

Comment se placer
en tant que médecin coordonnateur
dans le bouleversement managérial
d'un EHPAD !!!

Xavier de La Cochetière

DIU de Médecin coordonnateur d'EHPAD

2011 - 2012

Introduction

Le médecin coordinateur, provenant bien souvent du monde libéral, est très mal formé et préparé pour trouver aisément sa place dans une structure telle qu'un EHPAD. Il ne possède pas de formation en management, en gestion des ressources humaines ou en gestion. La mobilisation des équipes est quelque chose qui peut totalement le dépasser, ne voyant aucun problème à se mobiliser lui-même autour de son travail de médecin libéral.

Ceci devient un beau challenge quand la structure, dans laquelle il entre, se trouve être la proie de conflits internes d'autant plus marqués que l'organisation managériale se trouve absente.

C'est cette expérience que j'ai souhaité présenter dans ce mémoire, espérant qu'elle puisse aider de futurs « néophytes » à éviter les écueils et à trouver les bonnes réponses face à des situations qui peuvent nous dépasser totalement.

Afin de rendre plus concret ce travail, j'ai décidé de l'appuyer sur un projet qui me tenait à cœur, le projet de vie personnalisé. Comme vous pourrez le constater, il a eu du mal à germer, de par son rapport éloigné du médical et de par la situation spéciale qu'a connu l'EHPAD. En ma qualité de médecin nutritionniste et, afin de donner une connotation plus médicale à ce mémoire, j'ai décidé de présenter également la genèse d'un protocole sur la dénutrition.

Ces exemples peuvent en effet montrer les difficultés quotidiennes de terrain pour faire passer une idée intéressante à son acceptation par l'ensemble des équipes et son inscription concrète dans les faits.

Sommaire

Présentation de l'EHPAD FERRARI.....	4
Le personnel.....	4
Le bâtiment.....	6
Les surprises à l'arrivée.....	7
Une IDEC destructrice	7
Absence de listing et autres	8
Absence de pathos	8
Des protocoles peu suivis	8
Des équipes changeantes.....	8
« Une liberté totale »	9
L'année 1 d'un médecin coordonnateur néophyte.....	10
L'interview des cadres.....	10
L'amélioration des pratiques médicales (APM)	10
La communication vers l'extérieur.....	11
L'actualisation des procédures et protocoles existantes	12
La mise en ordre des documents de suivi	13
Le suivi actualisé des résidents (transmissions).....	13
La formation et l'information	14
La « pathosification »	14
Le protocole de dénutrition.....	16
Le projet de vie personnalisé.....	17
Le suivi et la nécessité de motivation et de répétition	19
Conclusion.....	20
Documents établis	22
Visite de pré-admission	22
Fiche personnelle du résident	23
Projet de vie personnalisé	24
Protocole de lutte contre la dénutrition	30
Récapitulatif Actions.....	42

Présentation de l'EHPAD FERRARI

La maison Ferrari est un formidable ensemble de bâtiment de 11 000.m² situé dans un parc de 5 hectares. Il date de 1883 et a été construit par la duchesse de Gallera qui a dépensé l'immense fortune de son mari défunt en bonnes œuvres. Ses réalisations se situent principalement à Gêne avec hôpitaux et écoles et en région parisienne avec la propriété des orphelins-apprentis d'Auteuil à Meudon et cette maison Gallera à Clamart, inscrit à l'inventaire des monuments historiques.

Sa volonté était de faire bénéficier les orphelins ou les personnels de maison en retraite du même cadre de vie que les enfants de nobles ou de ce qu'ils avaient connu dans leur vie de domestique. Cette volonté a engendré des bâtiments vastes, lumineux avec des hauteurs sous plafond vertigineuses et des espaces communs (hall d'accueil, escaliers) gigantesques. Cette générosité engendre au début du XXIème siècle des contraintes fortes telles que des coûts d'entretien des infrastructures et de chauffage colossaux ainsi que des distances importantes (cf. paragraphe suivant).

Le personnel

L'encadrement de l'EHPAD a été majoritairement renouvelé depuis quelques mois. Ce renouvellement fait suite à une valse de directeurs (quatre en trois ans) et de responsables des soins (trois en deux ans) qui, à coup sûr, a profondément désorganisé la structure. Depuis peu, une restructuration touchant toutes les activités a été mise en place. C'est pour cette raison que j'ai pu réaliser ce mémoire sans mettre à mal la maison FERRARI qui ne présente, actuellement, plus aucune ressemblance avec ce qui est décrit dans ce mémoire.

Le directeur actuel, psychiatre de formation, a une expérience de plus de treize ans en tant que directeur d'EHPAD. Tour à tour, il a travaillé dans le public puis dans le privé. C'est volontairement qu'il a démissionné de son poste dans le privé pour s'inscrire dans l'associatif avec un vrai projet managérial. Ces informations, qui peuvent paraître anodines, vont présenter de l'importance dans le cadre des rapports à venir dans l'encadrement. Son arrivée s'est produite plus de six mois après le départ de l'ancien directeur. Entre-temps, le directeur des maisons de l'Ordre de Malte a assuré l'intérim en fonction de ses possibilités. Une présence d'une journée et demi par semaine lui a permis simplement de garantir le quotidien sans que nulle amélioration ou développement puisse être tenté.

Il arrive dans des circonstances difficiles. L'EHPAD présente un déficit annuel de plus de 400 000 Euros, sans compter une aide structurelle de l'ARS de plus de 100 000 Euros qui aurait dû être lissée sur plusieurs années. L'Ordre de Malte ne peut plus résorber cet abîme. La situation est donc extrêmement critique et le directeur arrive avec les pleins pouvoirs, ce que n'ont malheureusement pas eu ses prédécesseurs.

La directrice des soins est une vraie directrice des soins totalement investie dans son travail et aimant son rôle à facettes multiples. Ceci est à préciser car elle remplace l'ancienne IDEC qui n'est restée que quelques semaines avec le nouveau directeur. Il ne lui a en effet pas suffi de davantage pour s'apercevoir que cette personne appréciait tous sauf les soins, ce qui pose un problème à son poste...

Je suis le médecin coordonnateur, travaillant à 0.5 équivalent temps plein, réparti sur 4 demi-journées soit 17.5 heures par semaine qui se révèlent être plus proche des 22 heures dans la réalité. Je débute à ce poste ma quatrième vie professionnelle. La troisième qui se continue toujours à mi-temps a débuté il y a dix ans. Elle est celle d'un médecin nutritionniste libéral exerçant en cabinet dans un arrondissement aisé de la capitale, dans un centre municipal de santé me permettant de suivre une clientèle aux moyens extrêmement limités ainsi qu'une vacation dans le service de pédiatrie de l'hôpital Ambroise Paré dans lequel je suis de nombreux enfants obèses.

Ma deuxième vie professionnelle fut passée en tant que directeur d'une agence de communication (cf. cv en annexe) que j'ai créée. Une fusion avec une seconde agence m'a permis de me retirer d'un métier et d'une fonction pour lesquels je n'avais apparemment pas les qualités et la fougue. C'est donc avec plaisir que j'ai retrouvé la médecine après dix années de ce que l'on pourrait considérer comme un calvaire professionnel. Cependant, ces dix années m'ont vu me marier et accueillir mes quatre filles, faits éminemment positifs. Elles m'ont surtout donné une soif de revanche et une volonté de récupérer ce « temps perdu » qui m'ont vu tour à tour suivre trois diplômes universitaires, écrire quatre ouvrages et devenir conférencier et formateur de médecins à l'expérience plus longue.

Ma première vie professionnelle, qui s'est prolongée épisodiquement depuis, s'est passée dans le monde humanitaire en tant que médecin de terrain puis responsable de mission puis de zone sur les théâtres les plus marquants de la géopolitique de ces vingt dernières années : Afghanistan, Boat People, effondrement du glacieur soviétique... J'y ai été le témoin de catastrophes humanitaires épouvantables ou de déchainements de violence qui me faisaient voir le quotidien français avec un « léger » déphasage...

Ces différentes expériences m'ont donné une philosophie de la vie, une adaptabilité poussée et un esprit entrepreneurial marqué et parfois détonnant pour un simple médecin.

L'arrivée à ce poste s'est réalisée quasiment par hasard. Cherchant avec mes frères et sœurs une place pour ma maman de 93 ans, j'ai répondu à une annonce placardée dans l'entrée de la maison Ferrari. Très vite, je me suis aperçu que cette fonction m'allait à ravir utilisant parfaitement mon expérience de gérant, mes compétences de gestionnaire et de manager d'équipe ainsi que, par mes années humanitaires, un attrait pour l'altérité si particulière dans le milieu des EHPAD.

Ces forces compensent quelques faiblesses dont une connaissance modérée de la gériatrie de par mon activité principale de médecin nutritionniste et des compétences plus approfondies dans la pédiatrie. L'inscription rapide au diplôme de Médecin coordonnateur d'EHPAD, un stage réalisé entièrement dans un service de gériatrie à l'hôpital Corentin Celton et une inscription à la capacité de gériatrie vont sans nul doute permettre de renforcer ces connaissances. Toutefois, il a fallu dans les premiers temps m'imposer avec cet équilibre instable qui après une année d'exercice pose chaque jour moins de problèmes.

Le reste de l'encadrement est constitué d'une responsable des admissions, d'une gouvernante principale, d'un responsable technique, d'un responsable du projet de vie et de personnels administratifs moins attachés directement auprès des résidents.

Des gouvernantes, infirmières (trois en simultanée), psychologues, aides-soignantes, auxiliaires de vie, agents hôteliers, une relaxologue, une responsable des animations et du personnel de cuisine composent le reste du personnel.

