

Vitamine

Journal d'information du CH de Dax-Côte d'Argent

Janvier - Février - Mars 2015
N° 80

LE DOSSIER

80 ans du Lanot : des temps anciens
à l'ère de la modernité

UNE ACTIVITÉ MÉDICALE

Premiers prélèvements d'organes
au CH de Dax

UN SERVICE, UN MÉTIER

Aumônier, une mission
d'accompagnement spirituel

CÔTÉ RH

Témoignage de Gilles Vignes,
reconnu travailleur handicapé

UN PROJET

Un nouveau secteur Alzheimer et PASA
au Hameau de Saubagnacq

QUALITÉ & GESTION DES RISQUES

L'évaluation externe dans
les établissements médico-sociaux

LES ÉCHOS DE L'IFPS

La rentrée 2014 vue par les étudiants

À LA UNE

Les consultations avancées
à Mimizan

ZOOM SUR

Démarche palliative en EHPAD

Et vos rubriques :

Santé au travail

Comité d'Éthique

Mouvements du personnel

Retour en images

À LA UNE

LES CONSULTATIONS AVANCÉES

À MIMIZAN

*par Simon Beaudrap,
Directeur adjoint chargé
des Affaires Médicales*

Depuis plusieurs années, les élus mimizanais avaient pris conscience de l'enclavement sanitaire de leur zone, qui demeure l'une des plus éloignées de France d'un établissement de santé.

Plus récemment, les médecins généralistes qui y exercent ont de leur côté admis la nécessité de structurer l'offre locale de soins afin d'organiser la pérennité en offrant des conditions d'exercice attractives pour les futurs professionnels de santé.

Il en résulte de la convergence de ces approches, un projet de création d'un pôle de santé associant les partenaires médicaux et paramédicaux, pour favoriser des prises en charge coordonnées.

Ce projet se traduira prochainement par la construction d'une maison de santé regroupant sur un même lieu l'exercice de bon nombre de ces partenaires.

Depuis le départ, le Centre hospitalier de Dax est partie prenante de ce projet, dont il a contribué à l'émergence.

Dans ce contexte se développe progressivement une activité de consultations avancées assurées par des spécialistes de notre établissement.

Dans l'attente de la maison de santé, l'EHPAD Le Chant des Pins met à disposition des locaux pour permettre leur réalisation.

Ainsi en 2014, la chirurgie orthopédique, la chirurgie viscérale et vasculaire, la gériatrie par les consultations mémoire, et l'anesthésie ont proposé des interventions régulières à Mimizan, dans des proportions bien sûr compatibles avec les contraintes de service.

En 2015, s'y rajouteront la médecine interne immuno-hématologie et la rhumatologie, la gastro-entérologie et la diabétologie.

Au total, ce sont 8 à 10 plages de consultations qui seront proposées chaque mois, toutes spécialités confondues

En intervenant de la sorte, nous contribuons à la résorption des inégalités d'accès à la santé en facilitant le recours de cette population aux spécialistes, tout en confortant le bassin d'attraction du Centre hospitalier, dans un contexte de concurrence accrue entre les établissements de santé du territoire.

Tout le monde a donc à y gagner ...

UNE ACTIVITÉ MÉDICALE

PREMIERS PRÉLÈVEMENTS D'ORGANES AU CH DE DAX

par Simon Beaudrap,
Directeur adjoint chargé
des Affaires Médicales

En 2013, 18 976 patients étaient en attente de greffe. 5 123 ont été greffés.

L'activité de prélèvement en vue de greffe est une priorité nationale de santé publique. Tous les établissements de santé ont l'obligation de participer à l'activité de prélèvement d'organes et de tissus en s'intégrant dans un réseau et en recensant les donneurs potentiels, en vue d'un éventuel transfert pour prélèvement dans un établissement autorisé.

Le CH de Dax, investi dans cette mission depuis plusieurs années, a franchi un nouveau cap en s'organisant pour être en mesure de réaliser sur place les prélèvements, s'inscrivant plus que jamais dans une démarche de santé publique.



L'équipe de la Coordination Hospitalière pour les Prélèvements d'Organes et de Tissus (CHPOT), de gauche à droite et de haut en bas : Sylvie Darrieu, Dr Caroline Peyrot, Marielle Tournier, Martine Sautiran, Céline Picot, Jennifer Napias et Anne-Lise Faure.

Depuis peu, l'activité de prélèvement réalisée au CH de Dax a pris une nouvelle dimension.

