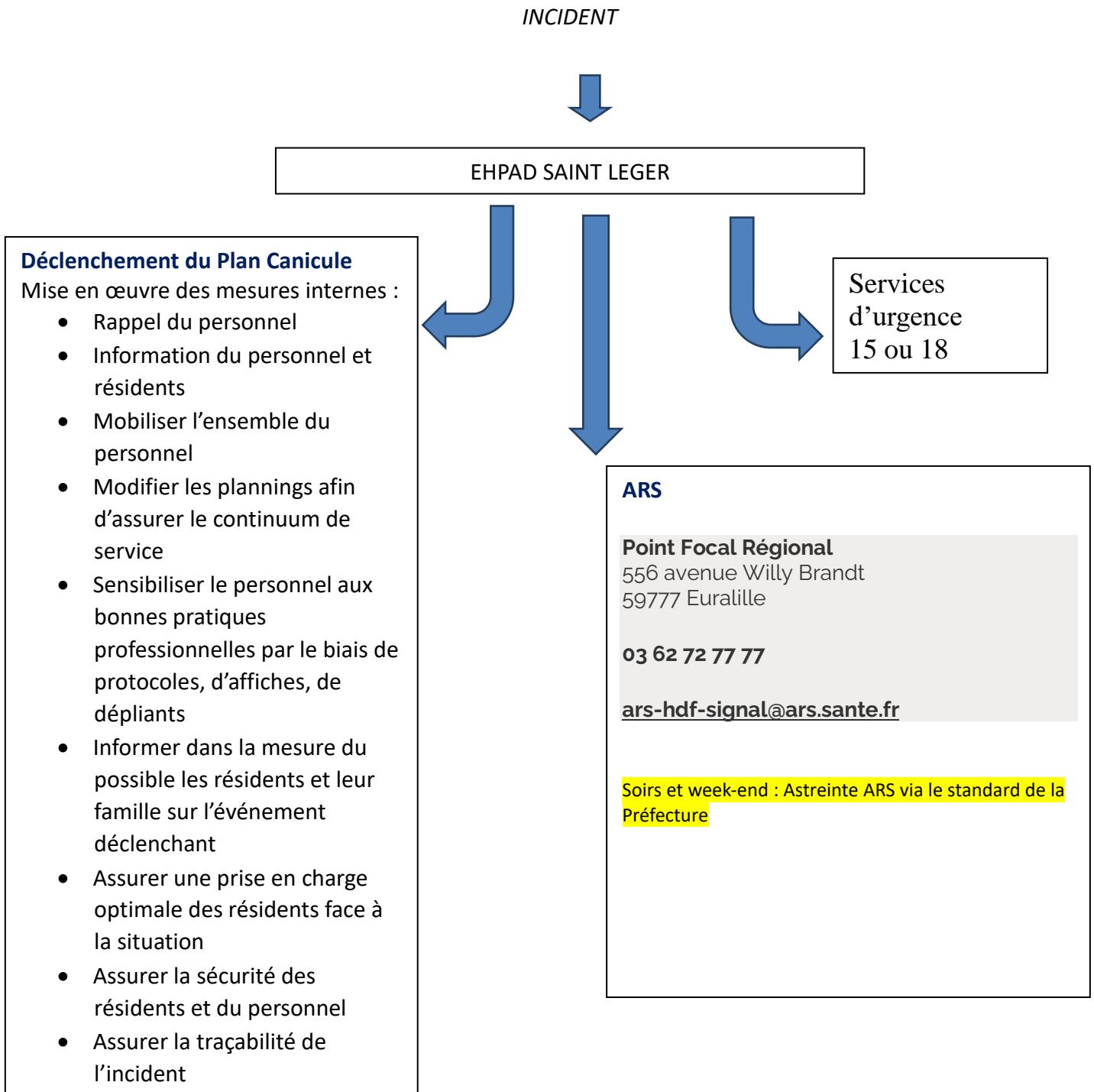
Ce retour d'expérience est présenté aux professionnels et au conseil de la vie sociale et des familles.

2.2 VOLET CANICULE :

I) DECLENCHEMENT DE L'ALERTE

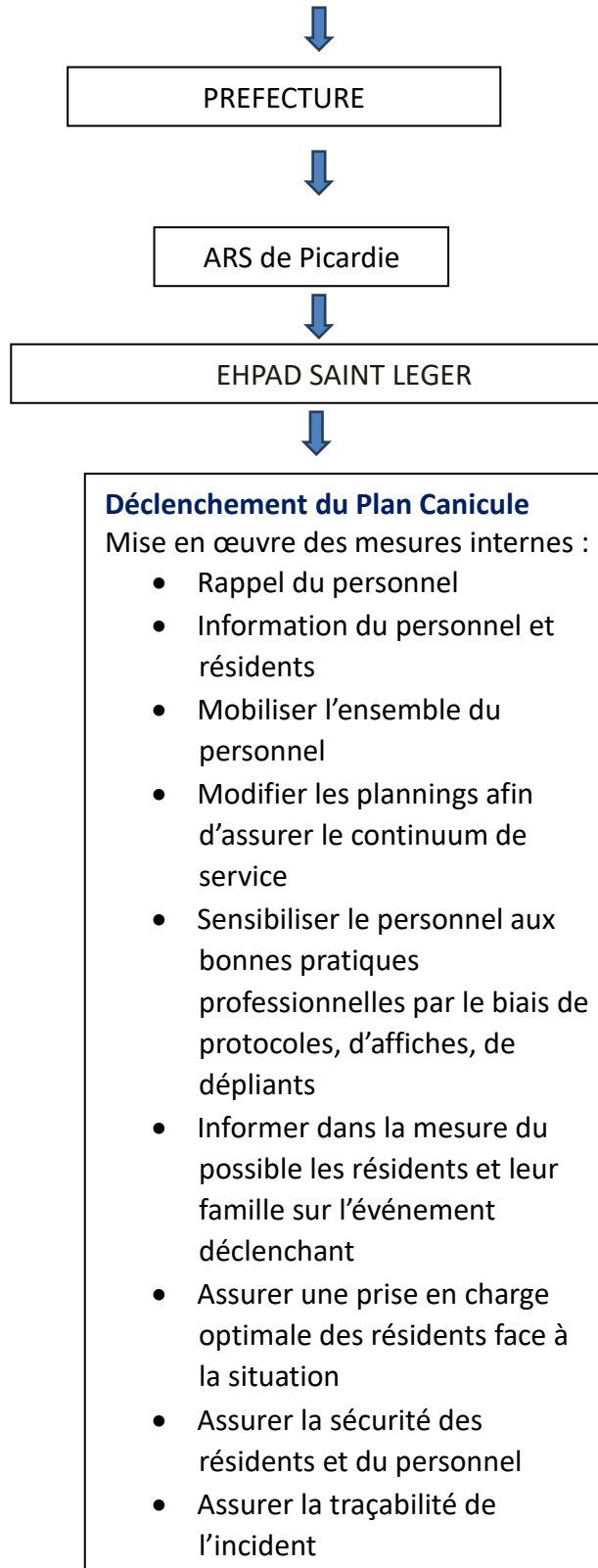
L'alerte peut être :

➤ interne



➤ externe

INCIDENT SUR LE DEPARTEMENT



D'ALERTE

Le dispositif national et local de gestion d'une canicule comprend **quatre niveaux** progressifs d'actions et successifs dans le temps

- **Le niveau 1** (ou *niveau de base*) correspond à l'activation de la vigilance saisonnière. Il entre en vigueur le **1^{er} juin** de chaque année, pour permettre à chaque service concerné, tant à l'échelon national, que dans chaque département et commune, de vérifier la fonctionnalité des interfaces d'alerte, les dispositifs de repérage des personnes vulnérables, le caractère potentiellement opérationnel des mesures prévues dans le plan, pour les niveaux supérieurs. Il est désactivé le **1^{er} octobre**.

Les trois autres niveaux (*niveau 2, niveau 3, niveau 4*) entraînent des niveaux de réponse graduée. Ils sont fondés sur des seuils biométéorologiques régionaux qui les activent ou désactivent.

- **Le niveau 2** correspond à la mobilisation (alerte) des services publics locaux et nationaux principalement dans les secteurs sanitaire et social. (**la canicule est annoncée**). Il est activé dans une région quand Météo France prévoit trois jours à l'avance le dépassement pendant trois jours consécutifs des seuils biométéorologiques. Le préfet active le comité départemental canicule. Les professionnels du secteur sanitaire et social sont alertés. La surveillance des données locales de morbidité et mortalité est activée. Le grand public est averti.
- **Le niveau 3** déclenche la phase **d'intervention**. **La canicule est confirmée**, les conséquences sanitaires sont effectives. Les professionnels sont mobilisés, les plans canicules sont déclenchés. Il est activé principalement sur la base du bulletin d'alerte de l'Institut National de Veille Sanitaire. Les services publics locaux et nationaux mettent en œuvre les mesures principalement sanitaires et sociales et notamment d'information ou visant à rafraîchir les personnes à risques définies dans les PGCN et PGCD.
- **Le niveau 4** : phase de **réquisition**. Il est activé principalement quand les indicateurs biométéorologiques prévus pour les prochains 24 heures dépassent les seuils dans plusieurs régions sur une longue durée avec apparition d'effets collatéraux (black-out, sécheresse, saturation des hôpitaux...). La canicule provoque une crise dont les conséquences dépassent les champs sanitaire et social. Des **mesures exceptionnelles** sont mises en œuvre pour faire face à l'évènement.

III) SENSIBILISATION DU PERSONNEL AUX BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Par le biais :

- Des protocoles (en annexe au présent document)
- Du document sur la connaissance des signes d'alerte et conduite à tenir
- Des affiches

IV) MOBILISATION DU PERSONNEL

En cas de déclenchement du plan canicule, l'ensemble du personnel est mobilisé.

Les plannings sont adaptés afin d'assurer une prise en charge optimale pour chaque résident autour de tâches d'hydratation et de surveillance des signes d'alerte (température, état général, état de la peau...).

V) PREVENTION

<p><u>I- VEILLE</u> <u>II – DECLENCHEMENT</u></p>	<p>II- VOLET CANICULE QUI EST RESPONSABLE ?</p>
<p>L'Établissement est équipé d'un thermomètre par étage, qui sera contrôlé 3 fois par jour :</p> <p>8 H 0 0 1 2 H 0 0 1 8 H 0 0</p> <p>En cas de dépassement de 28 °, il y aura lieu de donner l'alerte et d'appliquer le présent document.</p>	<p>TOUT LE MONDE</p>
<p><u>III - ADAPTATION DES LOCAUX ET DE LEUR UTILISATION</u></p>	
<p style="text-align: center;">LES CHAMBRES</p> <p>A partir de 2 heures du matin et jusque 8 heures, laisser si possible les portes des chambres et fenêtres ouvertes pour favoriser le renouvellement d'air frais et le rafraîchissement de l'ensemble de l'établissement.</p> <p>En présence des résidents, nuit ou jour, faire fonctionner les ventilateurs non dirigés vers eux.</p> <p>La journée, dès 8 heures, fermer les volets, les fenêtres, les rideaux, les doubles rideaux.</p> <p>C'est la lumière ensoleillée qui réchauffe l'atmosphère : Les locaux doivent donc être totalement obscurs.</p> <p>Des climatiseurs mobiles sont installés dans les chambres des personnes les plus fragiles ou en fin de vie. (les réservoirs d'eau, derrière l'appareil, doivent être vidés tous les jours par la personne qui effectue la toilette)</p> <p style="text-align: center;">LES SÉJOURS</p> <p>Dès la fin des toilettes, proposer aux résidents de se rendre dans les locaux climatisés dont la température ne descendra pas au dessous de 25° / 26°</p> <p>MAPAD : - Bibliothèque - Salle à manger - Salon - 3° étage</p>	<p>N</p> <p>TOUT LE MONDE</p> <p>B1 B2 B3 S1 S2 S3</p> <p>A / B</p> <p>B1 B2 B3 S1</p>

CANTOU : - Salle à manger

ACCUEIL DE JOUR : - salon

S2

S3

Pendant les repas, conserver la climatisation en soufflerie douce.

A / B

L'ouvrier d'entretien est chargé de bâcher les 3 skydomes du CANTOU ainsi que celui du pavillon, avec les bâches vert foncé prévues à cet effet.

R

Il conviendra d'organiser au maximum les activités de l'après-midi, dans les pièces climatisées. Par exemple :

ENT

- Sieste / Relaxation en musique en bibliothèque
- Film
- Gym douce / bain de pied dans le salon
- Travaux manuels dans la salle à manger etc...
-

IV - ADAPTATION DE L'ALIMENTATION

Il est conseillé de boire au minimum l'équivalent de 8 verres par jour (soit 800 ml), l'idéal étant une consommation quotidienne de 13/14 verres.

Contrôler que chaque résident consomme, dans sa totalité :

- 1 bol de liquide au petit déjeuner
- 1 verre à 10 h
- 2 verres au déjeuner : le personnel en salle à manger sert d'office 1 verre d'eau à chaque résident installé à table, en début de repas.
- 1 verre ou l'équivalent à 16h
- 2 verres au dîner : le personnel sert d'office 1 verre d'eau à chaque résident à table, en début de repas.

La consommation journalière s'élèvera ainsi à 1500 mL

B1 / B2 / B3

R

Les personnes âgées apprécient peu les eaux « nature », on peut diversifier l'apport par :

R

- Des boissons aromatisées, gazeuses ou non
- Du thé ou café frais
- Du sirop dilué dans de l'eau ou apporté sous forme de glaçons
- Des gaspachos ou soupes froides
- Des compotes de fruits
- Des sorbets préférables aux glaces, car plus riches en eau
- Des jus de fruits
- Des fruits et légumes riches en eau comme la pastèque, le melon, les fraises, les pêches, les tomates, les courgettes, et concombres
- Des yaourts (1 yaourt hydrate aussi bien qu'un verre d'eau),

R

R

S4 / R' / C2 / D

du fromage blanc

Les menus seront composés par le cuisinier en fonction des prescriptions ci-dessus.

- ✓ Il est déconseillé de faire boire ou de faire manger (très) « glacé » : la sensation de soif s'atténue plus vite en cas de consommation de boissons glacées
- ✓ Faire prendre conscience de l'importance de boire en dépit d'éventuels problèmes d'incontinence.
- ✓ Essayer de faire boire régulièrement afin d'anticiper la sensation de soif

Dans tous les cas, si le sujet mange peu ou moins que d'habitude, la diminution des apports hydriques d'origine alimentaire doit être compensée par une hydratation supérieure.

De plus, l'élévation de la température corporelle doit s'accompagner d'une augmentation conjointe de l'hydratation : par exemple, le sujet doit consommer 0.5 litre d'eau supplémentaire par jour si sa température passe de 37 à 38° C.

V - PROTOCOLE DE TRAVAIL

Lutter contre l'élévation de la température corporelle par :

- ✓ Dans la mesure du possible, une douche fraîche est la meilleure solution. En cas d'impossibilité ou de refus, une toilette du corps entier permet de refroidir et d'humidifier la personne.
- ✓ Un habillement léger, ample, en coton permet d'absorber l'humidité et d'éviter les phénomènes de macération responsable de dermites (éruption rouge et très irritante),
- ✓ Des pulvérisations répétées d'eau fraîche sur le visage et la nuque par des Brumisateurs (1brumisateurs sera installé dans chaque chambre)
- ✓ Des gants de toilette mouillés peuvent être stockés dans le frigidaire et être appliqués sur le visage
- ✓ Prévoir un système d'évaluation de la consommation journalière d'eau surtout s'il existe plusieurs intervenants.

Les soignants doivent :

- ✓ Adapter les prises médicamenteuses, en priorité les neuroleptiques
- ✓ Traiter précocement toute hyperthermie, toute diminution des apports hydriques ainsi que de toute augmentation des pertes : vomissement, diarrhée
- ✓ Au moindre signe inquiétant, prendre la température du patient
- ✓ Ne pas oublier que **le coup de chaleur est une urgence médicale : 15**

SOCIETE DE RESTAURATION

AS / IDE

AS / IDE

IDE

VI - STOCKAGE ET MAINTIEN D'UN STOCK DES MATERIELS DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES FORTES CHALEURS

Un stock de boissons (eau de source, eau pétillante, jus de fruits, lait) et de gélifiant se trouve dans la réserve au niveau du service cuisine (1 palette d'eau)

Un stock de brumisateurs, de matériels médicaux (perfusion de NaCl, de glucosé isotonique, cathéter intraveineux, épicroliennes) est prévu en salle de soins.

Un stock de ventilateurs et de climatiseurs mobiles est prévu au niveau du service entretien.

2.3 . AUTRES RISQUES :

RUPTURE D'APROVISIONNEMENT EN EAU DESTINEE A LA CONSOMMATION HUMAINE

Situations possibles :

- défaillance interne (partielle ou totale) ;
- défaillance externe (coupure réseau d'alimentation en amont du compteur)

Eléments d'alerte

- coupure d'eau ;
- résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de la commune non conformes ;
- suspicion de TIAC d'origine hydrique ;
- aspect macroscopique de l'eau du réseau anormale : odeur et ou couleur, turbidité,....

Enjeux et impacts de l'événement :

absence d'eau dans les canalisations ou présence d'eau non conforme pour l'alimentation humaine;

Principales utilisations de l'eau :

- ☞ Boissons ;
- ☞ Douches, lavabos... ;
- ☞ Cuisines ;
- ☞ WC et nettoyage des bâtiments ou du linge, arrosage ;
- ☞ Système de chauffage et de climatisation.

Actions en prévention :

- connaître son réseau d'eau intérieur (compteurs, canalisations, vannes, matériaux...) ;
- connaître les différentes sources d'alimentation en eau de l'établissement : réseau eau de ville, puits ou forage) ;
- constitution d'une réserve d'eau embouteillée (1 palette) ;
- rédaction d'une procédure TIAC d'origine hydrique ;
- coordonnées plombier extérieur et société de fournisseur d'eau de la commune.

Actions à réaliser en cas de crise :

- ☞ Vérifier l'origine de l'arrêt d'approvisionnement en eau : interne ou externe ;
- ☞ Si défaillance interne : faire appel au plombier.
- ☞ Dans le cas d'une suspicion de TIAC d'origine hydrique, le directeur fournit des bouteilles d'eau aux résidents et aux personnels. Le médecin coordonnateur fait appliquer le protocole de gestion des TIAC et se conforme à la réglementation DO ;
- ☞ Si constatation macroscopique d'une eau de médiocre qualité (goût, odeur, ...), le directeur fournit des bouteilles d'eau aux résidents et aux personnels et se rapproche de la mairie pour identifier l'origine et la cause du dysfonctionnement ;
- ☞ Si défaillance externe : contacter de suite la société des eaux et la mairie pour connaître les causes et les délais avant retour à la normale ;
- ☞ Le directeur doit évaluer les conséquences de cette panne et prendre les mesures adaptées afin d'assurer la continuité d'activité de son établissement. Principaux éléments à prendre en compte :
 - durée probable de l'interruption ;

- conséquences sur les soins, hygiène, alimentation ;
- période de grandes chaleurs ou de grands froids ;

- ↳ Le directeur doit au minimum fournir aux résidents et aux personnels des bouteilles d'eau embouteillées, et peut faire appel selon les besoins à une aide de la mairie ;
- ↳ Une évacuation des résidents (totale ou partielle) de l'établissement, en cas de crise majeure, peut être envisagée après visa du directeur général de l'ARS

Actions lors de la remise en fonctionnement du réseau :

- purger éventuellement les canalisations pour rinçage avant utilisation ;
- attendre les consignes de la mairie avant d'autoriser la consommation de l'eau du réseau ;
- faire un nouveau stock de bouteilles d'eau ;
- RETEX : bilan de l'évènement.

Personnes à contacter

↳ En interne

- service technique et cuisines

↳ En externe :

- plombier ;
- mairie ;
- DT ARS ;
- préfecture ;
- Conseil départemental.

Textes réglementaires ou documentations

- code de la santé publique R1321 et L1321.

RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN GAZ

Situations possibles

- défaillance interne : système d'alimentation en gaz (fuite, mise en sécurité du système,...)
- défaillance externe : rupture d'approvisionnement en gaz de ville.

Enjeux et impacts de l'événement

- impact limité en été mais impact grave en période froide pouvant nécessiter l'évacuation totale ou partielle de l'établissement ;
- absence d'eau chaude et/ou de dispositif de cuisson dans les cuisines => repas froids.

Actions en prévention

- contrat d'entretien et de maintenance ;

Actions à réaliser en cas de crise

- ↳ Vérifier l'origine de l'arrêt d'approvisionnement : interne ou externe ;
 - ↳ Si défaillance interne : faire appel au service technique ou au chauffagiste.
 - ↳ Si défaillance externe : contacter de suite GDF ENI, et la mairie pour connaître les causes et les délais avant retour à la normale ;
 - ↳ Le directeur doit évaluer les conséquences de cette panne et prendre les mesures adaptées afin d'assurer la continuité d'activité de son établissement.
- Principaux éléments à prendre en compte :
- durée probable de l'interruption ;
 - conséquences sur les soins, hygiène, alimentation ;
- ↳ Une évacuation des résidents (totale ou partielle) de l'établissement, en cas de crise majeure, peut-être envisagée après visa du directeur général de l'ARS

Actions lors de la remise en fonctionnement du réseau

- tester les différents points d'arrivée du gaz ;
- RETEX : bilan de l'événement.