Le bâtiment

La maison de retraite Ferrari, appartenant à la fondation Gallera a été reprise par l'ordre de Malte en 2008. Elle a aussitôt entrepris une rénovation totale permettant l'ouverture des 158 chambres individuelles, ce qui en fait un établissement de grande capacité

Les résidents sont répartis sur 4 étages avec :

- Un rez-de-chaussée avec 12 chambres ouvertes à des résidents semi-autonomes
- Un premier et deuxième étage avec par étage, 58 chambres, 2 salles à manger et quelques salles dédiées à des activités
- Un troisième étage avec 30 chambres en service fermé, destiné à des résidents présentant des démences sévères accompagnées de déambulation.

Directement rattachés aux soins des résidents, il existe une infirmerie aux premier, deuxième et troisième étages et une salle snozelen et relaxation.

Les surprises à l'arrivée

Je remplace un médecin coordinateur qui a démissionné de son poste suite à un conflit avec l'ancien directeur. Sa notion du secret médical et de la frontière totale entre l'administratif et le médical a pu être la cause de ce conflit. Elle a laissé un bon souvenir avec une implication importante auprès des résidents et du personnel. La passation de pouvoirs a été faible, étant donné que mon arrivée s'est produite plus de huit mois après son départ. Malgré une entrevue et de très bons contacts téléphoniques, j'ai difficilement retrouvé ces éléments, en partie à cause du travail de sape de l'IDEC. Celle-ci a en effet profité de sa liberté (absence de médecin coordinateur et présence d'un directeur par intérim un jour par semaine) pour bouleverser si ce n'est détruire totalement l'existant.

Une IDEC destructrice

Dans un EHPAD, les fonctions et responsabilités des cadres sont normalement claires, sauf éventuellement pour le médecin coordonnateur dont sa place en dehors de la hiérarchie peut prêter à confusion ou entraîner des soucis de positionnement et des problèmes d'autorité.

Tout vide étant rapidement comblé, l'IDEC a pris une place débordant largement ses prérogatives. Peu intéressée par le soin et davantage par les thérapies non médicamenteuses, elle s'est trouvée en confrontation totale avec le responsable du projet de vie, dont la personnalité était à l'encontre totale de la sienne (timide aristocrate traditionaliste contre personne immigrée provoquante esthétiquement et verbalement). Malgré un personnel dévoué, la qualité des soins laissait à désirer en raison d'un manque de suivi du travail du personnel et de la gestion des ressources humaines. Nous le savons tous, dans un EHPAD encore plus qu'ailleurs, la qualité du service ne peut être assurée qu'à travers une répétition continue des procédures et une surveillance permanente du respect des tâches définies. Ce manque s'est doublé d'une destruction ou d'un accaparement de tous les documents réalisés avant mon arrivée par l'ancien médecin coordonnateur. J'ai en effet retrouvé une grande partie de ceux-ci après le départ de l'IDEC ou juste avant, après une demande formelle de ma part.

J'arrivais donc dans une maison dans laquelle, apparemment, aucune action de fond du médecin coordonnateur n'avait été faite. Ces agissements peu efficaces sur un médecin coordonnateur expérimenté ont été magnifiés par mon inexpérience, couvert en partie seulement par les cours du DIU en cours. Cette inexpérience était continuellement mise en avant lorsque j'essayais d'y voir plus claire dans ses fonctions. Bien souvent, elle comparait sa vision innovante de l'IDEC s'occupant du soin global (médicamenteux et non médicamenteux) contre notre vision archaïque de l'IDEC s'occupant principalement du soin, puis en fonction de son temps d'autres tâches. L'absence quasi permanente de directeur et son accaparement par les

tâches les plus urgentes ainsi que la place non hiérarchique du médecin coordonnateur ont alors grandement facilité son œuvre et son projet.

Absence de listing et autres

Les documents provenant de l'ancienne médecin coordonnatrice, partie depuis sept mois, étaient quasiment absents ou disséminés sur de nombreux supports comme je l'ai signalé précédemment. Il a fallu donc partir de zéro sur de nombreux points. Sans secrétaire médicale, les premières semaines furent passées à établir un listing informatique de tous les intervenants puis d'adresser des emails à ceux-ci afin de me présenter. Une autre partie du listing fut difficile à mener. Ce fut celle de toutes les administrations. Le cloisonnement étant un état d'esprit de cette maison, personne n'avait de listes des correspondants médico-administratifs de l'EHPAD.

Absence de pathos

Le girage annuel ayant été fait peu avant mon arrivée, l'établissement des GIR des nouveaux arrivants s'est fait progressivement et ne m'a pas posé de problèmes particuliers. Le logiciel est aisé à gérer et l'équipe de soins partie prenante de ce geste reconnu.

En revanche, le PATHOS n'avait jamais été réalisé. Etant donné que nous étions dans la sixième année de convention tripartite avec un déficit important dû en bonne partie à une sous-évaluation du PATHOS (calcul avec la moyenne nationale de 168, bien inférieur à celui effectif de la maison FERRARI), l'établissement du PATHOS devait être fait rapidement.

Des protocoles peu suivis

L'ancien médecin coordonnateur était peu porté sur les protocoles et procédures, partant du principe que trop de protocoles amène à une manque de suivi global. Si l'on peut être d'accord avec ce point de vue, un minimum de préparation, de cadre et de procédures sécurisent au final l'équipe de soins et facilitent le travail de tous.

Des équipes changeantes

Nous avons vu que la maison avait connu quatre directeurs en cinq ans ainsi qu'un certain nombre d'IDEC. Ceux-ci avaient tour à tour imposaient de force des changements, avec fréquemment des virements totaux. Le moral était assez bas et la vision de devoir défaire ce qui avait été péniblement mis en place effrayait le personnel et tout particulièrement l'encadrement.

D'autre part, il existait un turn over important de l'équipe de soins, l'IDEC ne faisant rien, avec sa vision « spéciale » pour fédérer une équipe. Son style de management

étant davantage le conflit, de nombreux clans étaient en place avec un taux d'arrêt du travail très important.

« Une liberté totale »

L'IDEC, au mieux me fuyant constamment, au pire me savonnant la planche, j'étais dans une solitude médicale totale. Celle-ci était quelque peu modérée par une relation de confiance avec plusieurs infirmières en poste depuis de nombreuses années et connaissant parfaitement le fonctionnement de la maison. Cependant, je ne pouvais pas totalement m'appuyer sur elle, au risque de perdre une part de crédibilité. Je souhaitais toujours privilégier mon image à moyen terme, même si à court terme, cela pouvait me causer quelques tracasseries supplémentaires.

Le directeur des établissements de l'ordre de Malte faisait office de directeur intérimaire durant la vacance de directeur. Présent une journée par personne, passée à gérer les affaires urgentes, il me faisait une confiance totale. Je m'occupais ainsi de mes tâches, bien souvent allant au-delà de celles-ci, grâce au vide mais aussi à un entrain, un attrait et une curiosité pour de nombreuses tâches annexes. Les seuls freins me furent imposés pour ce qui concernait les membres ou affiliés à l'Ordre de Malte, ce qui me fit perdre un temps certain.

Je pourrais continuer cette litanie durant des pages entières mais là n'est pas l'intérêt de ce mémoire. Cette première liste me paraît suffisante pour dessiner un portrait fort de la situation que j'ai pu trouver à mon arrivée. Dans cette deuxième partie, je vais tenter de présenter cette première année avec la réalisation de mon objectif de m'imposer en tant que le médecin coordonnateur souhaité à travers un certain nombre d'actions concrètes.

L'année 1 d'un médecin coordonnateur néophyte

Le respect n'est pas lié à une fonction. C'est un sentiment qui se gagne par notre attitude, notre travail, notre cohérence dans l'accomplissement de nos tâches et l'esprit de justice et d'impartialité avec lequel on tente de gérer et fédérer les équipes. C'est avec cette vision de management que j'ai souhaité débiter dans ses nouvelles fonctions. Il est certain que mon âge, mes expériences multiples, ma philosophie de la vie me permettant de prendre du recul et de relativiser des incidents d'ego m'ont bien aidé. L'intégration immédiate des enseignements du DIU et de nombreuses lectures m'ont permis en outre d'acquérir un certain savoir, savoir essentiel pour installer un pouvoir admis par les autres.

C'est donc fort de ces qualités et principes et souhaitant intégrer en permanence les trois qualités essentielles de l'ayurveda « Respect, Humilité et Gratitude » que je me suis mis au travail. Ne pouvant utiliser des connaissances pointues en gérontologie, j'ai porté mes efforts sur l'administratif, la formation, la mobilisation des équipes qui étaient quelques peu démobilisées par le manque d'encadrement existant.

L'interview des cadres

Mon premier objectif a été d'interviewer l'ensemble des cadres de la maison. La grande majorité a apprécié cette initiative et joué le jeu. J'ai ainsi pu me façonner une idée exacte de la maison. Par les contradictions, critiques et divagations de certains de mes futurs collègues, j'ai pu aussi border rapidement les problèmes qui allaient se poser dans l'immédiat. J'ai alors pu repérer des personnalités à problème ou adeptes de la critique tout azimut qui pour la plupart se sont révélées ainsi ou au contraire des personnes éteintes par une emprise exagérée ou la malhonnêteté d'un supérieur qui ne demandaient qu'à s'épanouir.

Cette initiative m'a aussi donné une image d'écoute et d'analyse auprès de mes interviewés qui m'est restée jusqu'à maintenant. Elle m'a aussi permis de saisir rapidement toute la complexité des relations humaines à l'intérieur d'une entreprise, éléments dont un médecin libéral est largement en déficit. Je ne serai trop vous conseillé de réaliser cet interview qui vous permet d'avoir une vue la plus exacte possible de la situation et des personnalités avec lesquelles vous allez travailler.