L'établissement pratiquait depuis 2006 des prélèvements de cornées sur donneurs décédés. En 2013, près de 100 cornées ont ainsi pu être prélevées. Par ailleurs, il participait depuis plusieurs années au recensement des patients en état de mort encéphalique, et en organisait le transfert vers des établissements autorisés, lorsque un prélèvement s'avérait possible.

S'appuyant sur cette expérience, et avec l'incitation et le soutien de l'agence de biomédecine, l'hôpital avait inscrit dans son projet d'établissement la perspective de pratiquer sur place ces prélèvements. L'autorisation administrative de prélèvement multi organes (PMO) a été délivrée par l'Agence Régionale de Santé en 2013. Elle a ouvert la voie à un long travail de préparation, conduit par la Coordination Hospitalière des prélèvements, sous la responsabilité du Dr Caroline Peyrot pour la rendre effective, appuyée par ses cadres Marie-Christine Bercuingt et Christine Dehez.

L'établissement s'était fixé l'objectif de réaliser le premier prélèvement sur place en 2014 ; il a été atteint en septembre : le chirurgien urologue Vincent Bourgade et le chirurgien viscéral Benjamin Blanc ont pu réaliser un prélèvement multi-organes grâce à l'implication des équipes du bloc opératoire et d'anesthésie.

Grâce à ces dons, plusieurs personnes ont pu être greffées et, à ce jour, se portent bien.

Il s'agit du 1^{er} prélèvement réalisé en autonomie par l'équipe du CH de Dax.

Le succès de la démarche tient à plusieurs facteurs

En premier lieu, un important travail de communication a été accompli en interne, la démarche de prélèvement reposant sur la synergie de nombreux acteurs, du service où les donneurs potentiels sont recensés (réanimation, neurologie et urgences) jusqu'au bloc opératoire, en passant par la radiologie, le laboratoire.

Cette communication s'est doublée ensuite d'un travail de protocolisation de chaque étape conduisant au prélèvement, qui résulte d'un processus normé reposant sur des critères d'ordre médical et administratif (vérification d'absence de refus exprimé de son vivant par la personne susceptible d'être prélevée), et au cours duquel un important travail relationnel doit être effectué avec les proches du donneur potentiel.

Les organisations, notamment du personnel, ont dû également être adaptées, de sorte à pouvoir réaliser les PMO avec l'impact le plus limité possible sur les activités courantes (notamment chirurgicales).

Du matériel spécifique, en particulier pour garantir la qualité des greffons et la sécurité du greffé a été acquis par l'établissement.

Des liens nombreux ont par ailleurs été tissés avec des organismes extérieurs, dont la contribution logistique est essentielle pour la réussite du processus, du don à la greffe : agence de biomédecine, CHU de Bordeaux, aéroports, sociétés de taxi, gendarmerie, ...

Enfin, le volontarisme de l'équipe de la coordination hospitalière des prélèvements a contribué de façon essentielle au franchissement de chacune des étapes nécessaires à la réalisation de ce projet.

LE DOSSIER

Emmanuelle Dumas,
attachée d'administration hospitalière

80

Les 80 ans du Lanot

Le 15 octobre dernier, le Lanot fêtait ses 80 ans. Au programme de cette journée, tables rondes, exposition et visites guidées pour évoquer l'Histoire du site " des temps anciens à l'heure de la modernité ".

Le centre de gériatrie du Lanot est situé au sud ouest de la ville, à cinq kilomètres du centre-ville. Ce domaine de plus de treize hectares, rattaché au Centre Hospitalier de Dax doit son existence à une délibération du conseil d'administration de l'Hôpital, datant du 6 mai 1930, prévoyant d'acheter la ferme du Lanot et d'y implanter deux pavillons, destinés à héberger les indigents jusqu'alors accueillis à l'hôpital-hospice de la rue Labadie.

L'inauguration a lieu le 26 août 1934, sous la présidence du Ministre de l'Air, le Général Denain et de Léon Bérard de l'Académie Française.

Conçu par l'architecte Albert Pomade, les pavillons devaient permettre d'héberger 150 personnes.

Pendant longtemps, l'image que l'on en a à Dax est celle d'un endroit où sont enfermés les mendiants, les " gâteux ", les pauvres et les fous, sans que cela soit très encadré.

En 50 ans, la capacité d'accueil de l'établissement passe progressivement de 150 à 430 lits, toutes catégories d'hébergement et d'hospitalisation confondues, agrandissement qui correspond bien à l'évolution des besoins de la population dacquoise.

La fin des années 80 marque le début d'une période de rénovation complète de l'établissement pour l'adapter aux normes actuelles d'habitation et de confort, et répondre aux besoins des personnes hébergées et de leurs familles.