Personnes à contacter

↳ En interne

- service technique

↳ En externe

- prestataires gaz ;
- plombier ou chauffagiste ;
- mairie
- DT ARS
- préfecture
- Conseil départemental

INCENDIE

Situations possibles :

3 situations peuvent se présenter pour l'établissement :

- émanations de fumées toxiques impactant l'établissement (feux d'un bâtiment ou d'un véhicule...) ;
- feux dans l'enceinte de l'établissement (feu d'un bâtiment) ;
- feux à l'intérieur de l'établissement (chambre, cuisine, chaufferie).

Enjeux et impacts de l'événement

- Suivant les cas ci-dessus, un incendie peut nécessiter : l'évacuation partielle ou totale en urgence ou en différée

Actions en prévention

- Evacuation partielle ou totale de l'établissement en urgence ou en différée

Actions à réaliser en cas de crise

- ↳ Être à l'écoute des services de secours (CODIS), des consignes données par la mairie et des autorités de tutelle ;
- ↳ Selon la nature de l'incendie prendre des mesures de confinement de l'établissement ou d'évacuation ;
- ↳ Il peut être envisagé en premier lieu confinement puis ensuite évacuation ;
- ↳ Pendant toute la durée de la crise, le directeur est en relation permanente avec les autorités de tutelle.

Actions lors du retour à la normale

- ↳ Inventaire des dégâts matériels et des équipements pour envisager soit ;
- la continuité des activités soit sur un mode normal soit sur un mode dégradé ;
- l'interruption des activités ;
- ↳ Tenir informé la mairie et les autorités de tutelle sur la situation de l'établissement, des mesures correctives prises pour la remise en état des biens et de la poursuite ou non des activités ;
- ↳ Prendre en compte les consignes des autorités de tutelle.
- ↳ RETEX : bilan de l'évènement.

Personnes à contacter

↳ En interne :

- direction,
- service technique.

↳ En externe :

- SDIS ;
- mairie ;
- DT ARS ;
- préfecture ;
- Conseil départemental

COULÉES DE BOUES

Situations possibles

Tout évènement :

Enjeux et impacts de l'évènement

- Augmentation de la morbidité et mortalité ;
- Confinement de l'établissement ;
- Évacuation partielle ou totale de l'établissement en urgence ou en différée ;
- Perturbation ou arrêt des activités totales ou partielles de l'établissement ;
- Impact médiatique possible ;

Actions en prévention :

AVANT	PENDANT	APRES
<ul style="list-style-type: none"> ☞ prévoir les gestes essentiels : <ul style="list-style-type: none"> . fermer portes et fenêtres, . couper le gaz et l'électricité, ☞ monter dans les étages avec : eau potable, vivres, papiers d'identité, radio à piles, lampe de poche, piles de rechange, vêtements chauds, médicaments, ☞ amarrer les cuves (fuel, etc.) ☞ se tenir prêt à évacuer les lieux à la demande des autorités. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ s'informer de la montée des eaux (mairie, radios locales) ☞ n'évacuer qu'après en avoir reçu l'ordre. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ aérer et désinfecter les pièces. ☞ chauffer dès que possible. ☞ ne rétablir l'électricité que sur une installation sèche.

Actions à réaliser :

- ☞ Attendre les consignes des autorités
- ☞ Organiser le stockage (chaîne du froid) et la distribution de médicaments (locaux, personnels, équipements) ;
- ☞ Évaluer les besoins et organiser l'approvisionnement

Actions à réaliser après l'évènement

- ☞ Tenir informé la mairie et les autorités de tutelle sur la situation de l'établissement, des mesures prises et de la poursuite ou non des activités ;
- ☞ Prendre en compte les recommandations des autorités
- ☞ RETEX : bilan de l'évènement

Personnes à contacter

☞ En interne

- directeur de l'établissement ;
- l'ensemble du personnel de l'établissement ;
- les équipes soignantes.

☞ En externe

- DT de l'ARS ;
- Mairie et
- Conseil départemental.

Textes réglementaires ou documentations

Dossier Départemental des Risques Majeurs de l'Aisne – 2012 –

Risques technologiques liés à la proximité de silos d'une contenance > 15 000 m³ cubes

Situations possibles :

Tout évènement.

Enjeux et impacts de l'évènement :

- Augmentation de la morbidité et mortalité
 - Confinement de l'établissement
 - perturbation ou arrêt des activités totales ou partielles de l'établissement ;
 - Impact médiatique possible ;

Actions en prévention :

II - Comment peut se manifester ce risque ?

Les principales manifestations de ce risque sont :

☞ l'incendie par inflammation d'un produit au contact d'un autre, d'une flamme ou d'un point chaud, avec risque de brûlures et d'asphyxie ;

☞ l'explosion par mélange de certains produits, libération brutale de gaz avec risque de traumatismes directs ou par l'onde de choc :

V - Que doit faire la population ?

AVANT	DES LE SIGNAL D'ALERTE	DES LA FIN DE L'ALERTE
<p>☞ connaître les risques, le signal d'alerte et les consignes :</p> <p>le signal d'alerte comporte trois sonneries montantes et descendantes de chacune une minute</p> <p>s'il l'entend : se confiner et écouter la radio. Le cas échéant, si les services de secours le demandent, évacuer les lieux</p>	<p>☞ rejoindre le bâtiment le plus proche (si le nuage toxique vient vers soi, fuir selon un axe perpendiculaire au vent)</p> <p>☞ s'y confiner : boucher toutes les entrées d'air (portes, fenêtres, aérations, cheminées...), arrêter ventilation et climatisation</p> <p>☞ s'éloigner des portes et fenêtres</p> <p>☞ écouter la radio (Radio-France et les radios locales)</p> <p>☞ ne pas fumer</p> <p>☞ ne pas chercher à rejoindre les membres de sa famille (ils se sont eux aussi, protégés en principe)</p> <p>☞ ne pas téléphoner</p> <p>☞ se laver en cas d'irritation et si possible se changer</p> <p>☞ ne sortir qu'en fin d'alerte ou sur ordre d'évacuation</p>	<p>☞ aérer le local de confinement</p>

Actions à réaliser

- ↳ Attendre les consignes des autorités
- ↳ Organiser le stockage (chaîne du froid) et la distribution de médicaments (locaux, personnels, équipements) ;
- ↳ Évaluer les besoins et organiser l'approvisionnement en produits pharmaceutiques (médicaments et matériel à usage unique) ;

Actions à réaliser après l'événement

- ↳ Tenir informé la mairie et les autorités sur la situation de l'établissement, des mesures prises.
- ↳ Prendre en compte les recommandations des autorités
- ↳ RETEX : bilan de l'évènement

Personnes à contacter

↳ En interne

- directeur de l'établissement ;
- l'ensemble du personnel de l'établissement ;
- les équipes soignantes.

↳ En externe

- DT de l'ARS ;
- Mairie
- Conseil départemental.

Textes réglementaires ou documentations

Dossier Départemental des Risques Majeurs de l'Aisne – 2012 -

2. ANNEXES VOLET INFECTIEUX

	LAVAGE SIMPLE DES MAINS		Date de validation : 12/11/2009
			Date d'application : 12/11/2009
			Date de relecture : 30/12/2014 22/12/2015 04/06/2019 27/11/2022 12/12/2023
	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de réévaluation : 28/08/2012 25/10/2012
Rédaction : GANDON Claire Directrice	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 2	13/12/2017 22/02/2020

Généralité :	<p>La peau est habitée d'une flore non pathogène qui peut devenir pathogène à tout moment.</p> <p>Les mains représentent donc le vecteur essentiel de la transmission manuportée des germes.</p> <p>Il est nécessaire pour contrôler et freiner l'évolution microbienne de CONNAITRE ET RESPECTER les règles à suivre pour effectuer un lavage des mains efficace.</p> <p>Le lavage de mains est un élément majeur de la PREVENTION DES INFECTIONS pour la protection réciproque SOIGNANT/SOIGNE</p> <p>Suivant le but poursuivi, le lavage de mains pourra être :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ simple ▪ antiseptique
Définition :	Le lavage des mains est qualifié de SIMPLE lorsqu'on emploie un savon doux, liquide de préférence.
Personne concerné :	Tous les acteurs de santé
Quand doit-on se laver les mains ?	<ul style="list-style-type: none"> • A l'arrivée et au départ de la résidence • Avant et après être allée au W.C • Après s'être mouché • Avant et après chaque soin (Si souillure visible sur les mains, sinon préférer la friction hydro alcoolique) • Après la manipulation de linge sale • Entre chaque résident • Avant l'administration des repas ou des traitements • Après avoir manipulé des objets souillés : crachoirs, bassins... • Avant et après le ménage • Avant et après le port des gants • En cas de Gale ou de Clostridium difficile, le lavage simple des mains ne suffit pas, compléter avec la friction hydro alcoolique.

Technique	<ul style="list-style-type: none"> • Mouiller les mains et les poignets • Appliquer une dose de savon doux liquide • Savonner au moins trente secondes en insistant sur les paumes, les espaces interdigitaux, les extrémités des doigts, les poignets et le pourtour des ongles. • Rincer abondamment • Sécher soigneusement par tamponnement à l'aide d'essuie mains à usage unique • Fermer le robinet avec le dernier essuie mains utilisé • Jeter l'essuie mains dans la poubelle sans la toucher avec la main
------------------	--







LE LAVAGE DES MAINS

QUAND ?

- ✓ En début et fin de service
- ✓ Entre chaque résident
- ✓ Si les mains sont visiblement souillées et lors des activités hôtelières (repas, linge, déchets)
- ✓ Entre chaque activité de soins si absence de solution hydro-alcoolique
- ✓ En cas de Gale et de Clostridium Difficile car l'utilisation seule de la solution hydro-alcoolique n'est pas efficace


COMMENT ?

- ✓ Mouiller les mains et les poignets
- ✓ Appliquer une dose de savon doux liquide
- ✓ Savonner au moins 30 secondes en insistant sur les paumes, les espaces interdigitaux, les extrémités des doigts, les poignets, le pourtour des ongles
- ✓ Rincer abondamment
- ✓ Sécher soigneusement par tamponnement à l'aide d'essuie-mains à usage unique
- ✓ Fermer le robinet avec le dernier essuie-mains utilisé
- ✓ Jeter l'essuie-mains dans la poubelle sans la toucher avec la main
















HYGIÈNE DE BASE - LE LAVAGE DES MAINS


Médica de la universitat de València en Col·laboració amb el C.I.D. de l'Institut de Salut Pública de València - Versión 2 - Revisada el 2016

 <p>Résidence Saint Léger de la commune de Saint-Léger-les-Bains 03170 SAINT-LEGER</p>	LAVAGE ANTISEPTIQUE DES MAINS		Date de validation : 12/11/2009
			Date d'application : 12/11/2009
			Date de relecture : 30/12/2014 12/12/2023 22/12/2015 13/12/2017 04/06/2019 21/02/2020 27/11/2022
			Date de réévaluation : 30/11/12
Rédaction : Dr GRAFFAN	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 1	

Généralité :	<p>Même principe que le lavage simple mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'un savon ANTISEPTIQUE • Durée de savonnage plus importante : 2 minutes
Indications :	<p>Avant chaque soin aseptique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pansements • Pose de sondes • Pose de cathéters
Préalables :	<ul style="list-style-type: none"> • Ongles courts et non vernis • Pas de bijoux : bagues, bracelets, montres • Avant-bras nus
Matériel :	<ul style="list-style-type: none"> • Savon liquide en distributeur • Serviettes à usage unique dans un distributeur adapté
Réalisation :	<ul style="list-style-type: none"> • Mouiller les mains et les avant-bras (eau froide ou tiède) • Prendre une dose de savon • Savonner toutes les surfaces en insistant sur les espaces interdigitaux (30 secondes à 1 minute) • Rincer abondamment et soigneusement • Bien sécher en tamponnant avec la serviette en papier • Fermer le robinet avec la serviette • Jeter la serviette dans la poubelle à pédale

	FRICTION HYDROALCOOLIQUE		Date de validation : 01/02/2013
			Date d'application : 01/02/2013
Rédaction : ASSMI Samira IDEC	HYGIÈNE GÉNÉRALE PRÉVENTION DES INFECTIONS		Date de relecture : 31/12/2014 22/12/2015 13/12/2017 04/06/2019 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation : 21/02/2020
			Nb de page : 1

Généralité :	Elle doit être privilégiée sous réserve que les mains ne soient ni mouillées, ni souillées, ni poudrées, ni lésées. Plus efficace que le lavage des mains, actif sur la plupart des micro-organismes sauf clostridium difficile et gale.
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • Entre chaque résident • Entre chaque activité • Entre 2 ports de gants de soins • Entre 2 gestes de soins chez un résident • Avant et après contact sur la peau saine • Avant un geste invasif • En situation d'épidémie / En cas de portage ou infection à BMR • N'est pas efficace en cas de clostridium difficile et de gale
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le volume de produit indiqué par le fabricant dans le creux de la main • Frictionner énergiquement les mains en respectant ces 7 étapes autant de fois que possible et ce jusqu'à évaporation du produit : <ol style="list-style-type: none"> 1. Paume contre paume  2. Paume de la main droite sur le dos de la main gauche et inversement  3. Paume contre paume, doigts entrelacés et espaces interdigitaux  4. Friction circulaire des pouces  5. Dos des doigts contre la paume opposée avec les doigts emboîtés  6. Rotation des bouts de doigts dans le creux de la main opposée  7. Poignets par rotation 

	LA TENUE PROFESSIONNELLE	Date de validation : 04/06/2019
		Date d'application : 04/06/2019
Rédaction : BRANDIN Stéphanie IDE	HYGIENE GENERALE	Date de relecture : 21/02/2020 27/11/2022
		Date de réévaluation : 15/11/2023
	PREVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 2

La tenue professionnelle est importante car elle véhicule un message de qualité des soins et des services, de sécurité, d'hygiène et de respect.

Dans le cadre des bonnes pratiques et le respect des règles d'hygiène la tenue professionnelle est un élément important.

C'est pour cela qu'avant chaque prise de poste il faut s'assurer :

- D'attacher ses cheveux,
- D'enlever sa tenue de ville et ses bijoux ainsi que son alliance,
- De ne pas porter d'effets personnels (vêtements à manches longues),
- De travailler avec une tenue propre (prise en charge quotidienne par la résidence, que vous retrouverez sur le portant prévu à cet effet dans le vestiaire),
- De porter des chaussures propres, fermées ou à bride, à semelles antidérapantes facilement nettoyables et réservées au travail,
- D'avoir des ongles court sans vernis et de ne pas porter de faux ongles,
- De nettoyer régulièrement son vestiaire et ne pas y laisser de denrées alimentaires.

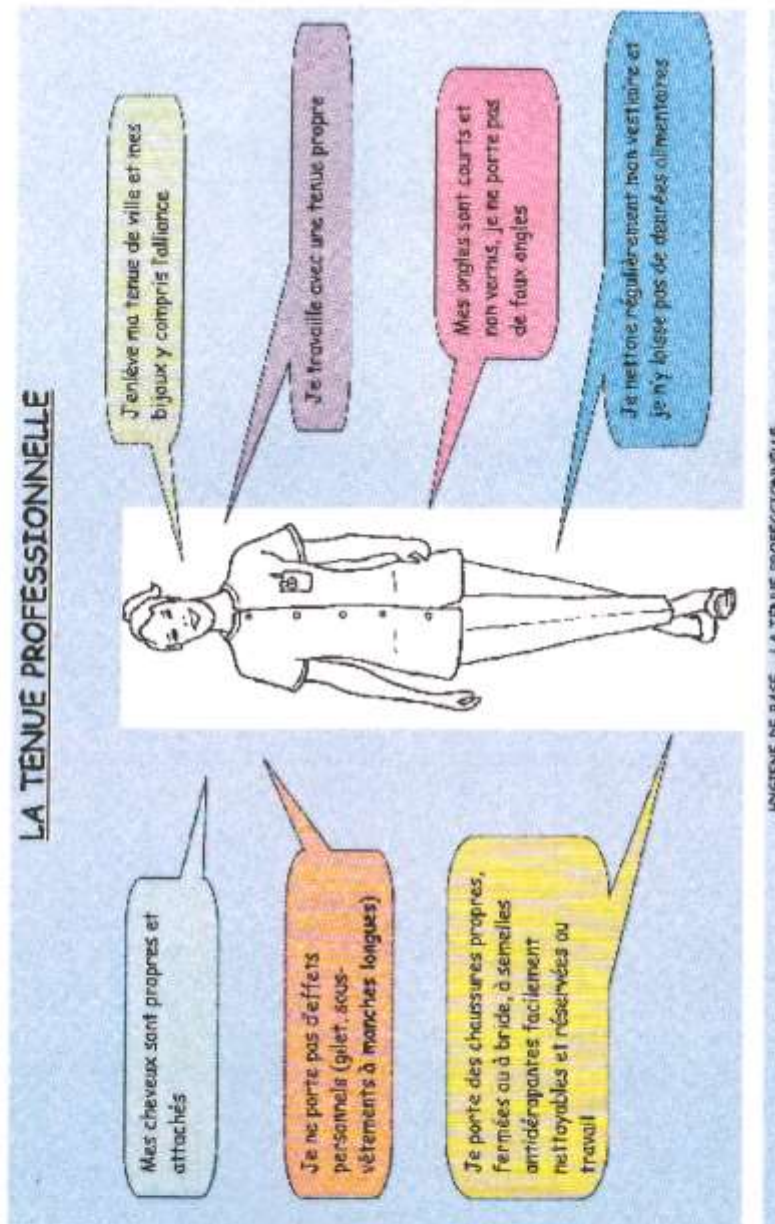
A la fin de votre poste, merci de vider l'intégralité de vos poches et de déposer votre tenue dans le bac prévu à cet effet.

Penser également à mettre au lavage vos gilets (au moins 1fois / semaine).

Penser également à entretenir régulièrement vos chaussures à l'eau savonneuse.


Concernant le port du gilet, c'est un accessoire de protection contre le froid. Il doit être lavable au minimum à 40°C. Il est réservé aux déplacements en dehors des soins, aux temps de pause ou dans les bureaux de soins mais jamais lors d'un soin auprès du résident.

LA TENUE PROFESSIONNELLE



HYGIENE DE BASE - LA TENUE PROFESSIONNELLE

Fiches de bonnes pratiques d'hygiène en Établissements Médico-Sociaux – Amour, Réponse! du CCLIN Paris-Nord en PICARDIE - Version 7 - Révisé le 04/06/2016

	PRECAUTIONS STANDARD		Date de validation : 05/03/2012
			Date d'application : 12/03/2012
Rédaction : ASSMI Samira, IDEC BRANDIN Stéphanie, IDE	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de relecture : 30/12/2014 22/12/2015 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation : 25/10/2012
			28/12/2017
			04/06/2019
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 5	12/02/2020

Objectif :	<p>Garantir la sécurité du résident et du personnel. Limiter le risque de transmission des agents infectieux chez les résidents. Eviter les AES (Accidents Exposants au Sang). Circulaire du 20 Avril 1998. « Tout résident est potentiellement à risque. »</p>
Domaine d'application :	<p>En permanence et pour tous les résidents, quels que soient sa pathologie et son statut sérologique. En cas de contact avec du sang, un produit biologique (selles, urines, crachats), une muqueuse et une peau lésée.</p>
Personne concerné :	<p>Tous les acteurs de santé</p>
Recommandations :	<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène des mains : Friction hydro alcoolique ou lavage des mains (cf protocole « Hygiène des mains). • Port de gants non stériles : si risque de contact avec un produit biologique ou en cas de peau lésée (voir protocole « UTILISATION DE MATERIEL DE PROTECTION ») • Port d'un tablier plastique, d'un masque étanche, de lunettes, si risque de projections ou d'aérosolisation, de sang ou tous autres produits biologiques, en cas de soins mouillants ou souillants. (voir protocole « UTILISATION DE MATERIEL DE PROTECTION ») • Ne jamais recapuchonner une aiguille ou la désadapter à la main. • Avoir un collecteur adapté pour les OPCT (objets piquants coupants tranchants). L'emporter au plus près du soin et veiller à la vérification du niveau de remplissage. • Surfaces, sols et matériaux souillés : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Nettoyer et désinfecter avec un détergent désinfectant les surfaces souillées par des produits biologiques. (cf protocole « Hygiène des locaux »). • Transport de prélèvements biologiques, linge, matériels souillés <ul style="list-style-type: none"> ➢ Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être transportés dans un emballage étanche et fermé. • Lors des contacts avec du sang ou des liquides biologiques : cf protocole AES.

LES PRECAUTIONS STANDARD - Circulaire du 20 avril 1998

« Tout résident est **potentiellement** à risque »

Elles s'appliquent :

- en permanence et pour tout résident quelque soient sa pathologie et son statut sérologique
- en cas de contact avec :
 - du sang
 - un produit biologique (selles, urines, crachats,...)
 - une muqueuse
 - une peau lésée

Elles permettent de :

- garantir à la fois la sécurité du résident et du personnel
- limiter le risque de transmission des agents infectieux chez les résidents
- éviter les Accidents Exposants au Sang (A.E.S.)