L'amélioration des pratiques médicales (APM)

Après un trimestre d'observation et de DIU, j'ai institué une réunion mensuelle en plus des transmissions hebdomadaires afin de réfléchir uniquement sur le moyen terme en discutant des améliorations à apporter au soin. Cette réunion s'appelle

APM (Amélioration des Pratiques Médicales). Elle intègre outre l'IDEC et le médecin coordonnateur, les infirmières et une aide-soignante ou AMP par unité. Elle nous permet d'évoquer les améliorations à apporter en faisant participer l'ensemble des soignants à la recherche, l'analyse et la conception de ces dernières. Grâce à une prise de recul et une vue d'ensemble, elle place de fait le médecin coordonnateur comme concepteur et responsable du projet médical. Elle fait l'objet d'un thème inscrit à l'ordre du jour, d'un compte rendu et d'objectifs à mettre en place avec les noms des responsables et des destinataires pour chacun de ceux-ci.

La communication vers l'extérieur

Prestataires extérieurs, réseaux et institutions médicales de proximité.

Comme je l'ai dit précédemment, une des premières actions fut de constituer un listing de tous les contacts utiles à un médecin coordonnateur. Ainsi fait, ce listing m'a permis de me présenter et d'entamer des contacts personnalisés ou par email avec ces différentes cibles.

Ma présentation aux médecins traitants fut ma première action. Etant au nombre de 29, j'ai utilisé l'email, ce qui fut majoritairement apprécié. Seuls quelques-uns se plainquirent de ce contact non chaleureux. Etant donné le grand nombre de médecins traitants, j'ai souhaité privilégier les quelques collègues qui représentaient à eux seuls, la majorité des résidents. En effet, sur les 29, 17 n'avaient qu'un seul résident en charge, 1 en avait 73, soit quasiment 50 % des résidents présents et avec 6 médecins traitants, je couvrais 82 % des résidents de la maison. Sur ces chiffres, j'ai demandé aux infirmières d'équilibrer cette liste avec la création d'un pool de médecins traitants ayant chacun une dizaine de résidents et la baisse proportionnelle de résidents de ce médecin trop majoritaire, chiffre qui pouvait être dangereux en cas de maladie. La même action fut entreprise auprès des kinésithérapeutes puis des orthophonistes, pédicures et autres professions paramédicales.

Par le biais d'internet, j'ai donc adressé des informations à l'ensemble des médecins traitants (importance de la vitamine D, place des statines chez les personnes âgées...) ou des demandes de renseignements concernant des résidents. C'est aussi par ce biais et via les contacts lors de leurs présences dans la maison que j'ai continuellement insisté sur la traçabilité des informations. Cette demande essentielle et exigée par nos autorités de tutelle était effective pour les médecins traitants mais peu ou pas appliquée par les kinésithérapeutes ou les psychologues maison souhaitant se réfugier derrière le secret professionnel. Ce fut donc parfois dans la souffrance et le conflit que cet acte a pu se mettre en place.

J'ai repris aussi les conventions avec les hôpitaux locaux, la HAD, les soins palliatifs, les médecins d'urgence et autres institutions permettant d'assurer la continuité des soins et une amélioration du confort des résidents. Ainsi une convention avec une

clinique privée a permis un raccourcissement des attentes aux urgences pour nos résidents, par rapport au passé qui comportait souvent des heures d'attentes dans les couloirs des urgences de notre CHU de secteur.

Dans ce chapitre, je souhaite aussi faire part de la difficulté d'établir de bonnes relations avec les médecins traitants. Pour les inscrire dans la durée, il est essentiel de ne pas les heurter et de faire preuve d'un grand sens de la diplomatie. Tout acte touchant un résident, hospitalisation demandée par le médecin coordonnateur, mesure interne à la maison et à l'évidence pour tout changement de prescription, une information doit être délivrée au médecin traitant. Ce travail est chronophage mais il est toujours productif à long terme.

Ainsi, devant une prescription erronée du seul dermatologue de ville - praticien ayant la totale confiance des médecins traitants et par ailleurs excellent dans toutes les autres pathologies - réalisant des visites dans notre EHPAD (prescription d'antibiotiques in situ sur un escarre empêchant tout bourgeonnement), il m'a fallu passer par une hospitalisation de jour. Celle-ci a conduit à un avis d'un spécialiste hospitalier et à un changement évident de prescription. Cet acte nous a permis ensuite d'expliquer aux autres médecins traitants l'état de l'art actuel en matière de soins sur les escarres.

De même pour un cas de psychiatrie, il a été nécessaire de passer par un chef de service hospitalier pour contrer l'avis de non hospitalisation du psychiatre intervenant dans notre EHPAD.

Ce cheminement pourrait paraître une perte de temps et d'énergie. Il fait partie néanmoins de notre quotidien et doit être accepté dans notre prise de fonction. Dans mon cas personnel, il est certain qu'il sera de moins en moins nécessaire à mesure que mon expérience et mes qualifications (capacité de gériatrie) augmenteront.

L'actualisation des procédures et protocoles existantes

A mon arrivée, j'ai trouvé des procédures et protocoles, non actualisés et surtout quasiment jamais employés. Cela ne veut pas dire que la maison ne fonctionnait pas. Au contraire, elle fonctionnait remarquablement eu égard à l'absence d'encadrement pratique. Seulement, cette bonne fonctionnalité reposait uniquement sur la conscience et la bonne volonté de quelques individualités. Cependant, le nombre de vacataires étant important, ce manque de coordination et de procédures se faisait alors cruellement sentir lors de ces présences. De plus, la maison étant séparée en trois secteurs, chacun sous la direction d'une infirmière, ce qui était efficace à un étage n'était pas ou peu reproduit dans les autres étages. L'IDEC fort de l'adage « il faut diviser pour régner » n'avait pas souhaité créer un esprit de groupe et passait davantage son temps à monter les uns contre les autres. Enfin, tout ce qui avait été mis en place par l'ancien médecin coordonnateur avait disparu, par manque de

mobilisation, et nous verrons ci-après combien ce terme est primordial dans une institution comme un EHPAD ou, par volonté délibérée de l'IDEC.

J'ai donc repris et fait valider pendant les réunions d'APM différentes procédures en liaison avec les hospitalisations (cf. réseaux), le soin aux résidents (contention, suivi des selles, suivi et procédures en cas de chutes, vaccination...).

Comme je l'expliquerai dans l'introduction au « Projet de vie personnalisé », je me suis investi également dans des dossiers connexes au projet de soin. Ainsi, j'ai proposé une nouvelle procédure d'admission, partant du principe que tout est essentiel. Dans ce cadre, les premiers moments de présence dans un EHPAD sont primordiaux pour une personne angoissée et fragilisée par cette rupture de vie. Tout doit donc être fait pour que cette admission se fasse sans choc psychologique et dans la linéarité la plus parfaite.

La mise en ordre des documents de suivi

Ces documents existaient mais ils étaient disparates et différemment utilisés selon les services. Nous les avons donc collectés, audités et synthétisés pour en diminuer leur nombre et augmenter leurs fonctionnalités. Ce travail a été entrepris après le départ de l'ancienne IDEC qui avait souhaité se mobiliser sur ce sujet. Hélas, après des heures de réunion, aucun document ne m'avait jamais été présenté et à son départ, aucun document ou même trace n'a été retrouvé.

Les principaux à être rénovés ont été le dossier d'admission avec la fiche synthétique de la visite de préadmission (cf. Annexes), la fiche personnelle du résident regroupant toutes les informations essentielles quant au suivi du résident (besoins, appareils, soins...) et le dossier de liaison d'urgence (DLU).

Le suivi actualisé des résidents (transmissions)

Des transmissions par service permettaient de faire le tour des principaux problèmes médicaux et de soins existants dans la maison. Afin de créer une vraie communauté d'établissement, nous les avons transformées en transmissions inter-services. Puis, pour que ces informations soient suivies de faits, nous avons ouverts ces réunions aux psychologues qui jusqu'à alors s'étaient senties peu mobilisées. Nous avons deux psychologues, une à 80%, l'autre à 20 %. La première était peu mobilisée par le travail de terrain, préférant co-animer des animations avec les bénévoles ou s'investir dans des actions directement reliées à l'ordre de Malte. La seconde psychologue parfaitement investie dans son action de psychologue mais trop peu présente était malheureusement décriée par une cabale montée par certains cadres, ainsi que la relaxologue qui s'est avérée très bien par la suite.

J'ai surtout repris dans un dossier informatique l'ensemble de ces transmissions avec les cas discutés et les actions produites (visite du médecin coordonnateur ou d'un autre personnel, hospitalisation, consultation, modification de suivi...).

Ce listing, perpétuellement mis à jour, permet une traçabilité totale des actions et l'assurance que toute démarche a bien été entreprise. Il est en effet très facile d'oublier de répondre aux demandes des uns et des autres étant donné l'incroyable multiplicité de nos tâches et le foisonnement d'informations qui nous arrivent à chacune de nos visites dans les services ou des réunions de transmission. Pour se faire, dans toutes les actions réalisées et afin de respecter la demande de nos autorités, la traçabilité et l'évaluation des actions ont constamment été à l'ordre du jour.

La formation et l'information

C'est un sujet sur lequel j'ai peu agi jusqu'à maintenant, tant pour ce qui est des formations externes qu'internes. Les seules réalisées étaient celles obligatoires comme l'explication du plan bleu avant l'été ou de mon domaine (nutrition et dénutrition avec coaching alimentaire) ou liées à des besoins en interne (soins d'escarres).

Des formations sont prévues avec la responsable des soins sur la seconde partie de l'année. Elles concernent la bien-traitance et les soins aux malvoyants avec mise en situation de mal-voyance du personnel de soin.