À l'automne 2000 se met en place une activité d'expertise dans le cadre de l'hôpital de jour gériatrique pour réaliser des évaluations gérontologiques standardisées et des bilans posturaux (notamment dans le cadre de la prévention des chutes des sujets âgés).

L'image du site s'est donc considérablement modifiée en 30 ans, comme l'a souhaité le conseil d'administration dans les années 90.

Deux bâtiments neufs sont mis en service entre 2005 et 2010 offrant 200 lits d'hébergement ou d'hospitalisation en soins de suite et réadaptation (SSR).

Le Lanot véhicule aujourd'hui une image positive, celle d'une structure pensée pour accueillir les plus âgés, réalisant un véritable parcours cohérent.

De l'évaluation des troubles éventuels, en passant par une prise en charge en hôpital de jour, puis éventuellement en maison de retraite ou en secteur SSR.

Les plus âgés sont accueillis dans des services adaptés à leur autonomie et à leurs pathologies, disposant de la compétence et de l'expertise de médecins gériatres réputés et d'équipes soignantes dévouées.

Pour conclure, à travers ces différentes restructurations, le CH de Dax a souhaité offrir aux personnes âgées, ainsi qu'à leurs familles une qualité de service correspondant le plus possible à leurs attentes et à leurs besoins. Nos établissements sont encore parfois victimes de leur passé hospical, et le Lanot démontre que ce n'est plus le cas aujourd'hui ; il donne la preuve que, même s'il est vrai que l'on y meurt, il est possible d'y vivre pleinement et dignement jusqu'au bout, et que, institution hospitalière, grand âge, collectivité, dépendance et plaisir de vivre sont tout à fait compatibles.



Vue aérienne
1964



Entrée principale
les Platanes - les Pins
1964



Cour d'Honneur
Statue Saint Vincent de Paul



Potager de la ferme
des résidents du Lanot

UN SERVICE, UN MÉTIER

AUMÔNIER, UNE MISSION D'ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL

par Catherine Détérez, cadre de santé, service formation

Actuellement, Hélène Petit et Sœur Valérie Thurwaechter, Fille de la Charité de Saint Vincent de Paul sont les deux aumôniers de l'hôpital de Dax. Chacune à mi-temps, l'une sur le Centre de gériatrie, l'Hôpital Thermal et l'EHPAD *Les Albizzias*, l'autre, sur le site Vincent de Paul et le service de psycho gériatrie *Junod*. Elles font partie intégrante du Centre Hospitalier.

Dans les hôpitaux, la plupart des aumôniers sont des femmes non religieuses. Pour autant, on remarquera qu'il n'existe pas de féminin pour le mot " aumônier " ...

Nos deux aumôniers sont rattachées à la fonction publique hospitalière, et missionnées par l'Église Catholique. Elles n'ont aucune relation hiérarchique, ce qui leur assure une liberté dans leur pratique très transversale.



Hélène Petit et Sœur Valérie Thurwaechter

Elles travaillent en équipe avec des membres associés bénévoles, au nombre de 25. Tous ont un badge d'identification. Deux fois par mois, elles animent une rencontre avec les membres associés, pour une supervision des pratiques et un temps de lecture de textes. Une fois par trimestre, elles assurent pour eux une formation sur des thématiques variées, comme par exemple la laïcité, l'hygiène, l'écoute, la fraternité, la confiance ...

■ ■ ■ La définition du métier d'aumônier selon le répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière :

“ Répondre aux besoins spirituels des personnes, et en particulier des résidents et patients accueillis au sein de l'établissement.

Définir, organiser et animer des événements religieux.

Accompagner individuellement les personnes, à partir de leur demande, dans le cadre de son domaine de compétence.

Ce métier peut être pratiqué par un clerc ou laïc de n'importe quelle religion mandatée”.

Elles offrent une écoute aux personnes hospitalisées ou résidentes qui vivent des situations éprouvantes : maladie, intervention chirurgicale, accident, traitement, entrée en long séjour, deuil ... , et à leurs proches.

Le service d'aumônerie accompagne la personne qui le désire, dans son cheminement personnel :

- Il propose à qui le désire un accompagnement humain et spirituel
- Il répond aux demandes de sacrements en lien avec la paroisse Saint Paul-Saint Vincent de Dax
- Il organise diverses célébrations (messes, temps de prière)
- Il répond aux demandes de prières et de communion
- Il accompagne le deuil.

L'activité du service d'aumônerie se vit en partenariat avec le personnel hospitalier dans une démarche humaniste et respectueuse de chacun. Il répond aux demandes exprimées soit directement par le malade, soit par la famille, soit par l'intermédiaire de l'équipe soignante et des animatrices.