 <p>Friction hydro-alcoolique ou lavage des mains</p>	 <p>Port de gants non stériles si risque de contact avec produit biologique ou en cas de peau lésée</p>	 <p>Port d'un tablier plastique étanche, de lunettes si risque de projections</p> <p>Port d'un tablier plastique si sous mouillants ou souillants</p>	 <p>Ne jamais recapuchonner une aiguille ou la déposer à la main</p>
 <p>Jeter les objets piquants, co-piquants, Tranchants dans un collecteur adapté à emporter au plus près du soin</p>	 <p>Pour les établissements réalisant des prélèvements, le transport des produits biologiques se fera dans des emballages étanches et fermés</p>	 <p>Nettoyage et désinfection des surfaces et sols souillés par des produits biologiques</p>	 <p>Nettoyage et désinfection du matériel souillé</p>

HYGIENE DE BASE - LES PRECAUTIONS STANDARD

UTILISATION DU MATERIEL DE PROTECTION

« Les gants »

Le port de gants est nécessaire pour :

- Protéger les résidents afin de garantir l'asepsie d'un geste par le port de gants stériles
- Protéger le personnel : en cas de contact avec du sang ou produits biologiques

Ils ne sont pas nécessaires lors de tout contact avec une peau saine

Recommandations :

Une paire de gants = un soin

Une paire de gants = un résident

Retrait des gants juste **APRES** le contact résident et/ou environnement

Hygiène des mains **SYSTEMATIQUE AVANT et APRES** le port de gant

Gants à UU non stériles

Protection du personnel : en cas de contact avec du sang ou produits biologiques



Nitrile pour l'entretien des locaux et de l'environnement

Vinyle ou latex :

- Prélèvement de sang
- Glycémie capillaire
- Evacuation des urines
- Lavement
- Petite toilette
- Change

Gants stériles

Protection des résidents : garantir l'asepsie d'un geste



Exemples :

- Hémodialyse
- Pose de KT veineux
- Pose de sonde urinaire
- Soins de dialyse

Gants de ménage

Protection du personnel vis-à-vis des produits chimiques



Exemples :

- Entretien des locaux
- Nettoyage bassins et urinaux
- Nettoyage du matériel

A nettoyer entre 2 chambres par pulvérisation de détergent-désinfectant de surface

HYGIENE DE BASE - UTILISATION DU MATERIEL DE PROTECTION - LES GANTS

UTILISATION DU MATERIEL DE PROTECTION



« Les vêtements de protection »

Objectif :

- Créer une barrière de protection afin de :
- protéger la tenue vestimentaire des projections et des souillures
- éviter que la tenue ne devienne un support et vecteur de transmission croisée des micro-organismes
- protéger un résident fragilisé du contact direct avec la tenue du personnel

Recommandations

Ils sont à usage unique et à changer entre chaque résident lors des soins

Vêtement	Usage unique	Imperméabilité	Couverture corporelle	Manches	Indications
 Tablier plastifié A PRIVILÉGIÉ	oui	oui	partielle	aucune	<ul style="list-style-type: none"> - Si risque de projection - Si soins mouillants ou souillants - En cas de précautions complémentaires de type contact - Distribution des repas
 Surblouse	oui	oui	Totale	longues	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de suspicion de gale déclarée - En cas de clostridium difficile - En cas de contact avec un produit de chimiothérapie

HYGIENE DE BASE - UTILISATION DU MATERIEL DE PROTECTION - LES VÊTEMENTS DE PROTECTION

UTILISATION DU MATERIEL DE PROTECTION

« Les masques de soins »

Mode d'emploi :

- Bien recouvrir le nez, la bouche et le menton.
- Modeler la bande nasale afin de limiter le risque de fuite et éviter la formation de brèche sur les lunettes
- Réaliser une hygiène des mains
- Réaliser une hygiène des mains après avoir retiré le masque

Recommandations :

- Un masque est à changer entre chaque résident
- **Ne pas toucher à son masque du cours du soin**
- Le masque n'est pas un collier, **ne pas le bousser au niveau du cou**
- **Masque utilisé = masque jeté**
- Renouveler le masque au bout de 3 heures d'utilisation consécutive
- Changer de suite un masque humide ou souillé

Masque de soins (à élastiques)

Il filtre l'air expiré par le nez et la bouche de la personne qui porte le masque



Exemples :

- Si soignant enrhumé
- Pour le résident en précaution d'hygiène complémentaires de type air, gouttelettes ou protecteur qui sort de sa chambre
- Pour le soignant et le résident en cas de manipuler un de voie veineuse centrale
- Pour le soignant, en cas d'isolement protecteur

Masque de soins anti-projections avec ou sans visière

Il protège le porteur du masque au risque de projection de liquide biologique



Exemples

- Aspiration trachéale
- Kinésithérapie
- Précautions complémentaires de type gouttelettes (grippe et bactérie multi-résistante)
- Pour les visiteurs : en cas de précautions complémentaires de type gouttelettes

Masque de protection respiratoire type FFP2

Il protège le porteur du masque de l'inhalation d'aérosols infectieux




- En cas de précaution complémentaires de type air (aspiration ou tuberculose confirmée, varicelle, zéka, méningite)
- Pour les soignants et les visiteurs

HYGIENE DE BASE - UTILISATION DU MATERIEL DE PROTECTION - LES MASQUES DE SOINS


Recommandations :

- Réaliser les soins (toilette, pansement...) en dernier.
- Si contact direct avec la zone infectée :
 - Surblouse à usage unique,
 - Gants à usage unique.
- Réaliser une hygiène des mains autant de fois que nécessaire.
- Mise en place d'un carton DASRI dans la salle de bain, y déposer les déchets dans un sac blanc fermé. Maintenir le carton en fermeture provisoire et l'évacuer dès que le niveau de remplissage est atteint.
- Disposer le linge dans un sac hydrosoluble si celui-ci est souillé par le liquide biologique contaminé, à mettre de suite dans le local linge sale, pas de stockage dans la chambre. Pour le linge entretenu par la blanchisserie centrale : lorsque le linge du résident est souillé par le liquide contaminé, l'entretien du linge s'effectuera à la résidence, laisser le sac hydrosoluble dans la salle de bain, sera pris en charge par la lingère à son arrivée.
- Nettoyer la chambre en dernier avec le détergent désinfectant habituel. En cas de clostridium difficile, laver avec du détergent, rincer, puis javelliser (1 litre de javel à 2.6% de chlore actif dilué dans 4 litres d'eau).
- A la sortie de la chambre, le personnel et les visiteurs doivent systématiquement réaliser une hygiène des mains par frictions hydroalcoolique. En cas de clostridium ou de gale, réaliser un lavage simple des mains puis une friction hydroalcoolique.
- Ne pas confiner systématiquement dans sa chambre, un résident qui déambule (salle à manger ...) le site d'infection doit être isolé (pansement clos, changes anatomiques propres, sachet collecteur urine vidangée ...) lui faire réaliser plusieurs fois par jour une friction hydroalcoolique des mains.
- La gestion des déchets liés aux soins peut nécessiter une évaluation au cas par cas pour décider de la filière par laquelle ils seront éliminés :
 - Soit la filière des déchets d'activités de soins à risques infectieux : pour les déchets souillés ou en contact avec le produit biologique ou la zone infectée.
 - Soit la filière des déchets ménagers et assimilés : pour le reste.
- Pour la vaisselle, procéder au nettoyage habituel.

	PRECAUTIONS COMPLÉMENTAIRES TYPE « AIR »	Date de validation : 10/12/2012
		Date d'application : 10/12/2012
Rédaction : ASSMI Samira, IDEC BRANDIN Stéphanie, IDE		Date de relecture : 30/12/2014 29/12/2015 04/06/2019 05/03/2020 27/11/2022 12/12/2023
		Date de réévaluation : 28/12/2017
		22/02/2020
		17/01/2022
	HYGIÈNE GÉNÉRALE	
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 1

La mise en place des mesures et leur levée sont des prescriptions médicales

Objectif :	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre de façon exceptionnelle en EHPAD : Prévenir la transmission par l'air d'agents infectieux d'origine pulmonaire. La transmission se fait par inhalation de fines particules disséminées et suspendues dans l'air. • Lors de suspicion d'infection ou d'infections : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Suspicion de tuberculose (en attente de résultats bactériologiques) ➢ Tuberculose (en attente de prise en charge hospitalière) ➢ Pour le transfert d'un cas de tuberculose ou de suspicion de tuberculose ➢ Varicelle et Zona (associées aux précautions contacts si éruption cutané) ➢ Rougeole et coqueluche
Signalisation :	<ul style="list-style-type: none"> • Le noter dans « Titan » <p style="color: red;">Si transfert ou consultation du résident, il est impératif de signaler les précautions à prendre sur une fiche de liaison.</p>
Recommandations :	<p style="color: red;">Ces mesures viennent en complément des précautions d'hygiène standard.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porte de chambre fermée impérativement. • S'assurer de disposer de tout le matériel nécessaire à son activité, prioriser dans la mesure du possible du matériel à usage unique sinon procéder à la désinfection du matériel. • Désinfection des mains : friction hydro alcoolique ou lavage simple. • Mettre le masque FFP2 de protection avant d'entrer dans la chambre, même en l'absence du résident • Revêtir le tablier à usage unique et enfiler les gants (selon précautions standard : uniquement si risque de soins souillants et mouillants et risque de contact avec un liquide biologique). • Port de lunettes de protection uniquement si risque de projection • Réaliser l'activité (Visite médicale, soins, nettoyage, ...) • Procéder au double emballage du linge (sac hydrosoluble) et des déchets à la sortie de la chambre • Eliminer les gants (filière DASRI). • Eliminer le tablier à usage unique (filière DASRI). • Eliminer le masque de protection après être sorti de la chambre. (filière DASRI). • Réaliser désinfection des mains. • L'évacuation des déchets par la filière DASRI. • Réaliser les soins et l'entretien de la chambre en dernier (utilisation du détergent désinfectant habituel) • Pour la vaisselle, procéder au nettoyage habituel : entretien du moyen de transport du plateau avec un détergent désinfectant agréé contact alimentaire. • Pas de prise de repas en salle commune. • Si sortie impérative du résident de sa chambre lui mettre un masque de soin. • Aérer la chambre régulièrement (au minimum 3 fois dans la journée). • Port obligatoire d'un masque FFP2 pour les visiteurs.

	PRECAUTIONS COMPLÉMENTAIRES TYPE « GOUTTELETTES »		Date de validation : 10/12/2012
			Date d'application : 10/12/2012
			Date de relecture : 30/12/2014 29/12/2015 04/06/2019 05/03/2020 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation : 28/12/2017 22/02/2020 17/01/2022
Rédaction : ASSMI Samira, IDEC BRANDIN Stéphanie, IDE	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 1	


La mise en place des mesures et leur levée sont des prescriptions médicales.

Objectif :	<p>Prévenir la transmission de germes à partir des sécrétions (toux, salive, éternuements, postillons) qui peuvent être projetés sur une courte distance (inférieure 1 mètre) sur les muqueuses (yeux, nez, bouche) du personnel ou d'un résident.</p> <p>Elles concernent les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gripes • Infections respiratoires à bactéries multi-résistantes (BMR), ...
Signalisation :	<ul style="list-style-type: none"> • Le noter dans « Titan » <p>Si transfert ou consultation du résident, il est impératif de signaler les précautions à prendre sur une fiche de liaison.</p>
Recommandations :	<p>Ces mesures viennent en complément des précautions d'hygiène standard.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port d'un masque anti-projections si contact avec le résident à moins de 1 mètre (et non dès l'entrée de la chambre), le retirer et le jeter dans la chambre avant de sortir. • Port de gants de soins et d'un tablier à usage unique pour les soins à risques de projection. • Port d'un masque chirurgical pour le résident si il doit sortir de la chambre. • Aérer régulièrement la chambre lors de l'entretien (aérer de façon programmée minimum 3 fois / jour). • Port d'un masque anti-projection pour les visiteurs. • L'évacuation des déchets par la filière DASRI (tout les déchets). • Réaliser les soins et l'entretien de la chambre en dernier (utilisation du détergent désinfectant habituel). • Pour la vaisselle, procéder au nettoyage habituel : entretien du moyen de transport du plateau avec un détergent désinfectant agréé contact alimentaire. • Pas de prise de repas en salle commune • A la sortie de la chambre, réaliser une hygiène des mains. <p>En cas de suspicion de grippe A confirmée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port obligatoire d'un masque FFP2 par les soignants et par les visiteurs.

 <p>Résidence Saint Léger Maison de soins à l'Institut Pasteur de Strasbourg</p>	<h2>UTILISATION DU MATERIEL DE PROTECTION</h2>	Date de validation : 11/12/2012
		Date d'application : 11/12/2012
		Date de relecture : 30/12/2014 29/12/2015 28/12/2017 05/03/2020 17/01/2022 27/11/2022 12/12/2023
Rédaction : ASSMI Samira, IDEC BRANDIN Stéphanie, IDE	HYGIENE GENERALE	Date de réévaluation : 04/06/2019
	PREVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 2 04/02/2020

	<u>Les gants :</u>	<u>Les vêtements de protection :</u>	<u>Les masques de soins :</u>
Objectifs :	<p>Le port de gants est nécessaire pour :</p> <p>Protéger les résidents : garantir l'asepsie d'un geste par le port de gants stériles.</p> <p>Protéger le personnel : en cas de contact avec du sang ou produits biologiques.</p> <p>Ils ne sont pas nécessaires pour les soins de confort sur peau saine.</p>	<p>Permet de créer une barrière de protection pour :</p> <p>Protéger la tenue vestimentaire des projections et des souillures.</p> <p>Éviter que la tenue ne devienne un support pour la transmissions des micro organismes.</p> <p>Protéger un résident fragilisé du contact direct avec la tenue du personnel.</p>	<p>Créer une barrière de protection afin de protéger le résident et le personnel.</p>
Recommandations :	<p>Un acte = à une paire de gants.</p> <p>Une paire de gants = un résident.</p> <p>Hygiène des mains systématique avant et après le port de gant.</p> <p>Retrait des gants dès qu'ils ne sont plus indispensables.</p>	<p>Le tablier à usage unique est à changer entre chaque résident lors des soins.</p>	<p>Un masque est à changer entre chaque résident.</p> <p>Réaliser une hygiène des mains après avoir retiré le masque.</p> <p>Bien recouvrir le nez, la bouche et le menton.</p> <p>Modeler la barrette nasale afin de limiter le risque de fuite et éviter la formation de buée sur les lunettes.</p> <p>Ne pas toucher son masque au cours du soin.</p> <p>Le masque n'est pas un collier, ne pas le baisser au niveau du cou.</p> <p>Masque enlevé = masque jeté.</p> <p>Renouveler le masque au bout de 3 heures, le changer immédiatement si humide ou souillé.</p>

Types :	<p>GANTS NON STERILES :</p> <p>Protection du personnel : en cas de contact avec du sang ou produits biologiques. Ex : Prélèvements de sang, évacuation des urines, lavements, petites toilettes, changes, entretien des locaux et de l'environnement. Précautions complémentaires de type « contact »</p> <p>GANTS STERILES :</p> <p>Protection des résidents : garantir l'asepsie d'un geste. Ex : hémoculture, pose de cathéter veineux, pose de sonde urinaire, soins dialyse.</p>	<p>TABLIERS PLASTIFIÉS SANS MANCHE :</p> <p>Ils sont indiqués si risque de projections, si soins mouillants ou souillants, en cas de précautions complémentaires de type « contact » .</p> <p>SURBLOUSES A MANCHES LONGUES :</p> <p>Elles sont indiquées en cas de suspicion ou de gale déclarée, en cas de clostridium difficile</p>	<p>MASQUES DE SOINS ANTI-PROJECTIONS (type chirurgical) :</p> <p>Il protège le porteur du masque, du risque de projection de liquide biologique. Ex : aspiration trachéale, kinésithérapie, si soignant enrhumé. Ex : pour le résident en précautions d'hygiène complémentaire de type « air » ou « gouttelettes » qui sort de sa chambre.</p> <p>MASQUES DE PROTECTION RESPIRATOIRE TYPE FFP2 :</p> <p>Ils protègent le porteur du masque de l'inhalation d'aérosols infectieux. Ex : en cas de suspicion, ou tuberculose confirmée. Ex : pour les soignants et les visiteurs.</p> <p>MASQUE DE SOINS :</p> <p>Il filtre l'air expulsé par le nez et la bouche de la personne qui porte le masque (soignant enrhumé, pour le résident lors de précautions air ou gouttelettes en cas de sortie de la chambre).</p>
----------------	---	---	---

	CAT EN CAS D'AES	Date de validation : 04/06/2019
		Date d'application : 04/06/2019
		Date de relecture : 22/02/2020 27/11/2022 15/11/2023
Rédaction : BRANDIN Stéphanie IDE		Date de réévaluation :
HYGIENE GENERALE		
PREVENTION DES INFECTIONS		Nb de page : 2

	AES : TOUT CONTACT AVEC DU SANG OU DU LIQUIDE BIOLOGIQUE CONTENANT DU SANG
Piqûres, coupures, peau lésées	<p>1^{er} soins à faire immédiatement après l'accident : en cas d'effraction cutanée (coupure-piqûre) ou de contact direct du produit biologique sur peau lésée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - NE PAS FAIRE SAIGNER - NETTOYER IMMEDIATEMENT A L'EAU ET AU SAVON - RINCER - DESINFECTER AVEC DU DAKIN PENDANT MINIMUM 5 MINUTES
Muqueuses et yeux:	<p>1^{er} soins à faire immédiatement après l'accident : en cas de projection sur muqueuses et / ou yeux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - RINCER AU SERUM PHYSIOLOGIQUE OU A L'EAU PENDANT AU MOINS 5 MINUTES.
Après les 1ers soins :	<p style="text-align: center;">Dans les 2 cas après avoir effectué les premiers soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SE RENDRE AUX SERVICES DES URGENCES DU CH DE SOISSONS DANS LES 4 HEURES SUIVANT L'ACCIDENT : pour permettre d'évaluer le risque infectieux, d'être informé des mesures à prendre et d'éventuellement débiter un traitement. - SI L'ACCIDENT SURVIENT APRES LA PEC D'UN RESIDENT ET QUE CELUI-CI EST IDENTIFIABLE, APRES SON ACCORD OU CELLE DE SON AUTORITE DE TUTELLE, PRELEVER 3 TUBES SECS A APPORTER AUX URGENCES. - ENTREPRENDRE LES FORMALITES ADMINISTRATIVES : déclaration de l'accident du travail dans les 24heures auprès de l'employeur. - SUIVI SEROLOGIQUE ET CLINIQUE PAR LE MEDECIN DU CH OU MEDECINE DU TRAVAIL. - RAPPEL PREVENTION : pour éviter le risque d'AES veiller à respecter les Précautions Standards.

4

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT PAR EXPOSITION AU SANG

AES = Tout contact avec du sang ou du liquide biologique contenant du sang
(Afficher obligatoirement une photocopie dans la salle de soins)

PREMIERS SOINS A FAIRE IMMEDIATEMENT APRES L'ACCIDENT

- Effraction cutanée : Piqûre - Coupure
- Contact direct avec un produit biologique sur peau lésée

- **Ne pas faire saigner**
- Nettoyage immédiat à : eau et au savon
- Rincage
- Désinfection de préférence avec un antiseptique type Dakin Cooper stabilisé ou Javel diluée (2 ml de javel à 2,5 % de chlore + 10 ml d'eau) pendant **AU MOINS 5 MINUTES**

- Projectif sur muqueuses et/ou yeux

- Rincage prolongé au sérum physiologique ou à l'eau pendant **AU MOINS 5 MINUTES**

→ **CONSULTATION IMMEDIATE APRES D'UN MEDECIN REFERENT DESIGNE PAR L'ETABLISSEMENT**
 Docteur : Tél :

→ **DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL DANS LES 24 HEURES AU BUREAU DU PERSONNEL**

HYGIENE DE BASE - CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT PAR EXPOSITION AU SANG

	ENTRETIEN DU MATERIEL DE SOINS COLLECTIFS		Date de validation : 11/12/2012
			Date d'application : 11/12/2012
Rédaction : ASSMI Samira IDEC	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de relecture : 30/12/2014 29/12/2015 22 /02/2020 27/11/2022
			Date de réévaluation : 28/12/2017
			04/06/2019
			20/09/2023
	PREVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 1	

Objectif : Éviter la transmission croisée d'infections en utilisant du matériel nettoyé et désinfecté entre chaque résident.		
Types de matériels concernés	Niveau d'entretien requis	Technique
Tensiomètre Stéthoscope Lecteur de glycémie Thermomètre Chariot de soins Lève-malade Chaise percée Chariot de médicaments Chaise de douche-balnéo Appareil aérosol Chariot de linge propre Chariot de linge sale Chaise de pesée	<p>Nettoyage / désinfection par contact.</p> <p>Produit désinfectant de surfaces et matériels.</p> <p>Matériel médical et dispositifs médicaux non immergeables et non invasifs.</p>	<p>Nettoyer toutes les parties de l'appareil avec une chiffonnette propre imprégnée de détergent désinfectant en respectant le temps de séchage spontané.</p> <p>Rappel : ne pas vaporiser directement sur le matériel mais imprégner la chiffonnette.</p> <p><i>A la résidence utilisation Aniospray surf 29 :</i> Temps de séchage spontané : minimum 5 minutes. Juste désinfectant donc réaliser un nettoyage au préalable.</p>
Garrots Plateaux Ciseaux à pansements Pincettes à clamer	<p>Nettoyage / désinfection par trempage avec un détergent désinfectant pour instrumentation.</p>	<p>Préparer la solution détergente désinfectante dans un bac de trempage (ou un bac d'évier) réservé à cet usage respectant les recommandations du fabricant.</p> <p>Immerger complètement le matériel dans la solution, laisser en contact pendant 15 minutes.</p> <p>En cas de souillures visibles, réaliser deux nettoyages successifs : le premier pour éliminer les souillures, rincer et le deuxième pour désinfecter.</p> <p>Sortir le matériel, le rincer, le sécher (cf. annexe, fiche technique sécurimed).</p>
Bassin Seau de chaise percée Urinaux	<p>Nettoyage / désinfection par trempage.</p>	<p>Immerger / nettoyer dans une solution détergente désinfectante dans un bac réservé à cet usage en respectant les recommandations du fabricant.</p> <p>Ou</p> <p>Déterger + rincer + javelliser (1 litre d'eau de javel 2.6% de chlore actif pour 10 litres d'eau froide) + rincer.</p>

Détergent pré-désinfectant Aniosyme X3



Ref.	Conditionnement
1031CA	200 dosettes de 25 ml
1031CB	1 flacon doseur de 1 L
1031CD	1 bidon de 5 L avec bouchon
1031CC	4 bidons de 5 L + 1 pompe doseuse



Description

- Le détergent pré-désinfectant* Aniosyme X3 est recommandé pour l'instrumentation médico-chirurgicale, les dispositifs médicaux et le matériel d'endoscopie.
- Il s'utilise dans les bacs de trempage et les bacs à ultrasons pour le nettoyage et la pré-désinfection des instruments médicaux.
- Il garantit une efficacité antimicrobienne en 5 minutes sur les bactéries, levures et virus selon la norme EN 14476.
- Sans chlorure, il est non corrosif pour les matériaux et son pH neutre est compatible avec les alliages d'aluminium.
- Disponible en dosettes de 25 ml, flacon doseur d'1 L, bidon de 5 L à bouchon ou lot de 4 bidons de 5 L avec 1 pompe doseuse.