La « pathosification »

Après une inscription et un suivi de la formation ARS, je me suis mis au Pathos avec l'objectif de « traiter » les 158 résidents en 2 mois. Désireux d'utiliser cette analyse au-delà d'une obligation administrative, j'ai profité de cet exercice pour établir un tableau synthétique des soins faits ou à donner à l'ensemble des résidents (cf. annexes). Après plusieurs essais, ce tableau intègre au final, le nom, le GIR, le service, le médecin traitant, une synthèse des pathologies, le suivi psy, le suivi kiné, le suivi en relaxation ou snozelen, les animations, son statut nutritionnel. Ce tableau est perpétuellement mis à jour, lors des transmissions ou grâce à l'envoi d'informations provenant de l'ensemble des intervenants. C'est le challenge le plus important et difficile de ce document. Cependant, sans cette mise à jour, celui-ci ne sera qu'un projet ambitieux mais inutile.

A ces premiers éléments, j'ai adjoint une part plus personnelle me permettant de travailler avec les médecins traitants sur des sujets particuliers tels que la suppression des statines, la prescription à tous les résidents de doses importantes et régulières de vitamine D ou la modération du nombre de médicaments.

En effet, malgré la littérature importante sur les effets bénéfiques de la vitamine D dans différentes pathologies (Cancer, Alzheimer, Parkinson, Diabète, SEP, Infections, Infarctus, Insuffisance rénale, Dépression, Anémie...) et une carence certaine chez plus de 85% de nos résidents, quelque soit la saison, ma surprise fut grande de ne trouver qu'à peine 10% des résidents avec une dose de vitamine acceptable. Aucun n'avait la dose optimale évaluée par l'agence européenne à 4000 UI/j.

Dans un tout autre domaine, 25% des résidents reçoivent encore une statine à un âge dépassant pour la majorité d'entre-eux les 85 ans. Vu la fatigabilité physique extrême de la plupart de nos résidents ainsi que le grand nombre de désordres cognitifs, cela paraît aberrant de prescrire encore une statine à cet âge avancé, en contradiction avec les recommandations d'un grand nombre de scientifiques spécialistes du grand âge. Cette élimination pourrait permettre en outre de baisser la polymédication (nombre moyen de médicaments = 6 avec une fourchette de 2 à 13 principes actifs per os sans compter les onguents et pommades) et assurerait à n'en pas douter une amélioration de l'état de santé des résidents.

Etant donné la sacrosainte liberté de prescription, ce travail est long et difficile. Il a reçu un très bon accueil de la part de certains médecins traitants, plus modéré chez d'autres, peu enclin à perdre leur liberté de prescrire.

L'établissement du PATHOS s'est faite sans difficultés majeures. J'attends cependant la visite de l'ARS certifiant celui-ci. Ce travail long a permis de mobiliser toutes les équipes autour de l'idée de traçabilité. L'objectif était de les fédérer en une équipe de soins, complémentaire et cherchant un objectif unique : le bien être du résident avec une vision holistique de celui-ci. J'en ai profité pour reprendre tous les GIR, afin que ce travail soit complet et global.

Les évaluations AGGIR et Pathos étant avant tout des outils économiques, j'ai pu donner une preuve de ma vision large de ma fonction, sans me cantonner à un intérêt purement individuel de mon action. L'augmentation de 30 points du GIR et de 86 points du PATHOS, parti il est vrai du PATHOS de base à 168, pourrait ainsi faire progresser le budget de la maison Ferrari de 378 734 Euros, soit l'équivalent du déficit de l'année 2011.

Je parlerai peu du rapport annuel d'activité médicale qui, portant sur mes deux mois de présence de l'année 2011 ne présente pas un grand intérêt. Etant dans les 13 missions du médecin coordonnateur, il me fallait en dire deux mots. Afin de clore ce petit chapitre sur les éléments non discutés dans ce mémoire, il est évident qu'une bonne partie de mon temps se passe au contact des résidents lors de mes visites quotidiennes dans les étages. Ces contacts ou examens médicaux se font personnels dans les chambres des résidents ou collectifs lors de visites à l'heure du repas ou durant les animations.

Le protocole de dénutrition

De par mon profil de nutritionniste et le rôle essentiel de la dénutrition dans l'accélération de la fin de vie, le premier travail de fond que j'ai souhaité mener dans l'EHPAD a porté sur ce problème.

Il couvre la mobilisation des équipes à peser mensuellement chaque résident et surtout à avertir en cas de perte de poids substantielle. J'ai en effet découvert que pour certains personnels, peser et noter sur un cahier correspondaient à la demande, sans faire obligatoirement un lien entre résultat et nécessité d'action. L'utilisation continue d'une balance identique pour un même résident fut aussi quelque chose de nouveau, un changement de balance pouvant expliquer parfois des différences ahurissantes.

Après cette première action, j'ai proposé un protocole mis en annexe couvrant l'ensemble du suivi du résident en cas de perte de poids, de bilan biologique détérioré ou de MNA indicatif. Le coaching nutritionnel a représenté une grande partie du travail. Il se rapprochait souvent des concepts de bien-traitance avec un objectif clair de mobiliser les équipes autour du repas. Ne pas retirer une assiette pleine ou demie-pleine, sans avoir auparavant réalisé une action maximale pour assister le résident est une lutte de tous les jours, quel que soit le lieu du repas, salle à manger ou chambre. Nous voyons chaque jour qu'il en est de même pour toutes les actions de soin comme la douche ou le change...

Des fiches de coaching ont été mises en place donnant un espace important aux commentaires expliquant des assiettes restées pleines avec les raisons et les actions entreprises pour tenter d'y remédier. Elles placent chaque personnel, quel que soit son niveau, dans un rôle de soignant et d'équipier essentiel et complémentaire intégré au projet global de soin.

Si le coaching n'est pas suffisant et avant de passer aux suppléments protéinés, le niveau 2 de la re-nutrition porte sur des repas enrichis. La mise en place de ce niveau hypercalorique et hyperprotéiné a été l'occasion d'une reprise de tous les régimes existants dans l'EHPAD.

Lors d'une réunion avec le cuisinier et toutes les gouvernantes, j'ai simplifié les régimes existants dont l'origine et le motif médical étaient parfois introuvables ou devenus obsolètes (régimes sans sel et non simplement hypo-sodés, régimes sans résidu, sans pépin, pour diabétique trop restrictif en glucides...). En revanche, j'ai multiplié les régimes hyper-caloriques pour les rendre disponibles, quelle que soit la texture souhaitée (moulinée, hachée, normale). Il était en effet navrant de voir une personne âgée ayant une bonne mastication mais un appétit déficient, voir mis à un repas mouliné sans texture, sans saveur et pouvant rendre anorexique n'importe quelle personne bien portante.

Etant présent deux après-midi par personne, j'ai souhaité qu'une des deux transmissions¹ à laquelle j'assiste soit centrée sur les dossiers en cours de dénutrition (entre 4 et 10 en continu). Elle s'appuie sur des fiches de suivi intégrant, la perte de poids initiale, la raison s'il en existe une, une pesée hebdomadaire et des commentaires. Ce travail d'ensemble impliquant l'ensemble des équipes de soins est en train de porter ses fruits avec une reprise de poids des résidents dans plus de la moitié des cas. Elle fait aussi le bonheur du directeur avec une baisse substantielle des suppléments protéinés, éléments coûteux, totalement à la charge du budget de l'EHPAD.

L'autre transmission porte davantage sur les modifications en cours à apporter au soin global des résidents à partir du tableau d'actions présenté en fin de mémoire.

Le projet de vie personnalisé

Le projet de vie personnalisé est le pendant du projet de soins pour les animations et les ateliers. Il est aussi essentiel que le projet de soins. En effet, à quoi sert d'être bien soigné, si l'on devient déprimé et angoissé à force de rester seul dans sa chambre à attendre les trois seuls repas quotidiens. Mourir précocement d'un sentiment d'abandon mais en bonne santé n'est pas plus enthousiasmant que mourir plus tardivement dans un mauvais état.

C'est donc tout naturellement que dès le début je me suis intéressé à ce projet de vie personnalisé et fait de nombreuses propositions à la direction. Quand celui-ci en l'absence du responsable du « bien-être », m'a demandé de m'en charger, c'est avec fougue que j'ai entrepris sa rédaction.

En effet, pour quelqu'un qui passe sa vie (livres, formations, conférences) à expliquer le lien fort entre stress et maladie, il ne peut y avoir de frontière entre soins et toute activité amenant détente, joie et sérénité. C'est cette vision de thérapeute qui explique mon implication globale et mon approche holistique de la bienveillance du résident. Ainsi, laisser à soi-même un résident dans sa chambre peut clairement être vu comme de la maltraitance et ce stress de la solitude a toute sa part dans le phénomène de glissement (réel ou pas) de tout nouvel entrant. Il me semble que la responsabilité des problèmes de santé pure est faible par rapport à la responsabilité potentiellement forte des problèmes de soins ou liés au bien-être. Ainsi, le manque de reconnaissance, de respect, la perte réel ou supposée de contrôle sur son existence, l'ennui, le manque de communication, le manque d'activité ou tout simplement de chaleur humaine put tuer tout autant que l'hyper-tension artérielle, le cancer ou le diabète...

Dans ce travail de recherche de bien-être et étant donné l'importance des premiers contacts et des premiers ressentis chez le nouvel entrant, j'ai souhaité m'investir

¹ Une transmission quotidienne regroupe les équipes de soins afin de présenter les problèmes de soin les plus importants.

dans le projet d'accueil afin que tout soit fait pour optimiser et rendre les plus sereins possibles ces premiers moments dans un EHPAD. Je n'ai pas inscrit d'éléments dans ce mémoire mais c'est un sujet essentiel ou tout détail a son importance

Etre accueilli par un comité souriant le jour de son arrivée, voir son nom et éventuellement sa photo inscrits sur la porte de sa chambre comme dans les listings des couloirs, arrivé dans une chambre déjà meublée avec des souvenirs chers sont des repères essentiels pour celui ou celle qui vient d'en perdre une grande partie.