Les valeurs fortes qui portent ces deux aumôniers sont la bienveillance, le respect, la fraternité, l'humanité.

par Anne-Laure Céran, IDE au sein de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)

Le 20 mai 2014 à Orthez, l'équipe mobile de soins palliatifs, les psychologues du service d'oncologie et de la douleur de l'hôpital de Dax ont pu participer à une journée de formation sur le thème de la démarche palliative en EHPAD et EMSP.

L'objectif étant de porter et développer la "culture" palliative au sein du centre hospitalier et également de connaître les différentes façons de pratiquer cette discipline et de s'ouvrir, pourquoi pas, à d'autres pratiques.

Au cours de cette journée, deux axes ont été abordés :

- la parole dans l'acte de soins
- la loi Léonetti et les directives anticipées.

■ ■ ■ La parole dans l'acte de soins :

Intervention d'Isabelle Haritchabalet, psychologue dans un foyer d'accueil médicalisé : la parole permet à l'équipe de garder le sens du soin, lorsque le patient ne communique pas. Elle vient étayer la prise en soins.

Accompagner les atteintes corporelles :

Pour le patient : La notion de dépendance à l'autre est abordée, la dissociation entre physique et psychique est posée : le patient peut-il continuer à s'exprimer ?

Ce clivage entraîne la démaîtrise pour le patient qui devient un "objet" de soins.

Pour les proches : Risque de ne plus reconnaître l'autre, celui qu'on a connu avant la maladie.

Pour le soignant : Difficultés à garder un regard optimiste.

Au cours d'un soin d'hygiène tous les sens sont mobilisés et le soignant peut se trouver confronté à la sensation de dégoût.

Ce dégoût peut conduire à la stigmatisation du patient, cela peut remettre en question l'authenticité de la rencontre.

Le dégoût est un sujet tabou au sein d'une équipe qui doit être démystifié.

■ ■ ■ Autour de la loi Leonetti :

Discussion autour de l'affaire Vincent Lambert.

Dans cette affaire, il n'y a pas de directives anticipées rédigées par le patient.

Si on se réfère à la loi relative à la fin de vie, elle prévoit :

- le refus de l'obstination déraisonnable
- les directives anticipées, qui sont le reflet des volontés du malade
- la personne de confiance
- la collégialité et la traçabilité
- l'encadrement des médicaments à double effet.

La décision de la Cour Européenne des Droits de l'Homme a été saisie. La décision est en attente.

Dans le cadre de l'application de la loi du 22 avril 2005, deux cas sont possibles :

- Le patient est capable d'exprimer sa volonté et une procédure collégiale peut permettre de décider de ce qui relève de l'obstination déraisonnable.
- Le patient n'est pas capable d'exprimer sa volonté et il faut alors prendre connaissance de l'existence des directives anticipées, de l'avis des proches et de l'équipe médicale au complet.

À la suite de ce rappel, des questions sont posées :

- Qu'est-ce qu'un traitement déraisonnable ?
- L'alimentation entérale, est-ce un traitement ou un besoin naturel ?

■ ■ ■ En conclusion ...

Il ressort de cette journée le fait de distinguer les soins palliatifs et la fin de vie. Il est évident que l'un et l'autre sont liés mais il ne faut pas faire l'amalgame.

La vie, le confort du patient ainsi que sa qualité de vie doivent être l'objectif de chaque intervenant de la prise en soins.

Le soignant a le devoir de dire et le patient a le droit de savoir les éléments concernant sa santé.

La question de l'éthique sous-tend toutes les conversations et se rapproche de certaines considérations philosophiques.

À PROPOS DE LA LOI SUR LA FIN DE VIE

Le mourir et son accompagnement restent un sujet de débat au consensus difficile. Pourtant on peut penser que chacun est préoccupé par un objectif du même ordre vers le bien mourir avec une fin de vie en toute dignité et sérénité.

Mais la réalité du quotidien est plus inquiétante. Trop d'agonies avec des souffrances physiques intolérables persistent (dans 12 % des décès et 80 % des étouffements en fin de vie sans traitement pour soulager - J.Leonetti). L'opinion publique est préoccupée par ces conditions de fin de vie où l'expression du patient ne semble pas correctement écoutée et respectée.

La crainte d'une fin de vie insupportable amène beaucoup de personnes à des positions extrêmes en considérant l'euthanasie comme une solution digne. Or toute démarche létale n'est certainement pas la solution la plus raisonnable.