Caractéristiques techniques

- Composition :** Propionate d'ammonium quaternaire, Digluconate de chlorhexidine, tensioactifs non ioniques, complexe enzymatique (protéase, lipase et amylase), parfum, colorant, excipients.
- Formule :** Complexe tri-enzymatique combiné à un tensioactif non ionique nouvelle génération.
Formulé sans chlorure : effet anticorrosif vis-à-vis des matériaux.
- Aspect :** liquide limpide bleu.
- Type de dispositif :** dispositif médical de classe IIb* (Directive 93/42/CEE modifiée).
- pH :** - Neutre : compatible avec les alliages d'aluminium ;
- A dilution (0.5%) en eau de réseau : environ 7.5.
- Effet :** réduction de 57% d'émissions des gaz à effet de serre comparé à un produit de même indication.
- Conditions de stockage :** conserver à une température ambiante de 5°C à 35°C.

*Tempériser. Respecter les précautions d'emploi. Dispositif médical de classe IIb. Avant toute utilisation, lire l'étiquette et les informations concernant le produit.


Actif sur	Propriétés microbiologiques	
	Normes	Temps de contact
Bactéries	EN 1040, EN 13727, EN 14561 BMR selon EN 13727	5 min. / 0.5%
Levures	EN 1275, EN 13624, EN 14562	5 min. / 0.5%
Virus	Selon EN 14476 : actif sur HIV-1, PRY (virus modèle HBV), Herpesvirus, BVDV (virus modèle HCV), Vaccinia virus	5 min. / 0.5%

Mode d'emploi


- Dilution à 0,5 % :** Verser une dose de 25 ml pour 5 litres d'eau froide ou tiède.
- Nettoyage :** Immerger complètement les instruments médicaux. Temps de trempage minimum conseillé 5 minutes.
Brosser et écouvillonnez si nécessaire.
Pour le matériel endoscopique : double nettoyage 10 x 5 minutes.
- Rinçage :** Sortir les instruments et les rincer abondamment et soigneusement à l'eau de réseau (de bonne qualité microbiologique).
Pour le matériel endoscopique : l'extérieur et l'intérieur du dispositif médical.
- Séchage :** Enfin sécher à l'aide d'un linge propre.

	LES ANTISEPTIQUES		Date de validation : 10/12/2012
			Date d'application : 10/12/2012
			Date de relecture : 30/12/2014 29/12/2015 21/12/2017 04/06/2019 22/02/2020 17/01/2022 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation : 28/12/2017
Rédaction : ASSMI Samira, IDEC BRANDIN Stéphanie, IDE	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 1	

Recommandations Générales :	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la date de péremption du flacon avant la première ouverture, • Noter la date d'ouverture et/ou la date limite d'utilisation sur le flacon, • Respecter les précautions d'emploi, la concentration et le délai, • Ne pas toucher l'ouverture du flacon afin d'éviter toute contamination, et poser le bouchon face interne vers le haut, • Conserver à l'abri de la lumière et de la chaleur, • Gérer les stocks : mettre les nouveaux flacons derrière les anciens, • Ne pas utiliser pour la désinfection du matériel médical. 																																							
Pratiques d'utilisation :	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser sur la peau et/ou les muqueuses, • Respecter la règle des 5 temps : déterision / Rinçage / Séchage / Antiseptie / Séchage spontané. • Privilégier : <ul style="list-style-type: none"> - les antiseptiques de premières intentions (gamme produit iodé ou chloré), - les petits conditionnements voire les monodoses : 1 résident = 1 dose = 1 soin • Respecter la prescription et les indications • Ne pas employer successivement 2 antiseptiques différents. Utiliser les produits de la même gamme. 																																							
Délais de conservation après ouverture :	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Antiseptique</th> <th style="text-align: center;">Délais de conservation après ouverture</th> <th style="text-align: center;">Temps de contact à respecter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bétadine scrub® (flacon rouge)</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bétadine dermique ® (flacon jaune)</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td style="text-align: center;">1 minute</td> </tr> <tr> <td>Bétadine alcoolique ® (flacon orange)</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td style="text-align: center;">30 secondes</td> </tr> <tr> <td>Bétadine ® bain de bouche (flacon vert)</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bétadine vaginale ® (flacon bleu)</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dakin cooper ® stabilisé</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td style="text-align: center;">3 minutes</td> </tr> <tr> <td>Hibiscrub ®</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hibitane champ ® 0.5 % avec colorant</td> <td style="text-align: center;">10 jours</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hibitane champ ® 0.5 % sans colorant</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alcool ® à 70°</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td style="text-align: center;">30 secondes</td> </tr> <tr> <td>Biseptine ®</td> <td style="text-align: center;">1 mois</td> <td style="text-align: center;">15 secondes</td> </tr> <tr> <td>Eau oxygénée ®</td> <td style="text-align: center;">8 jours au réfrigérateur</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Antiseptique	Délais de conservation après ouverture	Temps de contact à respecter	Bétadine scrub® (flacon rouge)	1 mois		Bétadine dermique ® (flacon jaune)	1 mois	1 minute	Bétadine alcoolique ® (flacon orange)	1 mois	30 secondes	Bétadine ® bain de bouche (flacon vert)	1 mois		Bétadine vaginale ® (flacon bleu)	1 mois		Dakin cooper ® stabilisé	1 mois	3 minutes	Hibiscrub ®	1 mois		Hibitane champ ® 0.5 % avec colorant	10 jours		Hibitane champ ® 0.5 % sans colorant	1 mois		Alcool ® à 70°	1 mois	30 secondes	Biseptine ®	1 mois	15 secondes	Eau oxygénée ®	8 jours au réfrigérateur	
Antiseptique	Délais de conservation après ouverture	Temps de contact à respecter																																						
Bétadine scrub® (flacon rouge)	1 mois																																							
Bétadine dermique ® (flacon jaune)	1 mois	1 minute																																						
Bétadine alcoolique ® (flacon orange)	1 mois	30 secondes																																						
Bétadine ® bain de bouche (flacon vert)	1 mois																																							
Bétadine vaginale ® (flacon bleu)	1 mois																																							
Dakin cooper ® stabilisé	1 mois	3 minutes																																						
Hibiscrub ®	1 mois																																							
Hibitane champ ® 0.5 % avec colorant	10 jours																																							
Hibitane champ ® 0.5 % sans colorant	1 mois																																							
Alcool ® à 70°	1 mois	30 secondes																																						
Biseptine ®	1 mois	15 secondes																																						
Eau oxygénée ®	8 jours au réfrigérateur																																							

	VACCINATION RECOMMANDATION		Date de validation : 11/12/2012
			Date d'application : 11/12/2012
Rédaction : Dr GRAFFAN Médecin coordinateur	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de relecture : 30/12/2014 12/12/2023 04/04/2016 21/12/2017 22/02/2020 28/11/2022
			PRÉVENTION DES INFECTIONS
		Nb de page : 1	Date de réévaluation :

Mesures préventives :	Vaccination La grippe, comme la pneumonie à pneumocoque, sont les infections respiratoires les plus connues en termes de risque épidémique, de complications morbides et de létalité. Les mesures complémentaires d'hygiène classiquement proposées lors de la survenue d'infection des voies aériennes ralentissent certainement la dissémination des germes mais ne préviennent pas la survenue d'épidémie. Seule une large couverture vaccinale est à même d'éviter la survenue de grippe ou de pneumonie à pneumocoque. Les recommandations suivantes insistent sur la nécessité de mettre en place une organisation permettant de proposer la vaccination au plus grand nombre (personnels et résidents contre la grippe et résidents contre le pneumocoque).
Recommandations :	Il est recommandé de mettre en place un programme annuel d'incitation forte à la vaccination contre la grippe auprès des professionnels de santé et des résidents, en amont de la période épidémique habituelle en concertation avec la direction et la médecine du travail. Il est recommandé de rappeler aux professionnels de santé et au personnel s'occupant de personnes à risque que la vaccination antigrippale annuelle est la mesure de prophylaxie essentielle. Il est recommandé de mettre en place une politique de vaccination contre les infections à pneumocoque des résidents ayant une indication à cette vaccination avec un rappel tous les cinq ans et un rattrapage à l'admission si la vaccination n'a pas été réalisée avant ou si elle date de plus de cinq ans. Il est recommandé que tout professionnel présentant un syndrome respiratoire porte un masque chirurgical (précaution standard).

	PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES	Date de validation : 20/07/2023
		Date d'application : Date de relecture : 12/12/2023 Date de réévaluation :
Rédaction : Dr GEOFFROY Médecin coordinateur	HYGIÈNE GÉNÉRALE	
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 2


Généralité :	<p>La prescription d'antibiotiques (ATB) chez le sujet âgé nécessite des précautions particulières du fait d'une moindre tolérance, du risque d'insuffisance rénale ou encore d'interactions médicamenteuses. Toute prescription d'antibiotique doit être réfléchiée et justifiée.</p>
Recommandations générales :	<ul style="list-style-type: none"> • Toute fièvre n'est pas forcément bactérienne. • En dehors des états septiques sévères, le traitement antibiotique n'est généralement pas urgent. • En priorité = établir le diagnostic : si l'examen clinique ne suffit pas, pratiquer des examens complémentaires de biologie et/ou d'imagerie. • Vérifier que tous les prélèvements éthiquement raisonnables et possibles en vue d'un diagnostic microbiologique ont été réalisés. • Débuter un antibiotique en face d'une pathologie potentiellement sévère mais savoir aussi évaluer son efficacité, la modifier et la stopper si nécessaire. • Savoir adapter ses choix thérapeutiques en fonction de l'évolution de l'épidémiologie et des résistances microbiennes. • Prévenir les infections du sujet âgé : favoriser l'hydratation et veiller à l'état nutritionnel. • Proposer aux résidents la vaccination annuelle contre la grippe saisonnière et contre le pneumocoque (selon les recommandations vaccinales). • Inciter fortement les soignants à la vaccination annuelle contre la grippe.
Bon usage des antibiotiques :	<ul style="list-style-type: none"> • La prescription d'antibiotiques et son motif doivent être tracés dans le dossier. • Le traitement antibiotique doit systématiquement être réévalué à 72h et à 7-10 jours (selon les résultats bactériologiques, l'évolution clinique et paraclinique). Cette réévaluation doit également être tracée. • Privilégier la voie orale. Si la voie injectable est inévitable, prévenir des complications liées à la voie injectable (en particulier infectieuses).
Effets indésirables, interactions médicamenteuses et surveillance :	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des ATB sont éliminés par voie rénale : attention à la clairance de la créatinine (Privilégier la formule CKD-EPI). Site de référence : https://sitegpr.com/fr/. • Tout antibiotique va impacter les flores, en particulier le microbiote intestinal et expose ainsi au risque de : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Diarrhée à Clostridium difficile, ➢ Sélection d'entérobactéries multirésistantes (par exemple, les entérobactéries productrices de Bétafactamases à spectre étendu, BLSE), ➢ Risque de mycoses/candidoses (oropharyngée, vaginale, cutanée). <p style="text-align: center;">Cf Tableau des effets indésirables, ci-dessous</p>
Les cas où il faut s'abstenir de mettre en place une antibiothérapie :	<ul style="list-style-type: none"> • Bactériurie asymptomatique. • Bronchite aiguë (syndrome grippal et contexte épidémique). • Exacerbation d'une BPCO au stade 0 ou 1.

Autres remarques :	<ul style="list-style-type: none"> • Les ATB critiques de réserve (carbapénèmes, linézolide, ...) nécessitent l'avis d'un infectiologue. • Ne pas hésiter à demander un avis infectiologue pour les molécules ou situations peu connues. • Une vaccination annuelle contre la grippe, au début d'automne [prévention d'hospitalisations et de la mortalité liées au virus influenza]. • Une vaccination (tous les 5 ans) contre le pneumocoque par le vaccin conjugué 13-valent (PREVENAR 13®) puis au moins deux mois après par PNEUMOVAX®.
---------------------------	--

Tableau des effets indésirables fréquents ou « classiques » des antibiotiques et des interactions courantes avec les médicaments fréquemment utilisés chez le sujet âgé (liste non exhaustive, se référer aux RCP de chaque médicament).

Antibiotiques	Effets indésirables	Surveillance de la tolérance	Interactions médicamenteuses
Aminosides	Néphrotoxicité Ototoxicité	Fonction rénale Audiogramme (si durée ≥ 5j)	Autres médicaments néphro- et oto-toxiques
Béta-lactamines (Pénicillines, C3G, C4G)	Troubles digestifs Impact sur la flore Allergie (cutanée ++)	Fonction rénale	Allopurinol MTX
Clindamycine	Troubles digestifs (diarrhée) Colite à C. difficile	NFS Fonction rénale Bilan hépatique	AVK
Cyclines	Photosensibilité Œsophagite de contact (à prendre en position assise)	Clinique	Warfarine (AVK) Théophylline Antiacides
Fluoroquinolones (Ciprofloxacine, Lévofloxacine, Ofloxacine)	Syndrome confusionnel Allongement du QT Convulsions Tendinopathies	NFS INR	AINS (risque convulsions) AVK
Fosfomycinetrométamol	Troubles digestifs	Clinique	
Macrolides	Troubles digestifs Allongement du QT	Bilan hépatique INR	ATB inhibiteurs du CYP3A4 (AVK,...) Association déconseillée : colchicine
Métronidazole	Neurotoxicité si durée > 3 sem Leucopénie	NFS INR	AVK Alcool (effet antabuse)
Nitrofurantoïne	Troubles digestifs (nausées) Complications graves si ATB prolongé (hépatiques, pulmonaires)	Clinique	JAMAIS en traitement prolongé (durée max 7 jours) Antiacides
Pristinamycine	Troubles digestifs (nausées, vomissements) Allergie	INR	Colchicine AVK
Rifampicine	Coloration orangée des liquides biologiques (urines, larmes) Troubles digestifs (nausées, vomissements) Hépatotoxicité Allergie	Bilan hépatique INR	JAMAIS en monothérapie ATB inducteur enzymatique (AVK,...)
Sulfaméthoxazole-triméthoprime	Hématotoxicité Néphrotoxicité Allergie (rash, DRESS Syndrome)	NFS Fonction rénale	MTX AVK

MTX : méthotrexate
AVK : antivitamines K

 <p>Résidence Saint Léger <small>Association d'habitants de la Résidence Saint Léger 1 rue Paul Cuvillier 59100 Valenciennes</small></p>	INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES (IRA)		Date de validation : 13/02/2012
			Date d'application : 13/02/2012
		Date de relecture : 30/12/2014 04/04/2016 28/12/2017 22/02/2020 27/11/2022 12/12/2023	
Rédaction : ARS Picardie CIRE Nord ARLJN Picardie	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de réévaluation :
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : Annexe : fiche déclaration	

Généralité :	Les sujets âgés, particulièrement en collectivité, présentent une vulnérabilité aux Infections Respiratoires Aiguës (IRA) basses qui s'expliquent notamment par une fragilité et des facteurs de sensibilité. Le tableau de pneumonie est souvent trompeur chez la personne âgée. L'étiologie des infections respiratoires peut être virale, bactérienne ou parasitaire . L'objectif est de diagnostiquer et de prendre en charge rapidement des cas groupés afin de contrôler le risque épidémique.
Diagnostic :	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic clinique : Un cas d'IRA basse peut être défini par l'association ou la succession d'une toux souvent grasse, d'au moins un signe fonctionnel ou physique d'atteinte respiratoire basse : dyspnée, douleur thoracique, sifflement, signes auscultatoires récents diffus ou en foyer et d'au moins un signe général suggestif d'infection : fièvre, sueurs, céphalées, arthralgies, mal de gorge, rhume. • Diagnostic étiologique: En période de circulation grippale, un test de diagnostic rapide (TDR) pour la grippe peut être réalisé chez un malade présentant un syndrome grippal dans les trois jours après un premier cas. En dehors de cette période ou si les TDR de grippe sont négatifs et en fonction du contexte et des signes cliniques, il faut réaliser selon les cas antigénurie (recherche d'antigènes solubles de pneumocoque et de légionelle), hémocultures ou examen bactériologique d'expectoration, à la recherche d'une éventuelle légionellose ou d'une infection à pneumocoque puis, si la toux persiste, réaliser une PCR (polymérase chain réaction) à partir d'un prélèvement nasopharyngé pour la coqueluche ou un examen direct de l'expectoration à la recherche d'une tuberculose.
Traitement :	Outre le traitement symptomatique, il y a lieu d'adapter la prise en charge thérapeutique au germe identifié ou suspecté (éventuelle antibiothérapie adaptée).
Surveillance interne :	Dès la survenue d'au moins un cas d'IRA basse dans l'EHPAD, il est proposé à l'établissement de renseigner une fiche de surveillance permettant le repérage précoce des épisodes de cas groupés d'IRA. Cf : feuille de surveillance et guide joints
Signalement :	Doit être signalée à l'ARS toute survenue d'au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours parmi les résidents. Il y a lieu en outre de rechercher et renseigner les critères de gravité nécessitant une investigation complémentaire : 3 décès ou plus attribuables à l'épisode infectieux en moins de 8 jours OU au moins 5 nouveaux cas dans la journée OU l'absence de diminution des nouveaux cas dans la semaine suivant les mesures de contrôle.