Pour revenir au projet de vie personnalisé, j'ai collecté en premier lieu l'ensemble des documents liés à ce sujet que ce soit au sein de l'EHPAD, provenant du DIU ou d'internet. J'ai ensuite élaboré un document synthétique composé de dix pages soit trois fois plus que l'ancien document. Cette inflation a été due en grande partie aux exigences de nos autorités et au contenu des demandes inscrites dans les documents d'évaluation interne (cf. documents). Ce document a été présenté aux équipes puis modifié à partir des différentes remarques et enfin validé.

Nous sommes ensuite passés à la phase d'expérimentation avec le remplissage du document par les différents personnels intéressés, chaque partie étant attribuée à une fonction (responsable des soins ou médecin coordonnateur, infirmière ou aide-soignante du résident, psychologue, responsable des animations...). Ce partage du remplissage me paraît, une nouvelle fois, essentiel afin de mobiliser l'ensemble du personnel au projet de vie personnalisé. Toute la maison est impliquée dans le bien-être du résident et si l'on ne doit pas s'éparpiller et même s'épuiser dans des rôles mal définis, l'on ne doit pas moins se sentir désengagé du suivi continu de tout résident. A partir de cette collecte, nous nous réunissons une fois par mois et par étage afin d'établir ensemble la proposition de « projet de vie personnalisé ». Chaque mois, nous voyons deux à trois dossiers impliquant soit de nouveaux venus, soit des résidents nécessitant une remise à plat de leur prise en charge. Le reste du temps est passé à discuter d'autres résidents posant un problème particulier de prise en charge ou dans quelques semaines à évaluer le suivi du Projet de Vie Personnalisé..

Celui-ci est ensuite validé ou modifié par le résident et sa famille lors d'une rencontre regroupant ceux-ci, la responsable des soins et le médecin coordonnateur. Ce document est enfin contresigné par le résident et le directeur et joint au dossier de soins pour application. Des réunions de suivi sont programmées pour évaluer les prises en charge et les modifier si besoin. Ce projet de vie personnalisé a été présenté au CVS ainsi que le tableau synthétique d'actions lors d'une réunion spécifiquement dédiée aux animations. Son accueil a été très intéressé.

Le suivi et la nécessité de motivation et de répétition

Pour le médecin libéral que je suis ou humanitaire que j'ai été, mon plus grand étonnement à ce poste est le besoin de reprendre continuellement les actions. La conception d'une action ou la rédaction d'un protocole ne sont rien par rapport à sa mise en œuvre dans le temps. Il est nécessaire de continuellement répéter les messages, surveiller leur application puis contrôler un possible abandon des tâches ou une baisse de motivation. Je ne sais si cela provient des multiples tâches à réaliser, du niveau de formation de la grande majorité du personnel, de la spécificité et de l'histoire de cet EHPAD ou de ma personnalité.

Habitué à m'auto-gérer ou à gérer des personnels bénévoles totalement motivés et pour ma part, peut-être davantage passionné par la conception d'action que par leur mise en œuvre, ce suivi régulier représente ma principale difficulté à ce poste. Ce suivi est complexifié par le fait que les équipes sont toujours doublées et le travail de transmission sur l'organisation oublié. La présentation ou l'explication doit ainsi toujours être renouvelée à la contre équipe.

Afin de contre carrer ce problème de base, il est essentiel de bien s'organiser, de se faire des fiches de synthèse, des tableaux récapitulatifs ou des calendriers répétitifs. La non-informatisation de cette maison, prévue pour 2013 ou 2014, n'aide certainement pas à ce suivi. Elle oblige à une multiplication des documents papier ou des réunions d'information.

Conclusion

Si l'on regarde l'année passée, il est possible de dire que j'ai trouvé ma place de médecin coordonnateur au sein de cet EHPAD. Je l'ai fait avec mes qualités propres et certainement quelques faiblesses mais ces dernières n'ont jamais été rédhibitoires. Je me suis bien intégré au duo de direction qui travaille ensemble depuis 20 ans et aurait pu de ce fait m'exclure de la remise en ordre de la maison. Ce challenge m'avait très clairement été présenté peu après l'arrivée du nouveau directeur. Je tiens à ce sujet à les remercier pour leur totale confiance dans mon action et leur dynamisme tout aussi important que le mien qui va permettre à cette maison de devenir ce que nous souhaitons tous les trois, un modèle. Je tiens à remercier encore davantage la directrice des soins qui, malgré un traitement lourd pour une grave maladie, ne se plaint jamais et participe totalement, en plus de ces nombreuses tâches quotidiennes, à la réalisation de tout ce que j'ai pu présenter dans ce mémoire comme des actions personnelles.

Pour ma part, j'ai tenté de tenir au mieux mon rôle de conseiller technique gériatrique du directeur, en trinôme avec la responsable des soins. Cette mission s'est faite dans le cadre d'une collaboration sincère où des désaccords ont été signifiés, sans qu'ils soient exposés devant le reste du personnel ou plus importants des résidents. Nous avons tenté d'établir une relation basée sur la compétence, la connaissance et la reconnaissance des missions respectives, une grande qualité d'écoute et de bienveillance, le partage de valeurs éthiques, l'autonomie de pensée, la confrontation d'idées et bien sûr le souci du résident. La communication est restée permanente dans un climat de parfaite confiance et avec une certaine humilité. Je ne suis pas directeur et ne souhaite pour rien au monde être à sa place. Il a un pouvoir décisionnaire, je l'accepte même si parfois je m'efforce de lui faire changer d'avis.

Ainsi, j'avertis le directeur par email de toutes mes actions, en prenant bien le soin de ne pas trahir des informations frappées du secret médical. Cette communication continue permet d'avoir un même discours face aux familles et de leur éviter toutes angoisses. A ce sujet, il est essentiel que chaque intervenant connaisse son domaine d'intervention face aux familles : le directeur pour ce qui est administratif et l'IDEC pour les soins quotidiens du résident. Le médecin coordonnateur peut alors intervenir en appui pour les informations essentielles ou les cas problématiques que son statut « médical » peut souvent résoudre.

Ne mettant pas d'orgueil dans un dessein de posture ou de rang, j'ai essayé à chaque fois de laisser la bonne personne résoudre à son niveau les problèmes, intervenant en appui si ce premier niveau ne suffisait pas. Etant à temps partiel (4

demi-journées par semaine pour ma part), les médecins coordonnateurs ont tout à perdre à batailler pour acquérir un rang alors que la prise en charge du quotidien par l'IDEC peut nous enlever un lourd fardeau. Ainsi, j'ai pu épargner du temps afin de concevoir de nombreux documents, procédures, protocoles et mettre en place quelques indicateurs me permettant de m'assurer de la bonne conduite médicale de l'EHPAD

Dans une ère basée sur la professionnalisation des métiers, toute affaire de personnes ou de bonnes intentions doivent être remplacées par un souci d'adéquation des compétences. Le travail dans un EHPAD est assez difficile et les missions suffisamment complexes pour que le médecin coordonnateur, l'infirmière coordonnatrice et le directeur d'EHPAD puissent travailler en parfaite synergie dans leurs domaines de compétences professionnelles. Les textes et décrets qui sortent régulièrement incitent dans leur ensemble à cette synergie entre ces trois professionnels. Nous avons toujours évité de nous retrancher sur nos prérogatives propres : l'autorité administrative pour le directeur, le secret médical absolu et une ignorance volontaire des soucis d'équilibre budgétaire pour le médecin coordonnateur, une plus grande connivence avec le personnel et les résidents pour la responsable des soins ou infirmière coordonnatrice.

Je suis de ce fait extrêmement satisfait de cette première année en tant que médecin coordonnateur de l'EHPAD FERRARI, et au-delà de cet espace de mon équilibre professionnelle. Pouvoir passer tour à tour, d'attaché en service de pédiatrie d'un CHU, de nutritionniste libérale à Paris, de médecin coordonnateur d'EHPAD, de formateur ou conférencier de confrères ou du grand public et avoir encore un peu de temps pour écrire des ouvrages ou des articles me va à ravir. Ainsi pensant que cette profession de médecin coordonnateur va se spécialiser chaque année davantage et tourner de plus en plus vers l'expertise en gériatrie pour palier au manque de médecins libéraux, je me suis inscrit à la capacité de gériatrie pour les deux années à venir...

A suivre...

Documents établis

Visite de pré-admission

Date : /2012

Nom :

Prénom :

Né(e) : à :

N° SS :

Accompagné(e) par :

MT :

Aide sociale :

Motif d'entrée

En provenance de :

-HISTOIRE DE VIE :

Profession :

Famille :

Loisirs :

Protection juridique (mandat de protection future):

-ATTENTES du résident et sa famille :

Résident :

Famille :

-PATHOLOGIE PRINCIPALE :

-EVOLUTION RECENTE :

-COHERENCE : Normale

-ORIENTATION : Normale

-CONSENTEMENT : OUI

- PERSONNE DE CONFIANCE :

IMPLICATION dans PVP :

-MARCHE (aides techniques):

Risque de chutes :

-CONTINENCE :

Protections :

-ALIMENTATION:

Appareil dentaire :

Besoins bucco-dentaires :

-HABILLAGE :

TOILETTE :

SOMMEIL :

Bilan douleur :

- SOINS :

Tests psy :

Examen clinique : Pds T IMC Alerte dénutrition potentielle

Allergies :

Vaccinations :

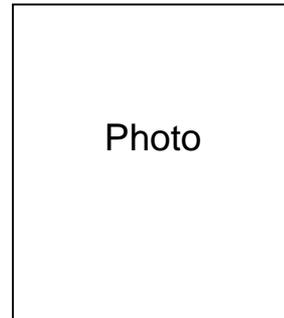
App auditif :

Traitement :

Kiné :

-CONCLUSION Admission Refus

Raisons :



COMMENTAIRES, PARTICULARITES :