Pour rester dans l'équilibre entre ceux qui souhaitent une assistance active à mourir et ceux qui critiquent une sédation profonde et terminale comme une porte ouverte à l'euthanasie, la loi prévue renforce le droit des patients et donne la possibilité légale à une sédation profonde devant une souffrance réfractaire à tout autre traitement chez un patient dont le pronostic vital est engagé. Elle n'autorise pas le geste létal. Elle insiste sur la nécessité de mieux écouter le patient et d'être efficace dans le soulagement à apporter.

Bien sûr on peut contester cette immixtion du législateur dans la mission du médecin. Mais cela a commencé avec la prise en soin de la douleur qui était et qui reste trop souvent imparfaitement soulagée. Il est effectivement préoccupant de voir la nécessité d'intervention du législateur pour parvenir à une prise en compte plus satisfaisante de l'intérêt propre du patient en particulier dans le domaine de la douleur.

Il est surprenant de constater toutes les réactions et réserves qu'entraînent une loi qui essaie de faire progresser un accompagnement terminal trop souvent défectueux.

Comment peut-on affirmer que la loi actuelle avec la sédation profonde dans un but de mort apaisée avec des conditions précises de mise en œuvre soit un équivalent d'euthanasie ?

Cet endormissement terminal est un équivalent d'anesthésie générale et on n'aurait pas idée d'accorder à l'anesthésie les reproches formulés pour ce soulagement terminal devenu nécessaire. Il n'y a là aucun but létal. Ce type de sédation continue (sans les réveils parfois pratiqués) ne sera pas la démarche la plus fréquente, mais cela peut garantir au futur patient une absence d'agonie incontrôlée. Et en ce sens c'est un progrès face au mal mourir qui continue bien souvent.

Accompagner la mort est et restera une démarche difficile et complexe où nous ne serons jamais à l'aise. Notre obstination devrait être centrée sur ce qui va être bénéfique au patient, sur ce qui va dans le sens de son soulagement. Nous avons toujours des difficultés à lui reconnaître des droits. Le réflexe de la position de pouvoir, de celui qui décide ce qui est bien pour l'autre est toujours là. Nos convictions personnelles ne devraient pas occulter la parole et les souhaits des patients. Les malades en fin de vie ont trop souvent le sentiment de dépendre d'une médecine qui ne sait pas être attentive à leur détresse.

Cette loi nous rappelle à nos devoirs. Elle reste dans le juste milieu et elle doit nous permettre de réfléchir à nos pratiques. La voie du comportement le plus éthique est toujours la moins confortable et la plus exigeante.

**Déclarer son handicap
C'est important
pour qu'il puisse être
pris en compte**

Vers qui vous tourner pour identifier le handicap et trouver des solutions ?

Consultez le médecin du travail : il va pouvoir identifier la nature de vos difficultés.

Sa consultation est couverte par le secret médical. Il saura vous conseiller sur la démarche la mieux adaptée et veillera à son bon déroulement.

La déclaration du handicap vise surtout à faire valoir un statut, et donc à protéger l'agent.

Vous pouvez retirer un dossier de reconnaissance de travailleur handicapé auprès :

- d'une infirmière ou du médecin de santé au travail
- à la Maison Landaise Départementale des personnes Handicapées (MLDPH)

Le référent handicap du CH Dax-Côte d'Argent peut aussi vous aider dans vos démarches.

Si vous êtes reconnu(e) travailleur handicapé, vous pouvez choisir entre :

- le communiquer à la DRH
- ou ne pas le communiquer à la DRH. Cette donnée restera alors confidentielle dans votre dossier de Médecine du travail.

Gilles Vignes, aide-soignant à Junod 2, reconnu travailleur handicapé, témoigne

Je souffre d'une maladie neurologique depuis 14 ans (une de ces maladies qu'on ne remarque pas quand on me rencontre).

Pourtant quand les crises arrivent, elles ne laissent qu'un champ dévasté après leur passage.

Ma première réaction a été de me demander ce qu'il m'arrivait (15 jours d'hospitalisation au Tripode et pourquoi, puis le diagnostic, les questions, les peurs (on touchait à mon cerveau) les conséquences, l'opération.

Prendre conscience du handicap nécessite du temps : on est absorbé par divers paramètres, les rendez-vous, les examens, les rechutes, la stabilisation pendant des années, le travail, la vie quotidienne ...

Lors d'un entretien avec la médecine du travail, il y a de cela deux ans, j'ai pris pleinement conscience que la maladie dont je souffre fait partie de la liste officielle des handicaps.

De là à le rendre public, j'ai eu beaucoup d'hésitations, puis je me suis dit qu'un soignant comme moi pouvait au moins apporter son témoignage.