<p>Information et organisation :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explication des mesures de contrôle à toutes les personnes intervenant auprès des résidents, y compris les intervenants extérieurs (médecins, stagiaires, kinésithérapeutes, personnel de remplacements, bénévoles...) • Signalisation des précautions sur la porte de la chambre et sur le PSI
<p>Précautions complémentaires aux précautions « standard » :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Précautions autour du résident : Dès le 1^{er} cas, mise en place de mesures d'hygiène de type « gouttelettes » : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Isolement du malade en chambre et signalisation des précautions sur la porte de la chambre ➢ Limitation au maximum des déplacements du malade ➢ Port par le malade d'un masque chirurgical lors de ses déplacements ou visites indispensables ➢ Aération de la chambre lors des soins ➢ Lavage des mains notamment après avoir toussé ou éternué (se couvrir la bouche et le nez) ➢ Port d'un masque chirurgical par le personnel lors des soins <p>Arrêt des activités collectives si plusieurs cas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Précautions pour l'entourage : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Limitation des visites au malade et des regroupements dans des lieux communs ➢ Arrêt des visites « non indispensables » ➢ Hygiène rigoureuse des mains après contact avec le malade ou le matériel et les effets du malade ➢ Nettoyage des objets courants du malade : déchets à jeter dans des sacs hermétiquement fermés ➢ Cas particulier de la grippe : mise en place d'une chimioprophylaxie par Oseltamivir selon les recommandations émises par le CSHPF le 16/01/2004 ➢ Cas particulier des infections pneumococciques : application des recommandations vaccinales émises par le CSHPF et le CTV le 14/01/2005 ➢ Cas particulier d'une légionellose ou d'une tuberculose : procéder à la déclaration obligatoire (DO) auprès de l'ARS • Précautions pour le personnel : Ecarter des soins le personnel symptomatique (fièvre, toux, sinusite, otite..) ou port d'un masque chirurgical en permanence

Fiche de signalement d'INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS Région PICARDIE

Le signalement doit être fait en urgence, même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations, à la Cellule de Réception et d'Orientation des Signaux (CROS) de l'Agence Régionale de Santé :

Téléphone 03 22 97 09 02 Fax : 03 22 97 09 01

Messagerie : ars-picardie-signaux@ars.sante.fr

Signalement

Date du signalement : ____/____/____

Personne qui signale : _____ Fonction : _____

Tél : Fax : Mail :

Caractéristiques de l'établissement

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Commune : Tel :

N°FINESS de l'établissement (raison sociale) : _____

Type d'établissement :

EHPAD, MDR USLD Foyer logement

Autre (préciser) :

• Votre structure est-elle rattachée à un établissement de santé ? : Oui Non

GMP (Gir moyen pondéré) : _____

Nombre total de résidents : _____ Nombre total de membres du personnel : _____

Description de l'épisode

	Résidents	Membres du personnel
Nombre de malades		
Dont hospitalisés		
Dont décédés		

Date de début des signes du premier cas : ____/____/____

Nombre de secteurs touchés ? : / ____/ Nombre total de secteurs ? : / ____/

Si vous avez établi une courbe épidémiologique, merci de la joindre

Critères de sévérité : Oui Non

Si oui lesquels ? : 3 décès en moins de 8 jours
 5 nouveaux cas ou + dans 1 même journée
 Absence de diminution de l'incidence dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle


Signes cliniques			
La majorité des malades présentent-ils de la toux ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
La majorité des malades présentent-ils de la fièvre (> 38°) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Difficultés respiratoires ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Autres signes ?	Lesquels :		

Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ? : Oui Non Ne sait pas

Précisez :

Des prélèvements ont-ils été réalisés ? Oui Non

Si résultats disponibles, précisez :

	LA GALE		Date de validation : 17/01/2022
			Date d'application : 17/01/2022
			Date de relecture : 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation :
Rédaction : Brandin Stéphanie IDE	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 5 Annexe : fiche déclaration	

Définition:	<p>La gale est une infection cutanée bénigne contagieuse. Due à un parasite acarien, spécifique de l'Homme. Il creuse des sillons dans la couche cornée de l'épiderme où elle dépose des œufs provoquant de vives démangeaisons nocturnes.</p>
Transmissions :	<p>La contamination est avant tout interhumaine par contact direct ou indirect (vêtement, linge, literie contaminés). La dissémination est favorisée par la vie en collectivité et le non-respect des règles d'hygiène.</p> <p>2 types de gales : la commune (contact direct prolongé nécessaire), la profuse (contagiosité par contact direct et indirect.)</p>
Diagnostic :	<ul style="list-style-type: none"> - Période d'incubation de 3 semaines en moyenne (possible recontamination), - Prurit avec recrudescence nocturne, - Lésions spécifiques type sillons, vésicules perlées, papulo nodules, - Lésions non spécifiques type lésions de grattage et eczématiformes, - Siège : Espaces interdigitaux, aréoles mammaires, organes génitaux, coudes, sous axillaires.
Conduite à tenir :	<p><u>Explication des mesures de contrôle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Au personnel intervenant auprès du ou des résidents « atteints » ou « contacts » • Aux intervenants extérieurs • A la lingerie + Blanchisserie Centrale • Déclaration obligatoire auprès de l'ARS <p><u>Recommandation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas de transfert du résident, prévenir le lieu de destination • Pour être efficace il faut traiter en même temps les personnes malades et leur environnement • Identifier le résident dans « Titan » • Traitement selon médecin traitant et/ou dermatologue • Veiller à ce que le résident ait les ongles courts • Maintien des précautions contact au moins 48h après le traitement oral et/ou local.
Précautions complémentaires :	<p>Aux précautions standard habituelles qui sont une barrière efficace à la transmission : ajouter des précautions complémentaires « contact »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Port de gants et de surblouse à manches longues pour tout contact avec le patient, et les objets susceptibles d'être contaminés. • Recueillir les déchets dans la chambre, cartons Dasri. • Effectuer un lavage soigneux des mains après tout contact avec le patient ou les objets contaminés. • Les solutions hydro alcooliques ne sont pas efficaces contre le parasite.

<p>Traitement :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soit un traitement oral : il est à prendre en une fois, à distance des repas. - Soit un traitement local : quelque soit le produit il faut commencer par une douche avec savonnage complet, appliquer ensuite le produit sur tout le corps (sec) sauf la tête. Puis selon produit utilisé, laissé agir le produit et reprendre une douche avec savonnage et rincer abondamment. - Soit par les 2 types de traitements - Traitement de la chambre du résident et changement des draps ... selon produit utiliser et recommandations du médecin
<p>Traitement de l'environnement et du linge :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le linge doit être manipulé avec précaution et ne jamais être posé à terre (gants + surblouse manches longues) - Le linge supportant le lavage à 60 : recueil dans un sac hydrosoluble - Le linge ne supportant pas le lavage à 60 : recueil dans un sac, vaporiser le linge avec le produit acaricide, fermer le sac et attendre 3 heures minimum puis entretien habituel. - Pour le petit matériel (tensiomètre...) vaporiser avec un produit acaricide et laisser agir pendant 3 heures - Pour le ménage au quotidien, effectuer l'entretien de la chambre en dernier, appliquer la technique habituelle de nettoyage et désinfecter le matériel de nettoyage immédiatement après.

Fiche de signalement d'un épisode de GALE

Même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations, le signalement doit être fait **en cas de besoin d'aide à la mise en œuvre des mesures de gestion**, au Point Focal Régional (PFR) de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France.

Téléphone : 03 62 72 77 77

Fax : 03 62 72 88 75

Messagerie : ars-hdf-signal@ars.sante.fr

Date du signalement :

Nom du signalant : Fonction :

Tel : Fax : Mail :

Caractéristiques de l'établissement

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Commune : Tel :

N° FINESS géographie (si possible) :

Type d'établissement médico-social :

EHPAD Foyer logement MAS FAM IME

Autre (préciser) :

Nom du médecin coordonnateur :

Nom du référent hygiène :

Travaillez-vous avec un réseau local d'hygiène ? : Oui Non Ne sait pas

Effectifs des résidents et des membres de l'établissement :

Nombre de résidents : Nombre de personnels toutes catégories :

Description de l'épisode

Date de début des signes du 1^{er} cas : .../.../... Date de début des signes du dernier cas : .../.../...

Nombre total de secteurs : Nombre de secteurs touchés :

	Nombre de personnes atteintes	
	Résidents	Personnels
Traitement par voie orale		
• Stromectol® (Ivermectine)		
Traitement par voie cutanée		
• Stromectol® + Traitement par application cutanée		
Autres (précisez) : hospitalisation, etc ...		

Nombre de traitements préventifs administrés :

- Chez les résidents :
- Chez les personnels :

Mesures de maîtrise

Type de mesures		Date de mise en place
Information des résidents, des personnels et des visiteurs	<input type="checkbox"/> Oui	.../.../...
Précautions « contact » spécifiques gale	<input type="checkbox"/> Oui	.../.../...
Traitement du linge	<input type="checkbox"/> Oui	.../.../...
Traitement du mobilier et du matériel composés de textile	<input type="checkbox"/> Oui	.../.../...
Arrêt des transferts des personnes infectées jusqu'à 48h après administration du traitement	<input type="checkbox"/> Oui	.../.../...
Arrêt de travail pour le personnel infecté jusqu'à 48h après administration du traitement	<input type="checkbox"/> Oui	.../.../...
Autres mesures de contrôle (précisez) :		

Commentaires

Avez-vous besoin d'une aide extérieure pour la gestion de l'épisode ? Oui Non

Si oui, précisez : ARS Cire CPias Réseau local d'hygiène

Bilan final à la clôture d'un épisode de GALE

Cette fiche est à adresser à l'ARS 6 semaines après le traitement du dernier cas.

Téléphone : 03 62 72 77 77

Fax : 03 62 72 88 75

Messagerie : ars-hdf-signal@ars.sante.fr

Nom de l'établissement :

.....

Commune:

.....

.....

Nom du signalant :

.....

Date de début des signes du 1^{er} cas :/...../.....

Date de début des signes du dernier cas :/...../.....

Bilan définitif des cas :

	Nombre de personnes atteintes	
	Résidents :	Personnels :
Traitement par voie orale		
• Stromectol [®] (Ivermectine)		
Traitement par voie cutanée		
• Stromectol [®] + Traitement par application cutanée		
Autres (précisez) : hospitalisation, etc ...		

Nombre de traitements préventifs administrés :

- Chez les résidents :
- Chez les personnels :

Problèmes rencontrés par la structure : Matériel Personnel Financier Organisationnel

Autres :


.....

La structure a-t-elle reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode ? Oui

Non

Si oui, précisez de quelle(s) institution(s) : ARS Cire CPIas Réseau local d'hygiène

Date de clôture de l'épisode :/...../.....

	GASTROENTÉRITE		Date de validation : 11/02/2012
			Date d'application : 11/02/2012
			Date de relecture : 30/12/2014 04/04/2016 28/12/2017 22/02/2020 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation :
Rédaction : ARS Picardie CIRE Nord ARLIN Picardie	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 5 Annexe : fiche déclaration	

Généralité :	<p>Les gastro-entérites aiguës (GEA) sont des infections digestives bénignes à prévalence hivernale et à transmission oro-fécale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par contact direct avec un résident infecté • Par contact indirect avec l'environnement contaminé : aliments souillés ou gouttelettes projetées par les vomissements. <p>Elles sont principalement d'origine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virales (Norovirus, Rotavirus, Adénovirus entérique, Astrovirus, Coronavirus, Torovirus) • Mais aussi bactériennes (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Escherichia coli O157:H7...), • Ou parasitaires (Giardia, Cryptosporidium et Entamoeba histolytica). <p>Les facteurs de risque de transmission sont le contact interhumain et une rupture d'hygiène (résident ou personnel soignant).</p> <p>Une épidémie se définit par la survenue d'au moins 5 cas sur une période de 4 jours.</p>
Diagnostic :	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic clinique : Apparition soudaine chez un résident, sur une période de 24h : <ul style="list-style-type: none"> ➢ D'au moins 2 épisodes de vomissements ➢ Ou d'une diarrhée (selles liquides, à la fréquence de 2 selles de plus que ce qui est considéré comme normal pour le/la résident/e, en l'absence d'une autre cause (médicaments, pathologie chronique, stress) ➢ Et accompagné d'au moins un symptôme suivant : fièvre, nausées, douleurs ou crampes abdominales, céphalées. • Diagnostic microbiologique : coproculture+++ <p>En cas d'épidémie, des prélèvements de selles de résidents malades peuvent être réalisés pour permettre d'assurer un diagnostic étiologique. Des échantillons issus de 5 résidents différents au minimum doivent alors être réalisés et rapidement acheminés au laboratoire.</p> <p>Si les résultats (bactériens, parasitaires et viraux à Rotavirus et Adénovirus) sont négatifs, des échantillons de selles devront être envoyés par le laboratoire au Centre National de Référence des virus entériques pour une recherche spécifique.</p> <p>En cas de suspicion de TIAC : analyse d'échantillon alimentaire par la DDPP (Direction Départementale de la Protection des Populations) et information de la médecine du travail.</p>
Traitement :	<p>Le traitement d'une gastro-entérite est généralement symptomatique. La réhydratation, en particulier des malades à risques (personnes âgées, immunodéprimés...) est indispensable.</p>
Signalement :	<p>Un signalement doit être fait à l'ARS de la région si au moins 5 résidents et/ou membres du personnel ont développé une GEA en 4 jours (cf. fiches de signalement en annexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signalement interne : Direction, médecin/infirmier coordonnateur • Signalement externe : ARS et antenne régionale du CCLIN dans le cadre d'une épidémie et

	déclaration obligatoire (DO) pour une toxi-infection alimentaire collective (TIAC)
Information et organisation :	<ul style="list-style-type: none"> • Explication des mesures de contrôle à toutes les personnes intervenant auprès des résidents, y compris les intervenants extérieurs (médecins, kinésithérapeutes, stagiaires, personnel de remplacement, bénévoles...) • Signalisation des précautions « contact » sur la porte de la chambre, planning, PSI... • Recommandations aux visiteurs de : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Limiter les visites, en particulier des enfants ➢ Eviter l'utilisation des sanitaires du service (toilettes du résident ou publiques) ➢ Réaliser une hygiène des mains à la sortie de la chambre • Informations aux patients : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Demander de limiter leurs déplacements à l'extérieur de la chambre (arrêt temporaire des activités en collectivités sanitaires et sociales) ➢ D'utiliser exclusivement les sanitaires de leur chambre ➢ De réaliser une hygiène des mains après chaque passage aux toilettes • Organisation : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Limiter les déplacements du personnel du secteur touché ➢ Installer le résident en chambre ➢ Prévoir du matériel dédié aux résidents atteints. A défaut, effectuer leur prise en charge en dernier pour les soins, l'hôtellerie, l'entretien des chambres... ➢ Pas de transfert des résidents symptomatiques, sauf exception ➢ Mise à l'écart des soins tout personnel malade jusqu'à 48 heures après le dernier épisode de diarrhée ou de vomissements
Précautions :	<p style="text-align: center;">Précautions complémentaires aux précautions « standard »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer systématiquement une hygiène des mains à l'entrée de la chambre, au retrait des gants et de la surblouse et à la sortie de la chambre : friction à la solution hydroalcoolique (dont la virucidie est attestée) • Porter un tablier à usage unique ou une surblouse (à manches longues si besoin) et porter des gants à usage unique en cas de contact direct avec les résidents ou avec des objets potentiellement contaminés par les selles (bassins, chaise percées...)
Literie, mobilier, matériel :	<ul style="list-style-type: none"> • Le matériel médico-chirurgical : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Limiter le stock de matériel à usage unique aux besoins d'une journée ➢ Nettoyer et désinfecter le matériel réutilisable dédié au résident pendant sa gastroentérite, quotidiennement et dès souillures ➢ Nettoyer et désinfecter la housse de matelas lors de la réfection du lit. • Entretien des surfaces et des locaux : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Réaliser le bio nettoyage (en insistant sur les poignées de porte, barrières de lit, sonnettes d'appel, sanitaires...) au moins 2 fois par jour avec un détergent désinfectant virucide (en présence de calicivirus, le désinfectant de référence est l'eau de Javel, solution à 2,6% diluée 1/5ème) ➢ Nettoyer immédiatement les salissures dues aux vomissements et aux diarrhées. Le personnel chargé du bio nettoyage ne doit pas servir les repas ou manipuler de la nourriture (éviter contamination croisée) sans avoir pratiqué une hygiène des mains et protégé sa tenue de base auparavant. • Le linge : Conditionnement en double emballage si les sacs sont insuffisamment imperméables. En EHPAD, le linge est traité de préférence par la structure. Mettre immédiatement dans un sac en plastique le linge repris par la famille, pour éviter toute manipulation avant le traitement en machine. • Les déchets : Ils sont éliminés en double emballage et par le circuit DASRI. • Utilisation de bassin de lit ou chaise percée : Il est recommandé d'utiliser des sachets protecteurs de bassins et/ou de chaises percées.

Résidence Saint Léger

Association Vermeil
9 rue Paul Descolatsne
02200 SOISSONS



Résidence Saint Léger

Association Vermeil

9, Rue Paul Descolatsne - 02200 Soissons
Tél : 03 23 53 87 00 Fax : 03 23 53 87 69

RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS

L'un de vos proches est accueilli dans notre maison.
Dans le cadre de la lutte contre la gastro-entérite, nous vous remercions de suivre les recommandations suivantes :

Si vous êtes, vous-même malade, nous vous remercions de reporter votre visite et de privilégier les contacts téléphoniques.

Si votre proche est atteint, il doit absolument garder la chambre et s'isoler.

En dehors de ces 2 cas, les visites doivent se faire en respectant les règles suivantes :

Limiter les contacts physiques avec les personnes de l'entourage (serrer la main, s'embrasser, etc.) et en particulier avec les personnes âgées.

Lavez-vous les mains au savon ou désinfectez-les avec une solution hydro-alcoolique, dans les WC publics du rez-de-chaussée, à votre arrivée et lors de votre départ.



Frottez les ongles
et le bout des
doigts



Frottez la
paume des
mains



Frottez entre
les doigts



Frottez à
l'extérieur
des mains

Merci.

Fiche de signalement de GASTRO-ENTERITE AIGÛE Région PICARDIE

Le signalement doit être fait en urgence, même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations, à la Cellule de Réception et d'Orientation des Signaux (CROS) de l'Agence Régionale de Santé :
Téléphone 03 22 97 09 02 Fax : 03 22 97 09 01
Messagerie : ars-picardie-signaux@ars.sante.fr

Signalement

Date du signalement : ____ / ____ / ____

Personne qui signale : _____ Fonction : _____

Tél : _____ Fax : _____ Mail : _____

Caractéristiques de l'établissement

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Tel : _____

N° FINESS de l'établissement (raison sociale) : _____

Type d'établissement :

EHPAD, MDR USLD Foyer logement

Autre (préciser) : _____

* Votre structure est-elle rattachée à un établissement de santé ? : Oui Non

GMP (Gir moyen pondéré) : _____

Nombre total de résidents : _____ Nombre total de membres du personnel : _____

Description de l'épisode

	Résidents	Membres du personnel
Nombre de malades		
Dont hospitalisés		
Dont décédés		

Date de début des signes du premier cas : ____ / ____ / ____

Nombre de secteurs touchés ? : ____ / ____ Nombre total de secteurs ? : ____ / ____

Si vous avez établi une courbe épidémique, merci de la joindre

Signes cliniques			
La majorité des malades présentent-ils des vomissements ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
La majorité des malades présentent-ils de la diarrhée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Présence de diarrhée sanglantes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
La majorité des malades présentent-ils de la fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Autres signes majoritaires ?	Lesquels : _____		

Durée moyenne (approximative) de la maladie : ____ nombre de jours ou ____ nombre d'heures


Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ?

Oui Non Ne sait pas

Précisez : _____


Recherche d'agents infectieux déjà effectuée ou en cours ? Oui Non

Si résultats disponibles, précisez : _____

	TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE (TIAC)	Date de validation : 23/01/2013
		Date d'application : 23/01/2013
Rédaction : Dr GRAFFAN Médecin coordinateur	HYGIÈNE GÉNÉRALE	Date de relecture : 30/12/2014 04/04/2016 22/02/2020 27/11/2022 12/12/2023
		Date de réévaluation : 28/12/2017
		PRÉVENTION DES INFECTIONS
		Nb de page : 1

Définition :	Une TIAC est définie par l'apparition d'au moins deux cas groupés, d'une symptomatologie similaire, en général digestive, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire (sauf botulisme où un cas suffit à déclencher l'alerte)
Personnes concernées :	Toutes les personnes (résident, personnel, accompagnant) ayant consommé des aliments distribués dans la structure
Epidémiologie :	Toutes suspicion de TIAC est considéré comme une urgence afin d'enrayer rapidement sa diffusion. Une TIAC est une maladie à déclaration obligatoire à signaler auprès du médecin inspecteur de santé publique de l'ARS qui engagera une investigation avec la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP) anciennement Services Vétérinaires (ex DDSV)
Causes :	<ul style="list-style-type: none"> • Matière première contaminée, • Contamination par le personnel ou par l'équipement, • Erreur dans le processus de préparation • Non respect de la chaîne du chaud et du froid, • Non respect du délai préparation / consommation.
Conduite à tenir en cas de TIAC :	<ul style="list-style-type: none"> • Information des intervenants sans délai : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Le directeur de l'établissement, le médecin coordinateur et l'IDEC ➢ Le responsable ou prestataire de la cuisine ➢ Le personnel de l'établissement • Cuisine : <ul style="list-style-type: none"> ➢ S'assurer de la conservation des plats témoins séquestrés et des matières premières ayant servies à la préparation des repas et qui ne devront plus servir (température à 3° C au réfrigérateur et -18° C pour les congelés) ➢ Fournir la liste des menus dans trois jours précédents ➢ Détecter un éventuel dysfonctionnement, au niveau de la chaîne alimentaire (température, problème de personnel, défaillance du matériel) et engager des mesures correctives en cas de nécessité ➢ Ne pas présenter aux repas suivants les mêmes préparations que celles servies les trois jours précédents, tant que l'aliment responsable n'a pas été identifié • Structure : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Réaliser un interrogatoire individuel des résidents concernés sur leur alimentation les trois jours précédents, ➢ Envoyer au laboratoire de microbiologie, les prélèvements biologiques des malades

	<p>(selles, vomissements, bilan sang) pour analyse bactériologique,</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Prévention de la transmission oro-fécale : veiller au respect strict des précautions standard, en insistant sur l'hygiène des mains.
--	---

	CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ICD)		Date de validation : 11/02/2012
			Date d'application : 11/02/2012
			Date de relecture : 30/12/2014 28/12/2017 22/02/2020 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation :
Rédaction : ARS Picardie CIRE Nord ARLUN Picardie	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS		Nb de page : 2 Annexe : fiche déclaration