Signature

Fiche personnelle du résident

<u>NOM :</u>	<u>Prénom :</u>	<u>Date de N :</u>
<u>Date d'entrée :</u>	<u>Poids d'entrée :</u>	<u>Chambre :</u>
<u>Coordonnées de la personne à prévenir :</u>		

<u>Alimentation* :</u> Normal <input type="checkbox"/>	Hyposodé <input type="checkbox"/>	Diabétique <input type="checkbox"/>	
Haché <input type="checkbox"/>	Sans fibre <input type="checkbox"/>	Mixé <input type="checkbox"/>	Compléments oraux :
Risques de fausse route : Oui Non	Régime particulier :		
Petit déjeuner :			
*Tout changement de régime doit être l'objet d'une prescription médicale			

Autonome : Oui Non

Risque de chute : Oui Non

Caractère : Coopérant Déprimé Confus Dément

Audition : Bonne Mauvaise

Vue : Bonne Mal voyant

Mobilité : Normale Avec aide Avec lève malade (2 soignants présents)

Sommeil : Bon Sieste Somnifères

Lit bas : Oui Non

Prescription de barrière : Oui Non Accord famille : Oui Non Gauche / Droite

Prescription de fauteuil roulant : Oui Non

<u>Continence :</u> Autonome <input type="checkbox"/> Aide pour aller aux toilettes <input type="checkbox"/> Heures : _____ <u>Elimination urinaire :</u> Incontinente <input type="checkbox"/> Sonde vésicale <input type="checkbox"/> _____ <u>Elimination fécale</u> Incontinente <input type="checkbox"/> Colostomie <input type="checkbox"/>	<u>Hygiène :</u> Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Aide Douche <input type="checkbox"/> Nbre/sem : _____ Toilette au lavabo <input type="checkbox"/> Toilette au lit <input type="checkbox"/> _____ <u>Changes</u> Protections jour <input type="checkbox"/> Type : _____ Protections nuit <input type="checkbox"/> Type : _____	<u>Soins de bouche :</u> Prothèse inf <input type="checkbox"/> Prothèse sup <input type="checkbox"/> _____ <u>Prothèses auditives</u> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Changement piles <input type="checkbox"/> _____ <u>Vision</u> Lunette <input type="checkbox"/> Soins yeux <input type="checkbox"/>	<u>Mobilité :</u> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Béquille <input type="checkbox"/> _____ <u>Entretien du linge</u> En totalité par la résidence <input type="checkbox"/> Linge de toilette par la résidence <input type="checkbox"/> En totalité par la famille <input type="checkbox"/>
--	---	--	---

A SURVEILLER :

Projet de vie personnalisé

Nom :

Date de naissance :

Entrée le :

Motif d'entrée :

Histoire de vie :

Prénoms :

Lieu de naissance :

En provenance de :

Acceptation entrée :

Contexte social/familial (Resp Soins et Med Co)

1. Contexte familial et personnel :

Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire

2. Nombre d'enfants :

3. Nombre de petits enfants :

4. Nombre d'arrières petits enfants :

5. Environnement familial /tissu relationnel

6. Mesures de protection juridique en cours (mandat de protection future proposée ?)

7. Parcours professionnel (études effectuées, métiers exercés, langues parlées)

8. Métier du conjoint

9. Evènements marquants de la vie de la personne (agréables / désagréables, sujets de conversation préférés / ceux qu'il faut éviter)

10. Résident(e)s connus dans la maison et demandes de rapprochement

11. Croyances et pratiques religieuses

12. Etat vaccinal et demande

13. Loisirs (activités culturelles, manuelles, sportive...) (Resp animations)

Photo

Activités	j'aime	Je n'aime pas
Pratiquer des activités seul		
Pratiquer des activités de groupe		
Regarder la TV		
Faire des jeux de stimulation de la mémoire		
Faire jeux stimulant la logique		
... 43 items au total		

14. Habitudes alimentaires (gouvernantes)

Goûts et non goûts :

Aides, soutiens...

MNA

15. Sommeil (équipe de soins)
Dort le jour, la nuit, par alternance :
Sieste
Déambulation :
Support médicamenteux (type, durée...) :
16. Compléments d'information :

Fiche d'évaluation de l'état psychique, cognitif (psychologues)

17. Passion, rêves
18. Difficultés, répulsions, phobies
19. Attitude et comportement (nervosité, irritabilité, anxiété, angoisse...)
20. Troubles de l'humeur (dépression, euphorie, apathie, agressivité)
Liens avec antécédents et environnement familial/social
Part de l'entourage dans le maintien de ses troubles et besoin de soutien des aidants
21. Désorientation temporo-spatiale
22. Risque de fugue
23. Troubles mnésiques
24. Troubles cognitifs :
Agnosie (impossibilité de reconnaître les objets d'après leurs qualités, forme, couleur, poids)
Apraxie (incapacité d'exécuter des mouvements volontaires coordonnés)
Reconnaissance ou méconnaissance de l'entourage proche et lointain
Altération de la capacité d'apprentissage (jugement, attention, concentration)
25. Tests
MMS, Dubois, Horloge, 5 mots, GDS, NPI, ADL, IADL, ...
26. Déficits physiques ou sensoriels/incapacités/freins (équipe de soins)
Capacité auditive/visuelle
Autonomie de déplacement, chutes fréquentes (rythme, circonstances), Test de Tinetti...
Mesures d'accompagnement nécessaires
Etat douloureux
Etat et besoins bucco-dentaires
27. Participation des aidants (famille) au PVP
28. Demande d'information sur la maladie, les comportements adaptés, les mesures de protection juridique... des aidants

29. Compléments d'information :

Fiche d'évaluation de la communication (équipe de soins)

1. Troubles du langage

2. Mode d'expression

La parole

Messages écrits

Autres

Si oui...

3. Se faire comprendre

Compris(e)

Généralement compris(e), difficultés pour trouver ses mots et aller au bout de sa pensée

Parfois compris(e), capacité limitée à l'expression

Rarement ou jamais compris(e)

4. Capacité à comprendre les autres

Comprend

Comprend parfois, répond adéquatement à un message simple et direct

Comprend difficilement, risque de manquer une partie du message

Comprend rarement ou jamais

Choix des compagnons de table

Complément d'information :

Commentaires des personnels après le recueil d'information

Personnel ciblé : Responsable des soins, Responsable de la vie sociale, Animatrice, Relaxologue, Psychologue, IDE, Aide soignante, Médecin Coordonnateur

Données recueillies par :

Le / /

Commentaires particuliers et priorités

Données recueillies par :

Le / /

Proposition de projet de vie personnalisée au :

Nom : Prénom

1. Symptômes principaux
2. Objectifs principal PVP
3. Médical/rééducation...
4. Psychologique
5. Alimentation
6. Dépendance : maintien continence, déplacements (si Espace protégé, procédures d'entrée et de sortie à expliquer)
7. Coucher/sommeil/sieste
8. Aménagement du cadre de vie
9. Mesures d'accompagnement spécifiques, parrain ou marraine choisi(e) ?
10. Ateliers/activités
Cognitif
Bien-être et physique
Culturel
Ludique et créatif
Vie sociale
Evènement
11. Médical/Prévention
Vaccins à réaliser, RDV à prendre, appareillage à prévoir...
12. Autres

Fait à Le

Modification et Validation par la résidente et ses proches

13. Remarques et souhaits du résident et degré de participation du résident dans le PVP
14. Modifications apportées ou points à renforcer
15. Accord global des parties

Validé à Le

Le Résidant ou son Représentant légal

Le Directeur de l'Etablissement

+ Cachet de l'Etablissement + Mention « Lu et Approuvé »

Fiche de suivi de projet

Nom :

Prénom

Nom du coordonnateur de projet:

Date évaluation :

Désirs et attentes du résident	
Symptômes principaux	
Objectif principal PVP	
Objectifs secondaires PVP	
Type d'activité	Intitulé de l'activité
Bien-être	
Culturel	
Ludique et créative	
Vie sociale	
Evènement	
Présence	6 items
Participation du résident à son projet	20 items
Moyens utilisés	
Adhésion de l'équipe au projet	
Implication de la famille au projet	
Respect des échéances fixées	
Bénéfices du projet pour le résidant (évaluation pouvant comprendre MMS et autres tests)	
Vaccins réalisés	
Autres observations	

Synthèse

Amélioration depuis dernière évaluation

Baisse depuis dernière évaluation :

Démarche proposée par groupe de pilotage

Intervention psychologue, psychiatre, orthophoniste, kinésithérapeute

Changement d'ateliers/animations

Protocole de lutte contre la dénutrition

N° 3 Version du 30/03/2012

Rédacteur : Xavier de La Cochetière MédCo

Vérificateur : Groupe APM, mis en place pour test

Approbateur : Mr M.