Les contraintes :

- hygiène de vie obligatoire : café, alcool, manque de sommeil, stress (mais qui n'en souffre pas ?).
- se coucher à heures régulières, ne pas oublier les traitements malgré les contraintes du travail, avoir un cadre de vie favorable, des horaires qui ne changent pas.
- les effets sur la personne, dus aux traitements : en cas de fatigue, diplopie, difficultés de concentration au bout d'un moment, difficultés à exprimer ses idées même si elles sont claires dans la tête.

Il y a d'autres effets comme le changement d'humeur, des difficultés physiologiques ...

En cas de survenue d'un épisode aigu, il est indispensable que l'équipe soit au clair sur ce qu'elle doit faire ou ne pas faire.

Dans la vie professionnelle quotidienne, la parade est d'informer son entourage, de ne pas hésiter à consulter ses collègues pour pallier à ses propres difficultés d'organisation, à se concentrer sur l'essentiel.

Cela demande un surcroît d'effort à l'équipe au départ, mais l'habitude fait que chacun prend ses marques.

Il faut absolument informer les cadres et équipes qui ne comprennent pas forcément les problèmes spécifiques de chaque handicap, la solution la plus simple étant souvent de déplacer le problème en même temps que l'agent, du fait des contraintes fortes du service (soyons clair, un handicapé, c'est plus de travail pour nous).

La loi ne donne pas de sécurité absolue pour le maintien dans l'emploi (un aide soignant qui ne peut plus assumer sa tâche va peut-être pouvoir devenir ASHQ, mais qu'en est-il d'un ASHQ ?).

Il faut se documenter auprès de toutes les sources (médecine du travail, directions, organisations syndicales, internet).

Malgré les réserves formulées auparavant, le dialogue est essentiel afin d'essayer de trouver la solution la plus adéquate possible.



MOUVEMENTS DU PERSONNEL

Bienvenue à ...

Claude Chenel	Médecin	Pédiatrie
Jonathan Etcheverry	Médecin	Anesthésie
Maylis Jean Lavaleur	Médecin	Anesthésie
Houria Rahmouni	Médecin	Gastroentérologie
Amélia Rojo Sanchis	Médecin	Anesthésie
Marie Vessiere Lacoste	Médecin	Gynécologie
Hélène Couret	AMA	Anatomopathologie

Au revoir à ...

Saria Al Turk	Médecin	Gastroentérologie
Stéphanie Bastianelli	IDE	Médecine
Corinne Bayeux	Attaché d'administration	Direction des Affaires Financières
Aurélié Briny	IDE	Unité Neuro Vasculaire
Jérôme Cinq-Fraix	AMA	Psychiatrie générale
Marie-Claude Destruhaut	Aide-Soignante	Milliès-Lacroix 1
Jocelyne Gabarre	Maitre ouvrier	Blanchisserie
Marie-Christine Lamarque	IDE	Gynécologie
Laurence Latrubesse	IDE	Junod 3
Christelle Lorreyte	Aide-Soignante	Milliès-Lacroix 1
Geneviève Pedelucq	ASHQ	Marcel Saint Martin rdc
Nicole Vigne	Aide-Soignante	Junod 1



QUIZZ SPÉCIAL DPC

JE TESTE
MES CONNAISSANCES

En septembre 2014, le numéro 79 du Vitamine proposait un article sur le Développement Professionnel Continu. Avez-vous tout retenu ?

1- Qui est concerné ?

(une ou plusieurs réponses possibles)

- a- Les médecins
- b- Les personnels paramédicaux
- c- La filière rééducation
- d- Tout le personnel de l'établissement

2- Le DPC vise à :

(une ou plusieurs réponses possibles)

- a- L'évaluation des pratiques professionnelles
- b- Le perfectionnement des connaissances
- c- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- d- La prise en compte des priorités de santé publique
- e- La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

3- Le DPC supprime la FPTLV Formation Professionnelle

Tout au Long de la Vie ?

- a- Oui
- b- Non

4- L'établissement peut produire des programmes DPC ?

- a- Oui
- b- Non

5- Quelle est la condition nécessaire pour produire nos propres programmes de DPC ?

- a- Le programme est piloté par un médecin
- b- L'établissement a un plan de formation DPC
- c- L'établissement a été validé par l'OGDPC*
- *Organisme Gestionnaire du DPC
- d- Il n'existe pas d'organisme extérieur qui propose la formation demandée

6- À votre avis, quelle(s) méthode(s) ne relève(nt) pas d'une méthode HAS ?