Généralité :	<p>Clostridium difficile est une bactérie donnant des spores particulièrement résistantes dans l'environnement.</p> <p>La prévention des infections passe par une sensibilisation au diagnostic de cette infection et par un renforcement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du bionettoyage, avec de l'eau de Javel, désinfectant actif sur les spores, • De l'hygiène des mains, par lavage, seule technique efficace pour l'élimination des spores
Diagnostic :	<p>Diagnostic d'infection à C. difficile (par recherche de toxines A et B) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devant la présence de toute diarrhée nosocomiale • Ou en cas d'iléus accompagné de fièvre, de douleurs abdominales et d'hyperleucocytose (particulièrement chez les patients âgés avec des antécédents de traitement antibiotique dans le mois précédent). <p>Isolement de C. difficile par culture de selles dès la connaissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'un cas sévère d'ICD, • D'une épidémie. <p>Transmission des souches à l'un des laboratoires experts : recherche du clone épidémique</p>
Mesures d'information :	<ul style="list-style-type: none"> • Explication des mesures de contrôle à toutes les personnes intervenant auprès des résidents (« cas certain » et « cas suspect »), y compris les intervenants extérieurs (médecins, kinésithérapeutes, stagiaires, personnel de remplacement, ...) • Recommandations aux visiteurs des « cas certains » et « cas suspects » de réaliser une hygiène des mains à la sortie de la chambre • Sur la porte de la chambre : rappel des précautions « contact » • Pas de transfert des résidents symptomatiques, sauf exception. Le transfert des résidents devenus asymptomatiques est possible sous réserve d'information des professionnels du service d'accueil • Envoi à tous les médecins traitants des résidents, médecins intervenant dans le cadre de la garde et SOS médecins, d'un courrier comportant une information : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Sur l'existence de cas groupés de C. difficile dans l'établissement ➢ Sur les mesures en cours ➢ Sur la nécessité d'un usage approprié de l'antibiothérapie (limitée autant que possible)
Mesures d'isolement :	<p>Pour les soins auprès des « cas certains » d'ICD (en contexte épidémique, auprès des « cas suspects » (diarrhée = au moins 3 selles liquides / jour)), mettre en place les précautions « contact »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintien du résident en chambre, limitation des déplacements des résidents infectés • Hygiène des mains : <ul style="list-style-type: none"> ➢ A l'entrée de la chambre : désinfection des mains ➢ A la sortie de la chambre : lavage des mains avec un savon doux, suivi d'une application de solution hydro-alcoolique sur mains sèches ou lavage hygiénique des mains

	<ul style="list-style-type: none"> • Port d'équipements de protection à usage unique (gants et surblouse à manches longues) dès l'entrée dans la chambre et à retirer avant la sortie de la chambre • Utilisation de matériel à usage unique ou dédié au résident (résident unique) : thermomètre, bassin de lit, ... • Gestion des déchets souillés sous emballage clos et imperméable. Elimination selon la filière de Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) • Maintien de ces précautions additionnelles jusqu'à disparition des signes cliniques <p>Pour les soins aux autres résidents : précaution « standards »</p>
<p>Entretien des chambres :</p>	<p>Bionettoyage des chambres (sol et surfaces) au moins 1 fois par jour, en insistant tout particulièrement sur les surfaces horizontales (adaptables, paillasses, ...), les surfaces fréquemment touchées (poignée de porte, barrière de lit, dispositifs pour appel des soignants, téléphone, ...), les surfaces visiblement souillées et les sanitaires</p> <p>Séquence en 3 temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyage avec un produit détergent • Rinçage à l'eau • Désinfection des sols et surfaces avec une solution d'eau de Javel à 2,6% diluée au 1/5ème <p>Laisser sécher pour obtenir un temps d'action de 10 mn Rincer obligatoirement les surfaces en inox après javellisation</p> <p>La mise en œuvre des mesures dans les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD) devrait tendre vers celles proposées dans les établissements de santé. Cependant, ces établissements étant des lieux de vie, les mesures devront être adaptées au degré de médicalisation et aux moyens disponibles pour la mise en place de ces mesures.</p>

Fiche de signalement d'INFECTION A CLOSTRIDIUM DIFFICILE Région PICARDIE

Le signalement doit être fait en urgence, même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations,
à la Cellule de Réception et d'Orientation des Signaux (CROS) de l'Agence Régionale de Santé :

Téléphone 03 22 97 09 02 Fax : 03 22 97 09 01

Messagerie : ars-picardie-signaux@ars.sante.fr

Signalement

Date du signalement : ____ / ____ / ____

Personne qui signale : _____ Fonction : _____

Tél : Fax : Mail :

Caractéristiques de l'établissement

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Commune :

N°FINESS de l'établissement (raison sociale) :

Type d'établissement :

EHPAD, MDR USLD Foyer logement

Autre (préciser) :

• Votre structure est-elle rattachée à un établissement de santé ? : Oui Non

GMP (Gir moyen pondéré) : _____

Nombre total de résidents : _____ Nombre total de membres du personnel : _____

Description de l'épisode

- Cas groupés (au moins deux cas d'ICD survenant en quatre semaines dans un établissement)
 Cas sévères : Précisez : Hospitalisation pour traitement de l'infection à *Clostridium difficile* (ICD)
 Autres arguments

Demande d'aide à la gestion

Décès

Autres : précisez :

Nombre de malades lors du signalement : / ____ / résidents / ____ / membres du personnel

Date de début de la diarrhée (du 1er cas) : ____ / ____ / ____

Mise en évidence de *Clostridium difficile*

Coordonnées du laboratoire :

Toxines A/B positives : Oui Non En cours

Coordonnées du laboratoire :

Cultures positives de *Clostridium difficile* Oui Non En cours

Commentaires

Pensez-vous que l'événement soit maîtrisé ? Oui Non

Précisez :


Avez-vous besoin d'une aide extérieure pour la gestion de l'épisode ? Oui Non

Précisez :


Avez-vous contacté une équipe opérationnelle d'hygiène ? Oui Non

Si oui, précisez laquelle et le nom des personnes contactées :

Commentaires du signalant :

	ERV (Entérocoque Résistant à la Vancomycine)		Date de validation : 29/02/2010
			Date d'application : 29/02/2010
Rédaction : Dr GRAFFAN Médecin coordinateur	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de rélecture : 04/04/2016 28/12/2017 22/02/2020 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation : 19/12/2012
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 1	

Définition :	<p>L'Entérocoque est une bactérie qui vit dans le tube digestif. Elle peut migrer à d'autres parties de l'organisme, causant ainsi une infection.</p> <p>La Vancomycine est un antibiotique utilisé pour traiter les infections causées par l'Entérocoque. Si la bactérie résiste au traitement par Vancomycine, elle se nomme alors Entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV).</p>
Comment contracte-t-on l'ERV ?	<p>L'ERV ne se transmet ni par éternuements, ni par la toux.</p> <p>Les ERV peuvent être présents sur vos mains et vous pouvez les transmettre lorsque vous touchez par exemple une poignée de porte ou quand vous serrez la main à une autre personne.</p> <p>Afin d'éviter cela, vous devez vous laver les mains si vous sortez de la chambre.</p>
Précautions :	<ul style="list-style-type: none"> • Le résident doit rester dans sa chambre. • Les soignants devront porter une blouse et des gants pendant qu'ils sont dans la chambre. • Lorsqu'ils quittent la chambre, il est très important qu'ils se lavent les mains et se frictionnent au manugel.
Visiteurs:	<p>Les gens en bonne santé ne font pas d'infection avec l'ERV. Ils peuvent donc venir vous voir en toute sécurité.</p> <p>Ils doivent seulement se laver les mains en quittant la chambre. Ils n'ont pas besoin de porter de gants, de blouse ni de blouse.</p>
Traitement :	<p>Avec le temps, l'ERV disparaîtra de votre organisme et les bactéries normales reprendront leur place. Il ne sera alors plus nécessaire d'isoler le résident.</p> <p>La meilleure façon d'arrêter la transmission d'une infection est de se laver les mains.</p>

	LUTTE CONTRE LES LÉGIONELLES SOUTIRAGE DES POINTS DE PUISAGE		Date de validation : 17/07/2004
			Date d'application : 17/07/2004
Rédaction : GANDON Claire Directrice	HYGIÈNE GÉNÉRALE PRÉVENTION DES INFECTIONS		Date de relecture : 04/04/2016 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation : 31/12/2010
			30/11/2012
			10/01/2013
			14/01/2015
Nb de page : 2		14/04/2016	
		22/05/2017	

Actions quotidiennes :

Il est important que l'eau circule chaque jour, afin d'éviter la stagnation dans les tuyauteries : c'est là, dans l'eau tiède et stagnante, que se développent les bactéries (légionelles).

Il est de la responsabilité de chacun de :

- Soutirer de l'eau de chaque robinet, tous les jours (l'eau doit couler immédiatement, sans attendre quelques secondes, ce qui signifierait que la tuyauterie est vide sur quelques centimètres)
- D'entretenir les robinetteries et d'éliminer le tartre et le calcaire sur les douches, tête de robinets en utilisant les produits mis à disposition.

Les responsabilités sont réparties entre chaque salarié, de la manière la moins contraignante et la plus logique et les actions sont répertoriées dans les tableaux ci-dessous.


Ne pas oublier les chambres et salles de bain temporairement vides, ainsi que les chambres où un résident est alité et où la douche n'est donc pas utilisée.

	OU ?	QUI ?	QUAND ?
PASA	Douche salle de bains	Psychomotricienne	5 jours sur 7
SOUS SOL	Buanderie bac trempage linge / buanderie robinet arrivée	Lingère	A chaque prise de poste
	Local poubelle cuisine	Cuisinier	Tous les jours
	2 Chaufferie / Local vide ordure	Ouvrier d'entretien	5 jours sur 7
RDC CANTOU	Salle de Soins : 1 évier + 1 Lavabo	A ou 8	Tous les jours
	WC Cantou	A ou 8	Tous les jours
	SDB Cantou : baignoire	A ou 8	Tous les jours
RDC MAPAD	Tisanerie : 1 évier	R	Tous les jours
	Compta : 1 douche + 1 Lavabo	Comptable	Tous les jours
	Douche cuisinier : 1 douche + 1 Lavabo	Cuisinier	Tous les jours
	Doucher Personnel : 1 douche + 1 Lavabo	R	Tous les jours
	Bureau IDEC : 1 Lavabo +1 douche + 1 évier	IDEC	Tous les jours
	Salle du Personnel : 1 évier	R	Tous les jours
1er ETAGE	WC 1er étage : 1 lavabo	B1	Tous les jours
	Tisanerie : 1 évier	B1	Tous les jours
	SDB : 1 lavabo + 1 baignoire	S4	Tous les jours
	Salle de Soins : 1 évier + 1 Lavabo	IDE	Tous les jours
	Bureau IDE	IDE	Tous les jours
2e ETAGE	WC 2e étage : 1 lavabo	B2	Tous les jours
	Tisanerie : 1 évier	B2	Tous les jours

	Salon esthétique Coiffure	B2	Tous les jours
	Epicerie : 1 lavabo	B2	Tous les jours
3e ETAGE	WC 3e étage : 1 lavabo	B3	Tous les jours
	Tisanerie : 1 évier + 1 lavabo	B3	Tous les jours

DÉTARTRAGE SALLE DE BAINS 2 FOIS PAR AN

	SEMESTRE 1	SEMESTRE 2
CH 1		
CH 2		
CH 3		
CH 4		
CH 5	JANVIER	JUILLET
CH 6		
CH 7		
CH 8		
CH 9		
CH 10		
CH 11	FEVRIER	AOUT
CH 12		
CH 13		
CH 14		
CH 15		
CH 15 B		
CH 16		
CH 17		
CH 18		
CH 19		
CH 20	MARS	SEPTEMBRE
CH 21		
CH 22		
CH 23		
CH 24		
CH 25		
CH 26		
CH 26 B		
CH 27		
CH 28		
CH 29	AVRIL	OCTOBRE
CH 30		
CH 31		
CH 32		
CH 33		
CH 34		
CH 35		
CH 36		
CH 37		
CH 38		
CH 39	MAI	NOVEMBRE
CH 40		
CH 41		
CH 42		
CH 42 B		
CH 43		
CH 43 B		
CH 44		
CH 45		
CH 46		
CH 47		
CH 48		
CH 49		
CH 50		
CH 51	JUIN	DECEMBRE

	CONDUITE À TENIR EN CAS DE CONTAMINATION DE RESEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE EN LEGIONELLES		Date de validation : 17/07/2004
			Date d'application : 17/07/2004
Rédaction : GEOFFROY Philippe Médecin coordinateur	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de relecture : 04/04/2016 28/12/2017 – 28/11/2022
			Date de réévaluation : 31/12/2010 30/11/2012
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 2	10/01/2013
			06/02/2018

Niveau d'intervention	Concentrations en <i>Legionella pneumophila</i>
Niveau d'alerte	≥ 1000 UFC/L


	Fait le ?	Par ?
Signalement à l'ARS service Environnement et Santé		
Sécurisation des usages à risque : <ul style="list-style-type: none"> • Douches, balnéo, salon de coiffure, cuisine • Dispositifs médicaux d'oxygénothérapie et/ou aérosolthérapie • Humidificateurs, brumisateur, climatisation avec eau • Autres 		
Cellule d'alerte ou de crise		
Information sans délai de l'ensemble des professionnels concernés de l'EHPAD		
Information sans délai des médecins intervenant sur l'EHPAD		
Dépistage systématique de patients suspects par un test d'antigénurie urinaire		
Mesures des écarts avec les analyses antérieures		
Recherche des causes		
Évaluation de l'étendue de la contamination		

Évaluation de l'efficacité des actions entreprises sur le réseau		
Mise en œuvre des mesures nécessaires de base (détartrage, purge, réglage de la température, travaux, etc.)		
Renforcement de la surveillance de la qualité de l'eau : Paramètres physiques (températures, TH, teneur en fer...) et microbiologiques		
Mise en œuvre des actions curatives nécessaires : nettoyage et désinfection par des produits agréés, purge, montée en température, etc.		
Mise en place de filtres bactériologiques pour les douches utilisées par les résidents		
Suppression des douches (remplacées par lavages au gant, éventuellement bains)		
Arrêt des shampoings à l'eau, au salon de coiffure		
Évaluation de l'efficacité des actions entreprises sur le réseau		
Prélèvements 48 heures après mesures correctives puis 2 à 8 semaines		
Si les résultats montrent une valeur > 1000 UFC/L : Cellule d'alerte ou de crise		
Si les résultats montrent une valeur < 1000 UFC/L : <ul style="list-style-type: none"> • Entretien régulier réseau et équipements • Mesures de la température et des légionelles • Tenue du carnet sanitaire 		


	LÉGIONELLOSE PULMONAIRE		Date de validation : 17/07/2004
			Date d'application : 17/07/2004
Rédaction : Dr GRAFFAN Médecin coordinateur	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de relecture : 30/12/2014 04/04/2016 28/12/2017 27/11/2022 12/12/2023
			PRÉVENTION DES INFECTIONS

Définition :	La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par la bactérie du genre Legionella qui se développe dans les milieux aquatiques naturels ou artificiels. Elle se manifeste sous deux formes cliniques : la maladie du légionnaire et la fièvre de Pontiac.
Transmission :	La légionellose est transmise par inhalation de micro-gouttelettes d'eau contaminée diffusées en aérosols. Aucun cas de transmission inter humaine n'a été rapporté
Incubation :	La durée d'incubation de la légionellose (et donc la période d'exposition) varie de 2 à 10 jours. Des incubations longues, au-delà de 14 jours, ont été exceptionnellement rapportées au cours d'épidémies pour lesquelles des patients avaient une date unique d'exposition
Diagnostic :	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic clinique : Le diagnostic de la légionellose s'appuie sur l'existence d'une pneumonie confirmée radiologiquement. Elle peut être de gravité variable, parfois mortelle. Le tableau clinique s'installe de façon progressive sur 2 à 3 jours : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Une asthénie, ➢ Une fièvre modérée au début, qui s'élève à 39 - 40°C vers le 3ème jour, ➢ Des myalgies et des céphalées, ➢ Une toux initialement non productive, puis ramenant une expectoration mucoïde, parfois hémoptoïque. • Diagnostic radiologique : La radiographie pulmonaire montre : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Une image de pneumonie le plus souvent systématisée avec un syndrome alvéolaire ou alvéolo-interstitiel, ➢ Cette pneumonie est souvent bilatérale, ➢ La condensation alvéolaire peut s'accompagner d'une cavitation chez les immunodéprimés. • Diagnostic biologique : Les résultats des diagnostics de laboratoire sont un élément essentiel de la définition d'un cas de légionellose, il est important de connaître les différentes méthodes et leur valeur diagnostique.
Traitement :	La légionellose se traite par antibiotiques

<p>Recommandation :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration obligatoire : Signalement et notification (voir « annexe ») <p>La déclaration obligatoire (DO) a pour objectif de suivre l'évolution de l'incidence, de détecter les cas groupés et d'orienter les mesures de prévention avec la mise en place du signalement et de la notification des maladies à déclaration obligatoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le signalement (article R3113-4 code de la santé publique) : Les médecins et les biologistes qui diagnostiquent un cas de légionellose doivent le signaler sans délai et par tout moyen approprié (téléphone, télécopie) au médecin inspecteur de santé publique de l'ARS de leur lieu d'exercice. ➤ La notification (article R3113-1 à 3 du code de la santé publique). <p>Ce signalement est suivi d'une notification sur une fiche spécifique et permet à l'ARS de réaliser une enquête afin d'identifier les expositions à risque, de rechercher d'autres cas liés à ces expositions et de prendre les mesures environnementales de contrôle appropriées. L'ARS transmet les fiches validées à l'InVS.</p> <p>Au niveau national, elle a pour objectif de connaître la fréquence, les tendances et les principales caractéristiques épidémiologiques de cette maladie et d'identifier des cas groupés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signalement des infections nosocomiales : <p>Le décret du 26 juillet 2001 impose aux établissements de santé de signaler certains cas d'infections nosocomiales « rares ou particulières » simultanément au C.CLIN et à l'ARS à l'aide d'une fiche standardisée notamment lors d'infections suspectes d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant et à l'origine de maladies à déclaration obligatoire.</p>
--------------------------------	--

	CONDUITE À TENIR DEVANT UN CAS AVÉRÉ OU PROBABLE DE LEGIONELLOSE		Date de validation : 17/07/2004
			Date d'application : 17/07/2004 04/04/2016 27/11/2022
Rédaction : GANDON Claire Directrice	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de réévaluation : 31/12/2010
			PRÉVENTION DES INFECTIONS
	Nb de page : 2	10/01/2013	
			22/06/2023

	Fait le ?	Par ?
Avertir le médecin coordonnateur et le personnel		
Avertir le résident et sa famille du résident,		
Déclaration immédiate à la DT-ARS		
Remplir le document de maladie à déclaration obligatoire		
Rechercher la cause de contamination (Réseau d'eau chaude sanitaires, douches, aérosolthérapie, humidification de l'oxygène,...)		
Contrôler Les températures des différents points du réseau d'eau		
S'assurer que les actions de maintenance (purges, détartrage,..) ont bien été réalisées en temps prévus et tracées.		
Faire procéder à des recherches de légionelles au niveau du réseau d'eau et en particulier aux points d'usage suspectés,		
Avertir tous les médecins traitants de l'EHPAD,		
Réaliser une recherche d'antigènes anti-légionelles dans les urines devant toute pneumopathie suspecte		
Rechercher d'autres cas au sein de l'établissement		

	IDENTIFICATION DES RESIDENTS A RISQUE DE LEGIONNELOSE		Date de validation : 21/03/2019
			Date d'application :
Rédaction : Dr GEOFFROY Médecin coordinateur	HYGIÈNE GÉNÉRALE		Date de rélecture : 28/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation :
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 1	

Définition :	<p>La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par la bactérie du genre Legionella qui se développe dans les milieux aquatiques naturels ou artificiels.</p> <p>Elle se manifeste sous deux formes cliniques : la maladie du légionnaire (atteinte pulmonaire) et la fièvre de Pontiac (atteinte des voies aériennes supérieures).</p> <p>Résidents à risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transplantation ou greffe d'organe • Chimiothérapie • Corticothérapie prolongée à dose modérée • Corticothérapie récente et à haute dose • Antibiothérapie prolongée • Etats pathologiques déficients (dénutrition, perte de poids récente, ...)
Objet :	Ce mode opératoire décrit les étapes permettant l'identification des résidents à risque de légionellose, de manière à sécuriser les points d'eau à risque des lieux où ils vont être accueillis.
Population concernée :	Tous les résidents admis dans l'établissement
Identification :	<ul style="list-style-type: none"> • A l'admission dans l'établissement, les antécédents ci-dessus doivent être recherchés à l'interrogatoire du futur résident • Le résultat de cette recherche doit être consigné dans le dossier médical du résident • En cours d'hospitalisation : la prescription d'une corticothérapie répondant aux critères ci-dessus doit amener la même réponse qu'à l'admission.
Conduite à tenir :	En cas d'identification d'un résident à risque, l'établissement doit mettre en place d'une douchette filtrante sur la douche desservant la chambre du résident.