Objet : lutter contre la malnutrition et la dénutrition des résidents

En référence aux priorités nationales et au projet de soins

Références de bases

L'apport nutritionnel doit être supérieur à 1800 cal / jour

Les besoins en protéines sont de 1 g à 1,5 g par jour par Kg de poids, sous forme principalement de : VIANDE, ŒUFS et POISSON

Les produits laitiers assurent une source complémentaire

Dépistage d'un Risque de dénutrition

Diagnostic de dénutrition si un au moins des critères suivants

- Perte de poids > ou = 5% du poids du corps dans le dernier mois
- Perte de poids > ou = 10% du poids du corps dans les 6 derniers mois
- IMC inférieur à 21 (avec taille CI)
- MNA
 - MNA rapide = 6 QUESTIONS
 - SUP OU EGAL A 12 :état nutritionnel satisfaisant
 - INF OU EGAL A 11 :faire MNA complet
 - MNA COMPLET sur 30
 - SUP A 23.5 :pas de risque nutritionnel
 - DE 17 A 23.5 : risque nutritionnel
 - INF A 17 :**DENUTRITION**
- Albuminémie (interprétable si CRP normale) :
 - sup à 35g/l : pas de risque
 - compris entre 35 et 30 g/l : dénutrition modérée

Diagnostic de dénutrition sévère si un au moins des critères suivants

- Perte de poids > ou = 10% du poids du corps dans le dernier mois
- Perte de poids > ou = 15% du poids du corps dans les 6 derniers mois
- IMC inférieur à 18
- Albuminémie inf à 30g/l

MESURES DE PREVENTION DE LA DENUTRITION

1/SURVEILLER L'APPORT ALIMENTAIRE

Tout repas incomplètement consommé ou si refus alimentaire doit être signalé à l'IDE

Dans le cas d'un doute, faire une grille alimentaire et la présenter au médecin coordonnateur

Idem en cas d'épisode aigu de santé

2/TENIR COMPTE DES GOUTS DU RESIDENT

Réaliser une fiche individuelle de goût

En présence d'un manque d'appétit, si le menu du jour ne convient pas, proposer des aliments appréciés qu'on aura repérés sur la fiche de goût

3/RESPECTER LES PRATIQUES RELIGIEUSES

4/REGROUPER LES RESIDENTS PAR AFFINITES AU RESTAURANT

5/RESPECTER LE TEMPS DE PRISE ALIMENTAIRE POUR PASSER AU PLAT SUIVANT

6/REGIMES PARTICULIERS

Ils doivent faire l'objet d'une prescription médicale du médecin traitant intégrée dans le dossier du résident

7/ S'ASSURER D'UNE BONNE HYGIENE BUCCO DENTAIRE DU RESIDENT

Prévenir l'IDE si prothèse mal adaptée

Assurer l'hygiène de la prothèse (voir AggriDent Pro)

Prévoir un suivi par le dentiste

8/ ADAPTER LA TEXTURE DU REPAS A LA DENTITION DU RESIDENT

Toute texture spécifique doit faire l'objet d'une prescription médicale intégrée dans le dossier du résident

9/TENIR COMPTE DE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

10/REPERER LES TROUBLES DE LA DEGLUTITION DU RESIDENT ET PREVENIR LE MEDECIN

11/ATTENTION AUX RISQUES ALIMENTAIRES CHEZ LES DEMENTS

Noyaux de cerise, pruneaux, peau de raisin

PROTOCOLE DE PESEE

Ce protocole entre dans le cadre du projet de soins.

1/ VISITE DE PRE-ADMISSION

- PRISE : POIDS, TAILLE, IMC (P/T²) sur taille carte d'identité
- Alerte dénutrition éventuelle sur fiche de préadmission

2/ A L'ENTREE

Chaque nouveau résident dans la semaine qui suit son entrée

- PRISE : POIDS (balance différente de la visite de préadmission donc différence non significative)
- Si alerte sur fiche de préadmission :
 - Appel MT pour Albuminémie, CRP
 - AppelMedCo pour MNA

3/ MENSUELLEMENT

- Pesée mensuelle OBLIGATOIRE (légale)
 - Toujours sur la même balance : **nom ou numéro de balance à signaler sur la fiche**
 - Après étalonnage
 - Après formation à faire par IDE sur étalonnage et pesée
 - A une date mensuelle identique
 - Notification sur fiches de poids (classeur bleu)
 - Avertissement si perte de poids > 5% (cf CAT)

CONDUITE A TENIR

PERTE > 5% : avertissement infirmière

- Remplissage Fiche Alerte Dénutrition par infirmière
- Evaluation alimentaire : « Fiche de suivi de la prise des repas » réalisée par aide soignante (avec agent hôtelier)
- Lancement « Protocole de prévention de la dénutrition » avec remplissage Fiche suivi prise alimentaire
 - Niveau 1 : Coaching nutritionnel appuyé et hydratation
 - Niveau 2 : Alimentation enrichie si niveau 1 insuffisant avec œuf, fromage, crème... toujours si mixée, pb si aliments entiers ou hachés (A PREVOIR)
 - Niveau 3 : Complémentation via suppléments protéinés (crème 12g, liquide 8 g) si échec coaching et alimentation enrichie
- Pesées hebdomadaires et évaluation par infirmière

PERTE > 10% : avertissement infirmière et Méd Co

- Remplissage Fiche Alerte Dénutrition par infirmière
- Examen du résident par le Méd Co
- Réunion IDE/MédCo/IDEC/PSY
- Appel et intervention du MT
 - Demande de bilan : CRP, albuminémie...
 - Recherche des étiologies
 - Hospitalisation éventuelle
- Lancement « Protocole de prévention de la dénutrition » avec remplissage Fiche suivi prise alimentaire
 - Niveau 1 : Coaching nutritionnel appuyé et hydratation
 - Niveau 2 : Alimentation enrichie si niveau 1 insuffisant
 - Niveau 3 : Complémentation via suppléments protéinés (crème 12g, liquide 8 g) si échec coaching et alimentation enrichie

- Demande de prescription d'alpha-cetoglutarate d'ornithine (médicament hospitalier 2 sachets/j) avec suppléments protéinés (< 6 semaines)
- Pesées hebdomadaires et évaluation avec Méd Co

FICHE ALERTE DENUTRITION

NOM :

PRENOM :

DATE :

CHAMBRE :

Poids actuel :

Perte sur 1 mois :

**Perte sur mois :
10%**

Dénut 5%

Dénut

ANAMNESE :

Causes alimentaires :

Causes médicales :

Causes psychologique :

CONDUITE A TENIR

Semaine 1 : du

au

Pds

- Niveau : 1(coaching) 2 (enrichissement) 3
 (suppléments)
- Commentaires :

Semaine 2 : du

au

Pds

- Niveau : 1(coaching) 2 (enrichissement) 3
 (suppléments)
- Commentaires :

...

FICHE SUIVI PRISE ALIMENTAIRE

La grille alimentaire est le suivi de la prise alimentaire quotidienne à effectuer sur 5 jours.

Elle est représentée par des camemberts à raison de trois camemberts par jour. Chaque camembert (divisé en quatre) représente un repas complet (entrée+plat de résistance+ fromage +dessert), deux demi-camemberts représentent le petit-déjeuner et le goûter.

On grise les quarts en fonction de la quantité d'aliments estimée mangée par le résident au cours du repas. La part de protéines (viande, poisson, œufs) représente la moitié du repas. Si le résident a mangé la moitié de sa viande, vous pouvez déjà griser $\frac{1}{4}$ de camembert.

Le score obtenu en douzième (3 X 4), donne un reflet de la prise alimentaire quotidienne

Un score inférieur à 6/12ème sur plus de deux jours de suite, signifie une prise alimentaire insuffisante nécessitant l'apport de compléments nutritionnels.

AVERTISSEMENT HYDRATATION

Une bonne alimentation ne peut se faire sans une bonne hydratation.

Rappelez-vous que la soif n'intervient que trop tardivement après une déshydratation de 1%.

Pensez à calculer aussi la quantité de liquide absorbée par jour et cibler un minimum de 1,5l par jour soit 10 verres de 15 cl ou 6 verres de 25 cl ou $\frac{1}{2}$ bouteille d'eau par repas (cf. fiche de suivi de repas).

Cette quantité est à augmenter en cas de :

- Fièvre : +500 ml/degé de T° à partir de 38°C
- Température ambiante : + 500 ml en été et plus si fortes chaleurs
- Pertes hydriques : diarrhées, diurétiques, diabète non équilibré...

SUPPLEMENTS PROTEINES

Les suppléments protéinés sont identifiés sur la fiche de suivi de repas par un gobelet grisé avec un « P ». Le nombre de 2 à 3 par jour semble satisfaisant en cas

de

dénutrition

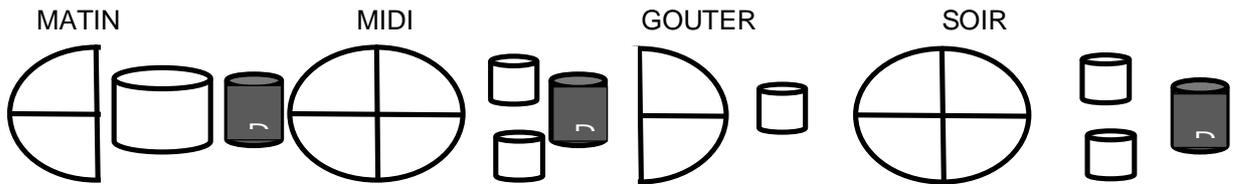
protéique.

FICHE SUIVI PRISE ALIMENTAIRE (SUR 5 JOURS)