- a- Pédagogique ou cognitive
- b- Analyse des pratiques
- c- Approche intégrée à l'exercice professionnel (protocolisation + Évaluation des Pratiques Professionnelles -EPP)
- d- Accréditation
- e- FPTLV
- f- Protocole de coopération
- g- Enseignement et recherche (publication article scientifique, formateur ...)
- h- Simulation

1- d / 2- Toutes les réponses sont correctes / 3- b / 4- a / 5- c / 6- Toutes les réponses sont correctes



UN PROJET

Un nouveau secteur Alzheimer au Hameau de Saubagnacq : unité protégée et PASA

Extension, humanisation, mises aux normes : près de 25 ans après sa construction, l'EHPAD du *Hameau de Saubagnacq* va connaître, à partir de l'année prochaine, une importante opération de modernisation.

14 nouvelles places d'hébergement sécurisé pour personnes atteintes de troubles cognitifs sévères

Inscrite dans le projet d'établissement 2013-2018 du Hameau, cette opération a pour objet, en premier lieu, la construction d'une unité sécurisée d'hébergement de 14 places, destinées à des personnes atteintes de pathologies cognitives et souffrant de troubles du comportement à type de déambulation pathologique, ceci en complément des 60 places d'hébergement traditionnel existantes.

Les nouvelles chambres ainsi créées permettront de diminuer d'autant les capacités d'hébergement de l'EHPAD *Les Albizzias* situé en centre-ville et d'améliorer en conséquence les conditions d'accueil dans cet établissement.

Elles permettront aussi de répondre à un problème de santé publique qu'est l'augmentation croissante des besoins en accueil spécifique pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée.

L'unité sécurisée sera construite sur la partie arrière du site de Saubagnacq, en lien direct avec l'îlot d'accueil central. Réparties autour d'un vaste espace de vie interne éclairé par un puits de jour, les chambres seront dimensionnées pour accueillir des salles de bains accessibles aux lits douches.

Le bâtiment, dessiné suivant la conception " villageoise " qui inspire *le Hameau*, sera couvert d'une toiture végétalisée favorisant son insertion dans l'environnement naturel.

Calendrier et coût des travaux

Le chantier, confié à l'architecte Frédéric Raffy, se déroulera en deux phases, la première de construction de l'unité d'hébergement sécurisé et du PASA, la seconde de restructuration des salles de bain existantes. Il doit démarrer au mois de novembre 2015 pour s'achever, après 21 mois de travaux, en juillet 2017.

Le coût de l'opération toutes dépenses confondues est estimé à environ 3 M € TTC.

UN PROJET

Le PASA : un accueil de jour pour les résidents souffrant de troubles du comportement modérés

L'extension du *Hameau de Saubagnacq* vise, par ailleurs, à répondre à l'évolution de la population accueillie, qui comprend aujourd'hui une part accrue de résidents présentant des troubles cognitifs et un risque d'égarement.

À cet effet, la création d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places permettra d'accueillir, dans la journée, les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, ayant des troubles du comportement modérés n'impliquant pas forcément un hébergement en secteur sécurisé mais pouvant rendre difficile leur cohabitation avec les autres résidents de l'EHPAD.

Adjacent à la nouvelle unité d'hébergement sécurisée, le PASA proposera, au sein d'espaces spécialement aménagés, des activités sociales et thérapeutiques contribuant au maintien des capacités fonctionnelles (arts manuels, cuisine thérapeutique) et à la mobilisation des fonctions sensorielles (musicothérapie, espace de relaxation de type " Snoezelen ").

Il sera également pourvu d'une salle à manger pour 20 personnes.

Le projet architectural se conforme au cahier des charges établi au niveau national pour les PASA, structures nées du plan Alzheimer et soumises à labellisation.

...> Afin d'améliorer la qualité de vie des résidents, la double extension de la maison de retraite s'accompagnera d'une restructuration des 60 salles de bains individuelles existantes, qui seront équipées de douches. 4 d'entre elles seront rendues accessibles aux lits douches.

Le projet intègre également une mise aux normes incendie comportant notamment la modernisation du désenfumage, ainsi qu'une rénovation du sas d'entrée principal dont l'ouverture sera automatisée.

Enfin, l'ensemble du *Hameau* sera sécurisé par une clôture végétalisée, visant à prévenir le risque de déambulation.

par Dr Florence Gourlain
et François de Boysson,
Directeur adjoint chargé de l'Ingénierie
et du Système d'Information

IDENTITOVIGILANCE ET POSE DU BRACELET



Qui suis-je ? Qui je soigne ?



L'identitovigilance, c'est quoi ?

→ Sélectionner le bon dossier pour soigner le bon patient.

Quels sont les enjeux ?

→ Éviter les erreurs : dans l'étiquetage des tubes, dans les prescriptions, dans l'interprétation de résultats (la radio au bon nom ...).

Comment sécuriser ?