	GRIPPE		Date de validation : 13/02/2012
			Date d'application : 13/02/2012
			Date de relecture : 30/12/2014 04/04/2016 28/12/2017 22/02/2020 27/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation :
Rédaction : CCLIN Sud-Est CIRE ARLIN	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 3	

Généralité :	<p>La grippe est une infection respiratoire aiguë (IRA), très contagieuse, due aux virus influenza. Les virus A et B sont à l'origine d'épidémies saisonnières.</p> <p>La transmission par gouttelettes se fait de personne à personne par les sécrétions respiratoires (éternuements, toux, discussion à moins de 1 mètre), par contact direct (lieux fréquentés et confinés) et par les objets inertes (combinés téléphoniques, poignées de porte, interrupteurs...).</p> <p>La période d'incubation est de 1 à 3 jours. Un sujet infecté est contagieux jusqu'à 3 à 5 jours après le début des symptômes.</p> <p>La grippe est une maladie grave chez les sujets âgés notamment les personnes âgées fragiles et/ou vivantes en institution gériatrique.</p> <p>Est à considérer comme sujet contact d'un cas de grippe, une personne ayant eu un contact direct ou rapproché à moins de 1 mètre avec un cas suspect dans un espace clos dans les 5 jours suivant les premiers signes du cas suspect.</p>
Diagnostic :	<p>Le diagnostic de grippe doit être suspecté devant un syndrome grippal de début brutal : fièvre et au moins deux des symptômes suivants : céphalées, myalgies, toux, asthénie marquée, coryza, anorexie.</p> <p>En période de circulation du virus de la grippe, d'autres symptômes ou signes doivent alerter : dyspnée, confusion mentale, vomissements, chutes, déshydratation ...</p> <p>Le diagnostic de la grippe repose sur la réalisation de tests de diagnostic rapide (TDR) au lit du malade ou au laboratoire.</p> <p>L'épidémie est affirmée par la survenue d'au moins deux cas de grippe confirmée par TDR en moins de 72 heures.</p>
Traitement :	<ul style="list-style-type: none"> • Traitements : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Traitement antipyrétique ➢ Prévenir et traiter la déshydratation ➢ Evaluer et prévenir les risques inhérents à l'alitement et à la diminution de la mobilité ➢ Evaluer la nécessité d'une hospitalisation ➢ L'oseltamivir (Tamiflu) instauré dans les heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes et avant la 48^{ème} h) peut diminuer la durée des symptômes ➢ Traitement antibiotique en cas d'infection bactérienne respiratoire secondaire • En cas d'épidémie de grippe confirmée, un traitement par oseltamivir (Tamiflu) est recommandé pour : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Les résidents atteints (2cp/j) pendant 5 jours débutés le plus tôt possible et avant la 48^{ème} heure) ➢ Les résidents contacts d'un cas (1cp/j) jusqu'au septième jour après le début des symptômes du dernier cas. Le traitement doit être débuté dans les 48 heures qui suivent le contact. ➢ Le personnel non vacciné (ou vacciné depuis moins de 15 jours) au contact avec des personnes à risque. Cette recommandation est discutée.

<p>Mesures d'hygiène :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Pour les résidents atteints :</u> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Isolement géographique sans nécessairement fermer la porte de la chambre (repas en chambre), limitation des déambulations et des animations ➢ Port d'un masque respiratoire à l'extérieur de la chambre dans la mesure du possible ➢ Education à la désinfection des mains avec une SHA, surtout à l'extérieur de la chambre • <u>Pour les résidents non atteints :</u> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Retarder les admissions de nouveaux résidents ➢ Vaccination antigrippale des résidents non atteints et non vaccinés durant la saison hivernale • <u>Pour le personnel (précautions gouttelettes et contact) :</u> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Port du masque chirurgical lors des soins donnés aux résidents atteints ➢ Renforcement de l'hygiène des mains par désinfection hydro-alcoolique et port de gants de protection ➢ Arrêt de travail du personnel atteint de grippe confirmée. Port du masque recommandé si diagnostic non établi ➢ Vaccination immédiate du personnel de soin non vacciné contre la grippe lors de la même saison hivernale
<p>Recommandations :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ En pratique, l'identification de tous les sujets contacts est difficile. Il est fréquent d'avoir à considérer comme sujets contacts l'ensemble des résidents non atteints d'une même unité géographique ou fonctionnelle. ➢ Un programme d'incitation forte à la vaccination contre la grippe doit être mis en place chaque année auprès des professionnels de santé et du personnel de l'Ehpad en contact avec les résidents (indicateur = suivi du taux de professionnels vaccinés)



Courriel : accueil@residence-saint-leger.fr

Site : residence-saint-leger.fr

Résidence Saint Léger

Association Vermeil

9, Rue Paul Deviotaine - 02200 Soissons

Tel : 03 23 53 87 00 Fax : 03 23 53 87 69

RECOMMANDATIONS AUX VISITEURS

L'un de vos proches est accueilli dans notre maison.
Dans le cadre de la lutte contre la pandémie de grippe, nous vous remercions de suivre les recommandations suivantes :

Si vous êtes, vous-même malade ou présentant les symptômes de la grippe (fièvre, maux de têtes, difficultés respiratoires, fatigue intense et anormale...) nous vous remercions de reporter votre visite et de privilégier les contacts téléphoniques.

Si votre proche est atteint, il doit absolument garder la chambre et s'isoler pendant 7 jours.

En dehors de ces 2 cas, les visites doivent se faire en respectant les règles suivantes :

Limitier les contacts physiques avec les personnes de l'entourage (serrer la main, s'embrasser, etc.) et en particulier avec les personnes âgées.

Portez le masque anti-projection fourni à l'entrée de l'établissement, en respectant la procédure ci-dessous :



Placez le masque sur votre visage et attachez-le



Moulez-le sur la racine du nez



Abaissez le bas du masque sous le menton

Lors de votre départ jetez le dans la poubelle prévue à cet effet (hall) ;

Lavez-vous les mains au savon ou désinfectez-les avec une solution hydro-alcoolique, dans les WC publics du rez-de-chaussée, à votre arrivée et lors de votre départ.



Frottez les ongles et le bout des doigts




Frottez la paume des mains



Frottez entre les doigts




Frottez à l'extérieur des mains

	CONDUITE A TENIR DEVANT UNE SUSPICION DE TUBERCULOSE		Date de validation : 27/12/2018
			Date d'application :
			Date de relecture : 28/11/2022 12/12/2023
			Date de réévaluation :
Rédaction : ARJUN	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 5	



Généralité :	<p>La tuberculose est une maladie infectieuse due à une mycobactérie du complexe <i>tuberculosis</i> (<i>M tuberculosis</i>, <i>M bovis</i>, <i>M africanum</i>). La principale est <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, appelée bacille de Koch (BK). Les formes respiratoires, appelées tuberculose pulmonaire de la maladie sont les plus fréquentes et à l'origine de la transmission interhumaine qui se fait par voie aérienne.</p>
Signes :	<p>Devant la présence de plusieurs des signes suivants, le diagnostic de tuberculose doit être évoqué d'autant plus s'ils persistent depuis plus de 3 semaines.</p> <p>Signes généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Altération de l'état général • Asthénie • Amaigrissement • Fièvre • Sueurs nocturnes <p>Signes cliniques respiratoires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toux (qui ne cède pas aux traitements symptomatiques) • Dyspnée • Hémoptysies (10% des cas)
Diagnostic :	<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie pulmonaire : guide très fortement le diagnostic, mais le diagnostic de certitude est microbiologique. • Microbiologie : examen direct des crachats à la recherche de bacilles acido-alcool-résistants (BAAR) sur 3 jours consécutifs. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Mise en culture sur milieux spécifiques ➢ Identification par méthode moléculaire type PCR

<p>CAT :</p>	<pre> graph TD A[Suspicion tuberculose pulmonaire] --> B[Mettre en place les précautions "AIR"] A --> C[Informier l'ensemble des professionnels et les visiteurs] A --> D[Prendre contact avec le CLAT (médecin Co)] A --> E[Organiser une hospitalisation (médecin Co)] B --> B1[Mettre une signalisation sur la porte de la chambre] B --> B2[S'assurer de la compréhension et de l'application des mesures] C --> C1[Mettre un masque FFP2 avant d'entrer dans la chambre] C --> C2[Expliquer les mesures à prendre au résident] D --> D1[Récupérer les informations nécessaires] D --> D2[Informier le médecin du travail (médecin Co)] E --> E1[] </pre>
<p>Mesures à mettre en œuvre sans délai dans l'attente d'une hospitalisation :</p>	<p>Mesures à mettre en œuvre sans délai au niveau de l'établissement (par direction, médecin Co, IDE Co...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition d'appareils de protection respiratoire FFP2 et de PHA pour l'hygiène des mains pour les professionnels et visiteurs • Information à l'IDE hygiéniste de l'Équipe Mobile d'Hygiène de Territoire pour s'assurer auprès d'elle de la pertinence des mesures mises en place • Signalement à l'ARS • Information, orale et par voie d'affichage, aux visiteurs leur indiquant qu'ils doivent se présenter au personnel avant d'entrer dans la chambre <p>Explications au résident (par Méd Co, IDE Co, IDE) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des mesures à prendre • Du maintien en chambre • De l'arrêt des activités collectives (incluant salle à manger) • Qu'il doit porter un masque chirurgical et faire une hygiène des mains si nécessité avant de sortir de la chambre • Qu'une hospitalisation sera envisagée si diagnostic TP fortement suspect ou confirmé • Du pourquoi de la signalisation sur la porte de sa chambre <p>Information auprès du personnel de la structure (par Méd Co, IDE Co, IDE Hygiéniste en lien avec le médecin du travail) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De la suspicion de tuberculose pulmonaire • De la mise en place des précautions complémentaires « AIR » de la compréhension et de l'application des mesures • Du port de masque FFP2 OBLIGATOIRE avant de rentrer dans la chambre et de son élimination à la sortie de la chambre • De la mise en place d'une poubelle DAOM à la sortie de la chambre pour éliminer les masques FFP2 • Du renforcement de l'hygiène des mains avec PHA après contacts directs avec le résident et/ou son environnement proche • Du port de gants non stériles à U.U. si risque de contact avec liquides biologiques • Du port d'un tablier pastique à U.U. lors de soins à risque de projections
<p>Informations à récupérer pour le CLAT (Centre de Lutte Antituberculeuse) :</p>	<p>Recenser les personnes contacts parmi les :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels de santé, les intervenants • Résidents • Famille des visiteurs


	<p>Sont considérées comme personnes contacts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel ayant réalisé des soins (ou une prestation) auprès du résident avec un temps de contact cumulé d'au moins une heure dans les 3 mois précédents le diagnostic ou la suspicion. • Résident ayant partagé la même pièce pendant de nombreuses heures par jour dans les 3 mois précédents le diagnostic ou la suspicion • Personne proche vivant sous le même toit que le cas suspecté ou confirmé 										
<p>Modalités d'hospitalisation du résident :</p>	<p>Le résident est transféré dans un service de soin pour la poursuite de sa prise en charge afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poser un diagnostic de certitude. • Mener une investigation, <p>Les mesures barrières de type « air » doivent être respectées par les professionnels chargés du transport du résident dès lors qu'ils le prennent en charge et ce depuis sa chambre jusqu'au service de médecine qui l'accueille en milieu hospitalier.</p> <p>Des mesures sont à respecter pour le transport.</p> <table border="1" data-bbox="443 918 1428 1310"> <thead> <tr> <th data-bbox="443 918 970 969">Le personnel</th> <th data-bbox="970 918 1428 969">Le résident</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="443 969 970 1021">Avant d'entrer</td> <td data-bbox="970 969 1428 1021">Avant sa sortie de chambre</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1021 970 1151"> <ul style="list-style-type: none"> • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) • Port d'un masque FFP2, à mettre avant d'entrer </td> <td data-bbox="970 1021 1428 1151"> <ul style="list-style-type: none"> • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) • Port d'un masque chirurgical pendant tout le transport </td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1151 970 1202">A la sortie.</td> <td data-bbox="970 1151 1428 1202">A l'arrivée dans le service de destination</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1202 970 1310"> <ul style="list-style-type: none"> • Jeter le masque → DAOM • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) </td> <td data-bbox="970 1202 1428 1310">Ne pas laisser le résident en salle d'attente commune et prévenir l'équipe</td> </tr> </tbody> </table> <p>Après le départ du résident :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyage/désinfection de la chambre selon la procédure habituelle avec un détergent-désinfectant • Suivi médical des professionnels exposés par les médecins du CLAT et du service de santé au travail. 	Le personnel	Le résident	Avant d'entrer	Avant sa sortie de chambre	<ul style="list-style-type: none"> • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) • Port d'un masque FFP2, à mettre avant d'entrer 	<ul style="list-style-type: none"> • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) • Port d'un masque chirurgical pendant tout le transport 	A la sortie.	A l'arrivée dans le service de destination	<ul style="list-style-type: none"> • Jeter le masque → DAOM • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) 	Ne pas laisser le résident en salle d'attente commune et prévenir l'équipe
Le personnel	Le résident										
Avant d'entrer	Avant sa sortie de chambre										
<ul style="list-style-type: none"> • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) • Port d'un masque FFP2, à mettre avant d'entrer 	<ul style="list-style-type: none"> • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) • Port d'un masque chirurgical pendant tout le transport 										
A la sortie.	A l'arrivée dans le service de destination										
<ul style="list-style-type: none"> • Jeter le masque → DAOM • Friction avec solution hydro-alcoolique (30sec) 	Ne pas laisser le résident en salle d'attente commune et prévenir l'équipe										
<p>Coordonnées du CLAT (Centre de Lutte Antituberculeuse) :</p>	<p>CPSA-ANPS CLAP Bvd du 3^{ème} R.I. 02700 TERGNIER Tel : 03.23.57.70.40 Fax : 03.23.57.70.41</p> <p>Médecin : Claire BOUCHER : cboucher@anps.net Cadre infirmier : Joëlle LEBAS : jlebas@anps.net IDE : Marie-Lyne LAMI : mlami@anps.net Secrétaire : Brigitte HAMY : accueil-cpsa@anps.net</p>										

	DISTRIBUTION DES PLATEAUX EN CHAMBRE	Date de validation : 24/01/2014
		Date d'application : 24/01/2014
Rédaction ALLART Florian Apprenti ESF	HYGIÈNE GÉNÉRALE	Date de relecture : 30/12/2014 28/12/2017 22/02/2020 27/11/2022
		Date de réévaluation : 04/04/2016
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 1

Utilisation impérative des plateaux ISOTHERMES pour des raisons hygiéniques mais aussi de qualité du repas qui reste chaud.

Pour le midi	Pour le soir
<ul style="list-style-type: none"> - une serviette de table en tissu, - des couverts (un couteau noir, une fourchette, une cuillère à soupe et une cuillère à café) - un verre. - une entrée. - un plat principal - un morceau de fromage - un dessert - un morceau de pain 	<ul style="list-style-type: none"> - une serviette de table en tissu, - des couverts (un couteau noir, une fourchette, une cuillère à soupe et une cuillère à café). - Un verre. - Un bol de soupe recouvert d'un couvercle à usage unique (Pour maintenir la chaleur, mais aussi pour ne pas en renverser sur le plateau). - un plat principal. - un morceau de pain. - une salade (Si le résident en prend). - un dessert.
	

- Hygiène mains avant distribution
- Frapper à la porte de la chambre, dire « bonjour »,
- Installer le Résident
- Inciter le Résident à se laver les mains avant le repas.
- Préparer le plateau (couper la viande si besoin, ouvrir sa bouteille).
- L'Infirmière ou l'Aide-Soignante se chargera de donner les médicaments.

	COVID 19		Date de validation : 19/03/2020
			Date d'application : 19/03/2020
			Date de relecture : 27/11/2022
			Date de réévaluation :
Rédaction : BRANDIN Stéphanie IDE référente Hygiène	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 3	

1- Origine de l'épidémie :

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a été informée par les autorités chinoises d'un épisode de cas groupés de Pneumonie. Le 9 Mars 2020, un nouveau coronavirus, le COVID 19 a été identifié comme étant la cause de cet épisode.

2- Eléments d'information :

La maladie débute après 2 à 14 jours d'incubation par des signes non spécifiques : toux, fièvre supérieure ou égale à 38, sensation de fièvre, dyspnée, fatigue, anorexie, rhinorrhée, myalgies, céphalées, pharyngites. Il est possible également d'observer des vomissements, des diarrhées, des maux de tête, des vertiges et une conjonctivite.

3- Transmissions :

La prévention de la transmission repose sur les précautions d'hygiène standard associées aux précautions complémentaires type contact et air. La transmission se fait par la projection de gouttelettes, par un contact direct manuporté ou par l'intermédiaire de surfaces souillées. Lors de soins exposant à la sphère ORL une transmission par aérosol est possible. En cas de diarrhée, il est également nécessaire de prendre des précautions par rapport à la gestion des excréta (filière DASRI, pas d'utilisation des douchettes pour nettoyer les WC, urinoir et bassin).

4- Définition des cas :

- **Patient cas suspect** : personne qui pourrait répondre à la définition de cas, en attente de classement.
- **Patient cas possible** : patient cas suspect qui après un classement par un infectiologue entre dans la catégorie des cas élaborés.
- **Patient cas confirmé** : patient cas possible qui après prélèvement biologique qui confirme la présence de Covid 19.
- **Patient co-exposé** : personne exposée à la même source virale que le cas possible.
- **Personne contact** : personne ayant été en contact avec un cas confirmé avec différents niveaux de risque (négligeable, faible, modéré/élevé).

5- Mesures d'isolement si patient " Cas possible" :

- mise en place des mesures d'isolement au plus vite : chambre individuelle avec porte fermée.
- La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à Usage Unique et du traçage de la filière DASRI.
- Tout le matériel médical utilisé dans la pièce d'isolement sera nettoyé et désinfecté à la fin de la prise en charge du patient.

6- Mesures d'Hygiène renforcées :

Aux précautions standards s'ajoutent les précautions complémentaires type contact et air.

Pour le Patient : après une FHA lui demander, si possible, de revêtir un masque chirurgical et l'informer des mesures de précautions.

Pour les soignants d'un patient classé "cas possible" ou "cas confirmé" :

- Port d'un masque chirurgical ou si possible FFP2 avant l'entrée dans la chambre.
- Protection de la tenue avec une sur blouse à manche longue à usage unique (doit être imperméable si soins mouillants ou souillants).
- Port d'une protection complète de la chevelure (charlotte).
- Réalisation avec une rigueur absolue des gestes d'hygiène des mains.
- Port de gants à usage unique.
- Élimination de ces équipements en filière DASRI avant la sortie de la chambre, sauf pour les lunettes, la coiffe et le masque qui seront retirés à la sortie de la chambre.

Récapitulatif de la PEC d'un résident "cas possible", "cas avéré"

1- Isolement du cas :

Chambre individuelle, appliquer les mesures barrières, privilégier l'utilisation du matériel à usage unique ou dédié aux résidents.

2- Avant d'entrer dans la chambre :

- Réaliser une Friction Hydro Alcoolique (FHA) / Mettre des lunettes de protection / Mettre un masque chirurgical ou FFP2 / se couvrir les cheveux d'une coiffe + sur-chaussures + gants à usage unique.
- Enfiler une sur-blouse à usage unique (+ port d'un tablier plastique si soin souillant ou mouillant) puis réaliser une FHA.
- Porter des gants à usage unique si nécessaire (si risques de contact avec le sang, de liquide biologique, muqueuse ou peau lésée).
- Prendre support de linge sale avec sacs hydrosolubles.

3 – Dans la chambre :

- Cartons + sacs Dasri.
- Mettre un masque chirurgical au résident après une FHA si possible.
- Regrouper les soins.

4 - Sortie de la chambre :

- Avant de sortir, penser à aérer la chambre après les soins.
- Nettoyer l'environnement du résident (barrière adaptable ...) avec un détergent désinfectant (veiller respecter le temps de contact)
- Après être sortie de la chambre, retirer le masque la coiffe et les lunettes (réutilisables) et réaliser une FHA.
- Éliminer les gants et la sur-blouse dans la chambre (SDB) puis réaliser une FHA. (Filière DASRI)

5 - Pour le ménage :

- Porter les mêmes précautions que pour les soins, et effectuer le ménage de la chambre en dernier.
- Pour les chiffonettes et bandeaux, entretien à 60°C.
- Aérer la chambre de manière régulière.
- Utiliser un détergent désinfectant pour les surfaces hautes et les toilettes (veiller à bien respecter le temps de contact) NFEN14476 (produit rouge).
ou nettoyer avec un produit détergeant, rincer à l'eau, laisser sécher et désinfection avec eau de javel selon dilution.
- Nettoyer les sols selon procédure habituelle.
- Renforcer le bio nettoyage au niveau des portes, des poignets, des sonnettes, barrières, rampes, téléphone


Lorsque la période de contagiosité est levée : réaliser un entretien de la chambre : sol + surface avec le protocole eau de javel.

6 - Pour la vaisselle :

Prise en charge habituelle de la vaisselle (pour rappel lavage entre 55°C et 60°C, rinçage à plus de 85°C.

7 - Pour le linge :

- Suivre la filière habituelle dans les sacs hydrosolubles (attention celui-ci ne s'ouvre pas et se met directement dans la machine à laver), la personne qui manipule le linge doit porter les mêmes protections que pour les soins.
- Pour rappel ne pas secouer les draps et le linge et ne pas le plaquer contre soi.
- FHA ++++ ou lavage de main.

	GESTION DES EXCRETAS		Date de validation : 28/06/2023
			Date d'application :
			Date de relecture :
			Date de réévaluation :
Rédaction : BRANDIN Stéphanie IDÉ référente Hygiène	HYGIÈNE GÉNÉRALE		
	PRÉVENTION DES INFECTIONS	Nb de page : 2	

DEFINITION :

Les excréta (vomissements, urine, selles) sont les matières éliminées par l'organisme. Ce sont des réservoirs de micro-organismes susceptibles d'entraîner des infections.

Il y a un risque de transmission croisée, c'est-à-dire transmission de bactéries de soignants à résidents, de résidents à résidents ou de l'environnement à un résident.

PREVENTION :

Pour le personnel : Appliquer les précautions standard : Hygiène des mains, Port de gants, **Protection de la tenue**, Entretien du matériel (dont bassin, chaise percée, urinal...), Gestion appropriée du linge et des déchets.

Pour les résidents et visiteurs : Hygiène des mains.

ELIMINATION DES EXCRETA :

- Porter systématiquement un tablier à usage unique,
- Porter des gants à usage unique les retirer une fois le soin réaliser et faire une FHA.