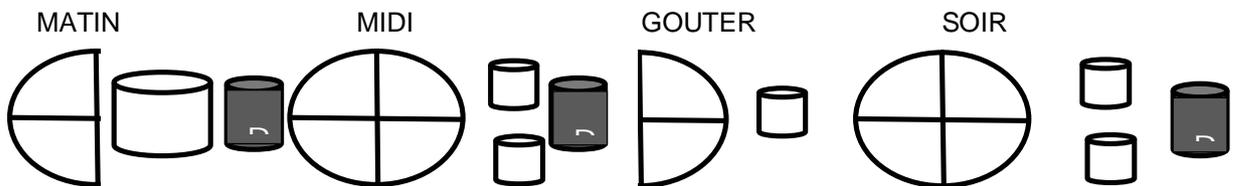
Madame/ Monsieur

Semaine duau

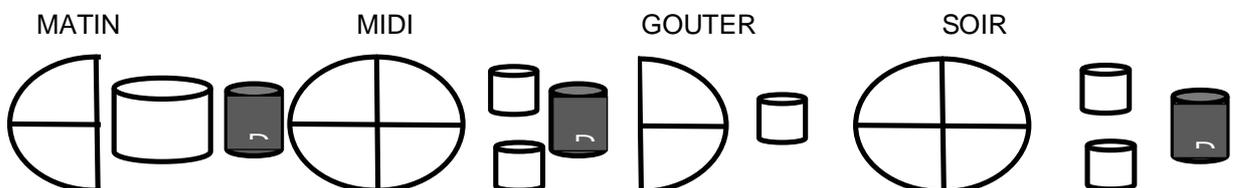
LUNDI = / 12



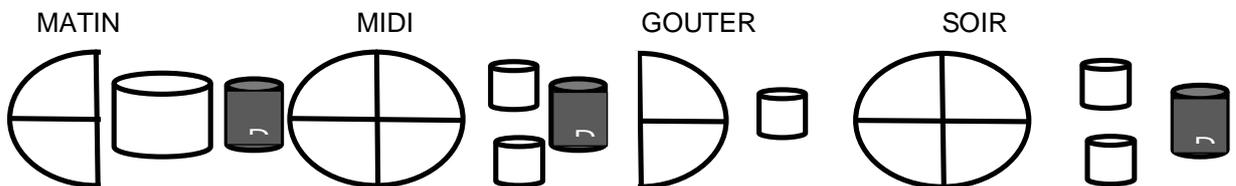
MARDI = / 12



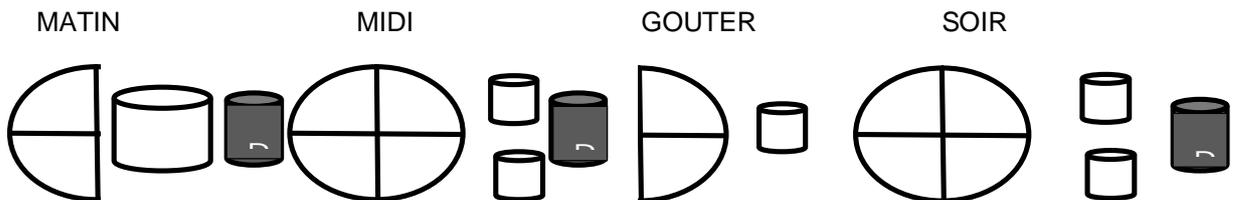
MERCREDI = / 12



JEUDI = / 12



VENDREDI = / 12



TOTAL **SUR** **LA** **SEMAINE** **=**

Compte rendu réunion : Protocole de nutrition

Réunion Régime : Denise, Laurent, Paula, Colette, MedCo 12/10/2012

Objet

Passage en revue et modification des régimes proposés

Mise en œuvre

Ce document est remis à la cuisine, aux gouvernantes et aux infirmières.

A travers l'intégration de nouveaux régimes hyper-caloriques, il est demandé un effort nouveau à la cuisine. Faites bien attention de ne pas les charger davantage en vérifiant précisément les demandes de modification de menus ou les régimes particuliers. Voyez avec la cuisine les investissements si nécessaire. Ces investissements modérés couteront moins chers que l'usage excessif de crèmes protéinées ou les effets secondaires de dénutritions sévères.

En cas de problème avec un résident :

Se retrancher derrière le souci uniquement médical de ces régimes

Prévenir le médecin coordonnateur pour qu'il explique le changement au résident ou à la table en cas de jalousie ou d'inégalité perçue de traitement

Copies remises à Denise, Anne-Marie, Colette, Martine, Paula (via Denise), Régine et à l'infirmerie de chaque étage

Diabétique

Petit déjeuner :

Proscription sucre, modération confiture ou miel à remplacer éventuellement par fromage à tartiner

Repas :

Acceptation de desserts sucrés, féculents et fruit

Intégration permanente de légumes

Collation

Gâteaux sans sucre ou laitage

Proscription fruit, compote, gâteaux sucrés

Des repas moins restrictifs sont toujours préférables à des grignotages sucrés entre les repas.

Hyposodé

Intégrer des régimes hyposodés et non sans sel qui risquent d'amener à des cas de dénutrition

Garder les plats sans sel permettant de mieux tracer les résidents ayant ce type de régime

Remplacer charcuterie et fromage et donner pain ou biscottes sans sel

Attention aux plats et produits industriels

Anti vitamine K

Aucune raison de se soucier d'aliments riches en vitamine K

Hypocalorique

Suivi au cas par cas à mettre en place

Diarrhée ou constipation

Régime approprié avec légumes, hydratation, pruneaux ou riz, bananes

Hypercalorique et hyperprotidique

L'essentiel est l'absorption maximale de protéines par le résident

- Privilégiez donc le plat et surtout les protéines au détriment des autres aliments du repas en cas de faible appétit
- Soyez particulièrement attentives au déjeuner, repas de la journée où l'utilisation des protéines est maximale (80% des protéines de la journée serait à prendre au déjeuner)
- Soyez attentives au coaching à table, particulièrement au déjeuner. Ainsi, retirer une assiette pleine à une résidente à qui, il reste un potentiel d'absorption est un cas de mal-traitance, ayant une incidence très importante sur l'état du résident.

Cette phase de coaching est primordiale en cas de perte de poids importante. L'intégration de régimes hyper-protidiques ou de crèmes hyper-protéinées ne doit venir qu'en seconde intention.

Mixé pour troubles de la déglutition : idem

- Entrée normale ou modifiée si texture dure, avec rajout de fromage blanc ou de crème fraîche
- Plat mixé enrichi avec œuf, fromage, crème (attention au choix des aliments de base (pas de reste), à la présentation (contenant (verrine) et contenu) et à la décoration des plats. **Ce plat s'adresse à une personne qui a peu d'appétit. Il doit tout faire pour attiser ce maigre appétit.**

Haché (troubles de la dentition) ou texture normale

- Intégration fréquente en entrée d'œufs ou riches en protéines (charcuterie, terrines de poisson...)
- Doublement de la ration de fromage avec l'ajout d'un fromage à tartiner
- Intégration d'œufs, de fromage et éventuellement de crème et de beurre aux différents plats
- Augmentation de la part de protéines si bon appétit du résident
- Proposition de desserts riches et/ou aux œufs : crème aux œufs, riz au lait...

Ces modifications doivent être évaluées et rediscutées régulièrement.

Dr Xavier de La Cochetière

Médecin Coordonnateur

Récapitulatif

Actions

CV du Dr Xavier Le Noir de La Cochetière

Nutrition Clinique et Comportementale

Attaché des Hôpitaux de Paris

Cabinet

56 avenue Mozart 75116 Paris

Tél. : 01 44 96 78 42

Email : dr.delacochetiere@orange.fr

Domicile

155, ave Marguerite Renaudin 92140 Clamart

Tél. : 01 41 08 74 94 - Port. : 06 64 36 08 57

55 ans - Marié - 4 enfants

Depuis 2002

- Médecin coordonnateur d'EHPAD (Maison Ferrari à Clamart)
- Attaché à l'hôpital Ambroise Paré (service de pédiatrie)
- Attaché au CMS de Fontenay aux Roses (nutritionniste)
- Formateur à l'AFML (Association de Formation des Médecins Libéraux)
- Formateur à l'IEDM (Institut Européen de Micronutrition)
- Chargé d'enseignement au CNAM-ISTNA (Conservatoire National des Arts et Métiers)
- Intervenant en entreprise dans le cadre du DIF (Droit Individuel de Formation)
- Intervenant en nutrition comportementale, pathologies du stress, micronutrition et obésité (enfant ou adulte) à destination du grand public ou de médecins généralistes et spécialistes (France et Etranger)
- Membre expert à l'IEDM et membre actif du REPOP

1989 – 2001 : CHEF D'ENTREPRISE

Directeur Gérant d'une Agence de Communication Professionnelle (Sanson Communication)

Directeur du développement d'une Agence de Communication Internet (iSTUDIO)

1986 – 1989 : MEDECINS DU MONDE

1986 - 1988 **Afghanistan - Pakistan** : Médecin de terrain puis responsable de la Zone

1988 - 1889 **Mer de Chine – Arménie – Roumanie** : Responsable missions

1985 – 1986 : Service militaire - Médecin aspirant au 2^{ème} REP (légion parachutiste à Calvi)

1984 – 1985 : Guyane - Amérique du Sud

Médecin à l'hôpital de Cayenne et encadrement médical de missions en forêt amazonienne

Médecin humanitaire en Équateur et au Pérou

MISSIONS PONCTUELLES humanitaires : MEDECINS DU MONDE et ANDES

1989 - 1995 **France** : Médecin de dispensaire quart monde

2004 - 2005 **France** : Missions de réflexion sur l'obésité et l'alimentation dans le tiers monde

2005 **Tsunami Asie du Sud-Est** : Mission d'assistance d'urgence

2010 - 2011 **Formation Alimentation-Santé** des animateurs des épiceries solidaires (ANDES)

Ouvrages - Médias - Autres

- **Auteur des livres** : « Jetez votre balance ; vous êtes guéri(e) » Editions Robert Laffont, « Traitez votre cholestérol par la gastronomie » Editions Gastronomie et Santé, « Nutrition des personnes âgées », Saveurs et santé, Editions Weka, « Pourquoi faites-vous TOUT pour devenir malades et gros », « Les 50 clés pour oublier votre balance », « Le surpoids expliqué à nos filles », « Le Médicastre », en cours d'écriture
- **Interventions régulières dans les médias** : presse, Europe 1, RFI, France 5, Vivolta...
- **Président de l'ABS** (Association d'échanges de services de proximité)

- Secrétaire général du REPOP IdF (Réseau de Prévention de l'Obésité en Pédiatrie)
- Auditeur de l'IHEDN (62^{ème} promotion 2009-2010)

DIPLÔMES et FORMATIONS

Docteur en médecine (Lauréat de la faculté de médecine de Paris) 1985

Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Parasitologie et Médecine tropicale (1982)

Nutrition clinique et Diététique (2002)

Micronutrition : IEDM et IFREMAS (2003 et 2004)

Thérapies Comportementales et Cognitives (2003-2004)

Programmation Neuro-Linguistique (PNL) et Entretiens motivationnels

IAE Paris (1996-1997)