Pour les résidents continents :

- Elimination dans les toilettes, penser à baisser le couvercle avant de tirer la chasse d'eau (aérosolisation des particules dans l'environnement).

Pour les résidents continents/dépendants :

- Utiliser un bassin, une chaise percée, un urinal par résident (individuel).
- Vider les bassins, urinaux, boccas et seaux des chaises percées dans le cabinet de toilette, veiller à baisser le couvercle des toilettes avant de tirer la chasse d'eau.
- Nettoyer le contenant à l'eau puis avec le détergeant désinfectant et du papier jetable (ou un gant de toilette à usage unique à évacuer ensuite dans le sac poubelle et non dans les WC).

Résidence St-Léger
 9 Rue Paul Desrochers
 02106 SOUSSONS
 03 23 53 87 00 - Tél - Fax : 03 23 53 87 09
 Code Filas :

FICHE DE SURVEILLANCE HYDRIQUE

Mme aa : validation lecture des transmissions (NON AFFECT-1)

Du 02/07/2015 au 08/07/2015

Secteur : POSTULANT
 Section : POSTULANT

Régime :
 Intolérance :

Moyen :
 Déglutition :

Nombre de verre (10cl)	jeudi 2 juillet	vendredi 3 juillet	samedi 4 juillet	dimanche 5 juillet	lundi 6 juillet	mardi 7 juillet	mercredi 8 juillet
00 H 00							
01 H 00							
02 H 00							
03 H 00							
04 H 00							
05 H 00							
06 H 00							
PETIT DEJEUNER							
08 H 00							
09 H 00							
10 H 00							
11 H 00							
DEJEUNER							
13 H 00							
14 H 00							
15 H 00							
GOUTER							
17 H 00							
18 H 00							
DÎNER							
20 H 00							
21 H 00							
22 H 00							
23 H 00							
COMMENTAIRES							

SURVEILLANCE DE LA TEMPÉRATURE AMBIANTE JOUR ET NUIT :

Mois : _____

Dates	horaires	RDC	CANTOU	Couloir 1 ^{er}	Couloir 2 ^{ème}	Couloir 3 ^{ème}	PASA	PAVILLON
1	8 h							
	12 h							
	18 h							
2	8 h							
	12 h							
	18 h							
3	8 h							
	12 h							
	18 h							
4	8 h							
	12 h							
	18 h							
5	8 h							
	12 h							
	18 h							
6	8 h							
	12 h							
	18 h							
7	8 h							
	12 h							
	18 h							
8	8 h							
	12 h							
	18 h							
9	8 h							
	12 h							
	18 h							
10	8 h							
	12 h							
	18 h							
11	8 h							
	12 h							
	18 h							
12	8 h							
	12 h							
	18 h							
13	8 h							
	12 h							
	18 h							
14	8 h							
	12 h							
	18 h							
15	8 h							
	12 h							
	18 h							
16	8 h							
	12 h							
	18 h							
17	8 h							
	12 h							
	18 h							
14	8 h							
	12 h							
	18 h							
	8 h							

15	12 h							
	18 h							
16	8 h							
	12 h							
	18 h							
17	8 h							
	12 h							
	18 h							
18	8 h							
	12 h							
	18 h							
19	8 h							
	12 h							
	18 h							
20	8 h							
	12 h							
	18 h							
21	8 h							
	12 h							
	18 h							
22	8 h							
	12 h							
	18 h							
23	8 h							
	12 h							
	18 h							
24	8 h							
	12 h							
	18 h							
25	8 h							
	12 h							
	18 h							
26	8 h							
	12 h							
	18 h							
27	8 h							
	12 h							
	18 h							
28	8 h							
	12 h							
	18 h							
29	8 h							
	12 h							
	18 h							
30	8 h							
	12 h							
	18 h							
31	8 h							
	12 h							
	18 h							


RECENSEMENT DU MATERIEL DISPONIBLE

Matériel spécifique	
Dans chaque chambre	1 Brumisateur
Matériel médical	
10	Sérum Nacl
10	Sérum Glucosé
10	Epicraniennes
10	Tubulures
10	Vessie de glace

RECENSEMENT DU STOCK DE VENTILATEURS ET DE CLIMATISEURS AU NIVEAU DU SERVICE ENTRETIEN

Nombre de climatiseurs mobiles = 3

Nombres de ventilateurs humidificateurs = 2

 <p>Résidence Saint Léger Maison de retraite 1 rue Paul Desmoulins 91400 Saint-Léger</p>	PERFUSION SOUS-CUTANÉE		Date de validation : 30/11/2012
			Date d'application : 30/11/2012
SOINS IDE			Date de relecture : 30/12/2014 15/04/2016 27/01/2020 06/04/2022
			Date de réévaluation :
Rédaction : ASSMI SAMIRA IDEC			Nb de page : 1

Objectif :	Sous prescription médicale, poser une perfusion sous-cutanée en respectant l'asepsie afin d'éviter les complications infectieuses. La perfusion sous-cutanée est utilisée soit en vue d'une réhydratation soit pour l'administration de thérapeutiques.
Matériel :	<ul style="list-style-type: none"> • Compresses stériles, • Solutions antiseptiques « trois temps », • Une solution hydro-alcoolique, • Une paire de gants, • Un cathéter, • Un soluté de perfusion + tubulure, • Pansement adhésif type Opsite®, • Un collecteur à aiguilles, • Un sac poubelle, • Une potence propre
Site d'insertion :	<p>Il existe trois possibilités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La paroi abdominale, • La face antéro-externe de la cuisse, • La face supéro-externe de l'épaule, <p>Si le résident est sous anti-coagulants ou sous héparine, poser le cathéter dans un site opposé à celui des injections.</p>
Technique :	<ul style="list-style-type: none"> • Informer et installer le résident, • Réaliser une hygiène des mains, • Ouvrir les emballages stériles, • Verser les antiseptiques sur les compresses puis effectuer la désinfection « trois temps », • Mettre les gants, • Maintenir le tissu sous-cutané entre le pouce et l'index, • Introduire le cathéter dans le sens de la circulation veineuse en respectant une inclinaison de 30 à 45°, • Jeter l'aiguille du cathéter dans le collecteur, • Raccorder de façon aseptique à la tubulure, • Vérifier l'absence de retour veineux, • Retirer les gants, • Mettre en place le pansement adhésif, • Régler le débit selon la prescription médicale, • S'assurer de la bonne diffusion, • Eliminer les déchets, • Réaliser une hygiène des mains, • Assurer la traçabilité.
Surveillance :	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller régulièrement le point d'insertion, • En cas de rougeur locale, d'hématome ou d'œdème, enlever le cathéter et changer de site de perfusion, Pour le résident sous anti-coagulants et présentant un hématome au niveau du site, avertir le médecin.
Changement :	<ul style="list-style-type: none"> • Perfusion sous-cutanée discontinuée en vue d'une réhydratation : retirer le cathéter après l'application de la prescription journalière. • Administration médicamenteuse par voie sous-cutanée en continu : Le cathéter est à changer toutes les 96 heures.
Retrait de la perfusion :	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une hygiène des mains, • Mettre des gants, • Retirer le dispositif de perfusion en appliquant une compresse imprégnée d'antiseptique dermique ou alcoolique sur le point de ponction, • Eliminer les déchets dans les DASRI, • Appliquer ensuite une compresse sèche, • Retirer les gants, • Réaliser une hygiène des mains, • Assurer la traçabilité.

	URGENCES MEDICALES		Date de validation : 12/11/2010
			Date d'application : 12/11/2010
Rédaction : GANDON Claire Directrice ASSMI Samira IDEC	URGENCE ET SECURITE		Date de relecture :
			Date de réévaluation : 05/10/2011 17/03/2022
	URGENCE	Nb de page : 1	22/10/2012
			09/05/2023
			29/12/2014
		29/10/2015	
		07/01/2020	

PERSONNEL 1	PERSONNEL 2
<p>1 - Constater l'urgence, en journée si absence IDE par l'aide-soignante + responsable étage Constater l'urgence la nuit par l'aide-soignante + lingerie</p>	
<p>2 - Prises des constantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - TA - T° - La glycémie capillaire <p style="text-align: center;">- TT - SAT O2</p> <p>Selon les circonstances, si chute en salle à manger, gérer l'environnement et établir un constat de chute sur le logiciel de soins.</p>	
<p>3 - Composer le 015 :</p> <p>A - De jour comme de nuit, en cas d'urgences médicales : appel du 015. L'accueil au sein de l'établissement devra être organisé de façon à faciliter les services d'urgence auprès du résident. Cet accueil sera assuré conjointement par 2 membres du personnel : un membre de l'équipe reste auprès du résident et un deuxième membre se positionne à l'accueil de la résidence pour ouvrir et guider l'équipe de secours.</p> <p>B - Donner le motif de l'appel ainsi que les informations relatives au résident (nom, prénom, âge, constantes, numéro de chambre, étage, antécédents (à l'aide du dossier médical), traitement habituel.</p> <p>C - Donner les coordonnées de l'établissement :</p> <p style="text-align: center;"><i>Résidence Saint-Léger</i> <i>9,rue Paul Deviolaine 02200 Soissons</i> <i>Tel :03.23.53.87.00</i></p> <p>D – Préparer les documents nécessaires à l'hospitalisation : constitution du dossier de transfert :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 photocopies de l'attestation de la carte vitale + 2 photocopies de la carte de mutuelle (secrétariat) - Imprimer le dossier de liaison des urgences (Voir Protocole Impression d'un DLU) - imprimer les directives anticipées <p>E - Une fois l'urgence traitée, contacter la direction (ou l'astreinte, la nuit ou le week-end) si la prise en charge a aboutit à l'hospitalisation du résident ou s'il se trouve dans un état critique.</p> <p>F - Prévenir la famille</p>	<p>Reste auprès du résident jusqu'à l'arrivée des secours.</p>

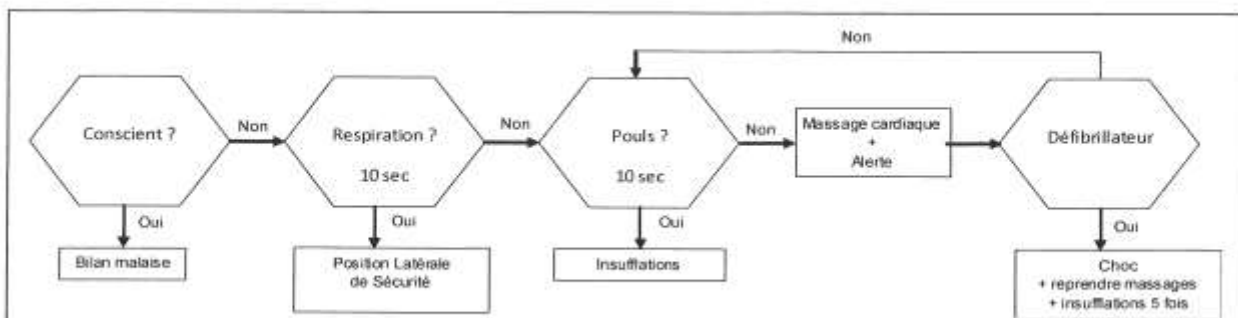
	MALAISE		Date de validation : 12/11/2009
			Date d'application : 05/10/2011
Rédaction : Dr GRAFFAN Médecin Coordinateur	URGENCES ET SÉCURITÉ		Date de relecture : 30/12/2014 07/01/2020
			URGENCES
	Nb de page : 2		

Généralités : Le malaise, même s'il n'est pas rare chez la personne âgée, n'est jamais anodin et doit être considéré avec rigueur. Il peut en effet être la manifestation d'un problème organique grave. Il peut être également annonciateur d'une pathologie sévère. Il est parfois le témoin d'un traitement qui n'est plus adapté. Presque toujours, il représente pour le résident un risque de chute, dont les conséquences peuvent être dramatiques.

Le résident qui fait un « petit malaise vagal », assise à table, le midi, doit être pris en charge. Parce qu'il fera peut être un malaise identique dans l'après midi, mais cette fois-ci en déambulant dans un couloir ou dans des escaliers...

Un résident présentant un malaise, c'est-à-dire un trouble de la conscience, même bref, doit être signalé rapidement à l'IDE et à un MEDECIN.

- Conduite à tenir :**
- Mesurer le plus tôt possible et noter par écrit :
 - Poulx, tension artérielle.
 - Notion de poulx régulier ou non.
 - Glycémie capillaire (dextro)
 - Température
 - Fréquence respiratoire
 - Ecouter les plaintes de la victime (angoisse, douleurs, troubles des mouvements ou des sens, faiblesse extrême, etc.) et évaluer leurs durées
 - Rechercher les antécédents, les traitements médicaux en cours et les éventuelles prises ou non prises médicamenteuses.
 - Examiner la victime pour rechercher des signes (perte d'urines, sueurs, coloration de la peau anormale, déformation du visage, ...) afin d'évaluer la gravité
 - Installer la victime dans une position confortable
 - Tous ces éléments seront communiqués au médecin qui sera contacté rapidement (Se référer au protocole « URGENCES MEDICALES »)
 - Remplir le constat de malaise (**annexe**)
 - Le résident sera l'objet d'une surveillance particulière durant les heures suivant le malaise. Les constantes seront reprises régulièrement.



	QUE FAIRE EN CAS DE MALAISE ? CONSTAT DE MALAISE		Date de validation : 12/11/2009
			Date d'application : 05/10/2011
			Date de réévaluation : 04/12/2012
Rédaction : Dr GRAFFAN Médecin coordinateur	URGENCES ET SÉCURITÉ		
	URGENCES	Nb de page : 2	

Ce document est à remplir par le personnel pour chaque malaise constaté.

IDENTITE DU RESIDENT :

Nom : _____ Prénom : _____ Chambre N° : _____

CIRCONSTANCES DU MALAISE :

Date : _____ Heure : _____

Personnel présent : OUI / NON

Si oui, identité : _____

Malaise décrit par le patient : OUI / NON et / ou par un tiers : OUI / NON

Le malaise a-t-il entraîné une chute : OUI / NON

Lieu : CHAMBRE SALLE A MANGER CIRCULATIONS
 SALLE DE BAIN SALLE DE SOINS AUTRE, préciser :

Circonstances : PENDANT LA TOILETTE
 PENDANT L'HABILLAGE OU LE DESHABILLAGE
 A TABLE
 EN MARCHANT
 AUTRES CIRCONSTANCES, préciser : _____
 CHANGEMENT RECENT DE TRAITEMENT

EVALUATION CLINIQUE LORS DU MALAISE

Identité du référent soins : Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____

PERTE D'URINE TROUBLES DIGESTIFS
 MOUVEMENTS ANORMAUX TROUBLES DE L'EQUILIBRE
 DOULEURS ANGOISSE
 GENE RESPIRATOIRE AUTRES : _____
 MORSURE DE LA LANGUE

Si perte de connaissance : BRUTALE PROGRESSIVE

Durée : _____

Si retour de conscience : RAPIDE PROGRESSIF


SURVEILLANCE APRES LE MALAISE :

HEURES	TA	POULS	OBSERVATIONS

 <p>Résidence Saint Léger Association créée en 1974 17 rue Paul Gaudin 33000 AUBERGERIE</p>	FIEVRE		Date de validation : 12/11/2009
			Date d'application : 12/11/2009
			Date de relecture : 22/12/2015 07/01/2020 16/03/2022
			Date de réévaluation : 04/12/2012 30/12/2014
Rédaction : Dr GRAFFAN Médecin coordinateur	URGENCES ET SÉCURITÉ		
	URGENCES	Nb de page : 1	


On peut considérer comme fièvre une température rectale supérieure ou égale à 38°C.

<u>Systematiquement :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Découvrir le résident • Hydrater le résident • Prendre les constantes (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire) • Donner un gramme per os (par la bouche) de paracétamol (ex : 2 cp de <i>Doliprane</i>® 500mg) si pas de contre indication et si le patient ne reçoit pas déjà du paracétamol (<i>Dafalgan</i>®, <i>Doliprane</i>®, <i>Efferalgan</i>®, <i>Di-Antalvic</i>®,...) • Si la prise per os n'est pas possible, administrer un gramme de paracétamol en suppositoire. • Faire une bandelette urinaire, si le résident n'est pas incontinent. S'il l'est, l'infirmière procède à un sondage. • Poser une poche de glace (glisser des glaçons dans un gant de toilette) sur les jambes (glaçons au freezer dans la salle du personnel, dans la salle de soin, à la tisanerie du 3^{ème} étage et au cantou)
<u>Selon le contexte :</u>	<ul style="list-style-type: none"> • La journée, prévenir l'infirmière, • La nuit, reprendre la température au bout d'1h30. Si la température continue d'augmenter, faire appel à un médecin en suivant la procédure de la fiche « URGENCES MEDICALES ».

	HYDRATATION		Date de validation : 26/11/2009
			Date d'application : 26/11/2009
Rédaction : ASSMf Samira IDEC	SOINS		Date de relecture : 30/12/2014 06/04/2016 04/02/2020 23/11/2022
			Date de réévaluation : 19/12/2012
			Nb de page : 1

Source : malette Mobiquat

Généralités :	<ul style="list-style-type: none"> Le corps est composé de 60 à 70 % d'eau, la perte quotidienne d'eau dans la sueur, l'urine, les selles et par la respiration doit être compensée par l'eau de boisson et l'eau contenue dans les aliments. Ne pas boire suffisamment expose aux risques de déshydratation et d'insuffisance rénale. La sensation de soif diminue chez la personne âgée alors le risque de déshydratation augmente et favorise le risque de chute, d'infection, d'escarre, troubles du rythme la décompensation cardiaque
Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> Tous les jours, veiller à ce que le résident ait bu environ 1,5 litre et au minimum 8 verres par jour (= 800 ml) Incitez le résident à boire plus si : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Il mange moins ➢ Il a de la fièvre ➢ La température extérieure est élevée ➢ En cas de vomissements, diarrhées, de traitement diurétique ou laxatif
Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> Mettez en évidence la bouteille ou la carafe, les servir Variez les plaisirs en fonction des goûts du résident : proposez de l'eau plate ou gazeuse, de l'eau aromatisée, du jus de fruits, de la tisane, du thé, du café, du chocolat chaud, verre de lait, verre de vin à table, potage...
Signes de la déshydratation :	<ul style="list-style-type: none"> Bouche sèche (langue rôtie) Fatigue, apathie Urines colorées ou très odorantes Troubles du comportement, voire troubles de la conscience (confusion)
Aliments riches en eau :	<ul style="list-style-type: none"> Légumes plus de 90 % Fruits 80 à 90 % Yaourts, fromages frais, crèmes desserts, glaces plus de 80 % Viandes et poissons 65 à 70 % Fromages à pâte molle 50 à 60 % Fromages à pâte dure 35 à 40 % Pain 34 %

	CONDUITE À TENIR EN CAS DE DÉCÈS		Date de validation : 01/11/2006
			Date d'application : 01/11/2006
			Date de relecture : 30/12/2014 04/04/2016 07/01/2020
BONNES PRATIQUES			Date de réévaluation : 19/08/2010 18/03/2022
Rédaction : GANDON Claire Directrice			16/08/2011
			20/01/2012
			20/08/2012
			18/03/2013
			03/09/2015
			05/08/2016
			17/01/2019
			Nb de page : 1

NOM DU RESIDENT :	DATE :	
CONDUITE A TENIR PAR LE PERSONNEL :		FAIT PAR
Si décès en semaine : téléphoner au médecin traitant		
Si décès soir ou week-end : téléphoner au 015 pour demander un médecin qui constatera le décès.		
Prévenir dès que possible, le médecin traitant du résident et intervenants extérieurs (kinésithérapeute, pharmacie ...)		
Sortir le dossier médical au secrétariat, qui sera remis au médecin lors de son intervention.		
Prévenir la Direction ou l'astreinte (si décès le soir ou le week-end) afin qu'elle prévienne la famille.		
Déposer le certificat de décès remis par le médecin au secrétariat (qui sera remis aux pompes funèbres).		
Fermer le chauffage en appuyant simultanément sur « + » et « - » jusqu'à ce que cela clignote puis appuyer sur arrêt		
Mettre un change complet		
Allonger bien à plat la personne décédée		
Fermer les yeux		
Mettre en place un bracelet d'identification au niveau de la cheville avec le nom, le prénom et la date de naissance. (les bracelets se trouvent sur le meuble gris des dossiers médicaux)		
Ranger la chambre en ôtant les médicaments, matériel médical, changes... Tout ce qui peut « marquer la famille »		
Sortir et fermer la porte de la chambre à clé, afin d'éviter qu'un résident n'y entre par erreur.		
Dès le départ du corps, ôter le linge sale du lit, vérifier la salle de bains, descendre le matériel médical au sous-sol pour désinfection et rangement.		
La lingère se charge par la suite de laver les draps et de les ranger à l'endroit prévu		
CONDUITE A TENIR PAR L'ADMINISTRATION :		
Prévenir la famille avec toute la délicatesse nécessaire		
Demander à la famille quelles sont les pompes funèbres qui interviennent (proposer à la famille de laisser le corps dans la chambre jusqu'à la mise en bière si elle le souhaite)		
Commander des fleurs si le faire-part de décès n'indique pas le contraire		

Note aux résidents pour annoncer le décès et la date des obsèques et l'organisation de notre participation aux obsèques	
Rédaction du texte pour la haie d'honneur	
Mise en place de la haie d'honneur par ceux qui le souhaitent	