Le CH de Dax, après enquête et validation du Comité d'éthique et de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, a décidé de généraliser la pose de bracelet à tout patient entrant sur le court séjour.

Pourquoi ?



→ Une barrière supplémentaire.

Mais nécessité :

- de faire attention en collant l'étiquette sur le bracelet,
- de vérifier la correspondance de l'identité avec le patient,
- de prendre l'habitude de regarder ce bracelet,
- de comparer étiquette tube / étiquette patient.

Mise en place début 2015

Périmètre :

Tout patient hospitalisé en court séjour.

Tout patient de gériatrie amené à venir sur le court séjour en hospitalisation ou pour examen.

...> Les protocoles sur l'identitovigilance sont à votre disposition dans la GED.



Des formations sur ce sujet vous sont proposées tout au long de l'année.

N'hésitez pas à nous faire part de vos difficultés.

Pour la Cellule d'Identitovigilance, Christine Dehez, cadre supérieur de santé et Patricia Tondeur, cadre de santé

QUALITÉ

L'évaluation externe dans les établissements médico-sociaux

Après une préparation entamée en 2013 par l'évaluation interne, les étapes de l'évaluation externe ont été franchies sur l'ensemble des établissements médico-sociaux.

Ce sont 7 secteurs d'activité qui ont fait l'objet de la procédure placée sous l'égide de l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation des établissements Sociaux et Médico-Sociaux).

Un Comité de Pilotage réunissant les secteurs concernés (MAS L'Arcolan, CAMSP, Maisons de Retraite Les Albizzias et Le Hameau de Saubagnacq, EHPAD Marcel Saint Martin et Milliès-Lacroix, EHPAD J.P. Junod 2 et 3) a assuré la préparation avec l'encadrement de chacune des structures, ce qui a favorisé et facilité l'implication des équipes.

Les cabinets habilités par l'ANESM et qui ont conduit l'évaluation externe ont pris en considération les éléments formels tels que le projet d'établissement élaboré par les équipes de chacun de ces secteurs d'activité.

Enfin, la trame des référentiels ayant servi à l'auto-évaluation en premier lieu et à l'évaluation externe demeure les termes de la loi 2002-02 relative aux établissements médico-sociaux : politique et modalités d'accueil, droits de l'utilisateur, projet personnalisé d'accompagnement, ouverture de l'établissement à et sur son environnement, stratégie d'adaptation de l'emploi au regard des besoins des usagers.

Les rapports intermédiaires sont adressés par les cabinets d'audit externe à l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire.

Les rapports définitifs ont été rendus fin décembre 2014, parachevant un travail important conduit par toutes les équipes depuis 30 mois.



Composition du comité de pilotage

- Coordination pour les établissements du Centre de Gériatrie : Emmanuelle Dumas
- Maison de Retraite *Les Albizzias* : Dr Dominique Mothes et Yves Juzanx
- Maison de Retraite *Le Hameau de Saubagnacq* : Dr Florence Gourlain, Catherine Levypetel, et Hélène Cadrès
- EHPAD *Marcel Saint Martin et Milliès-Lacroix* : Dr Sabine Mauge et Alice Montané
- EHPAD *Junod* : Dr Bernard Matharan, Dr Gaele Marie-Bailleul, Valérie Lagarde et Élisabeth Candau
- CAMSP : Sébastien Camin
- MAS *L'Arcolan* : Marie-Catherine Dourthous et Grégory Allard



par Isabelle Duvignau, Infirmière au Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

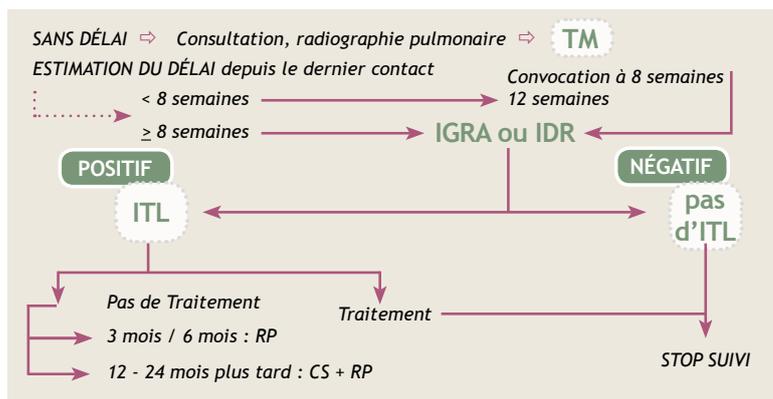
Du nouveau dans la lutte anti tuberculeuse : nouvelles recommandations du HCSP du 25/10/2013

Le dépistage des sujets contact (âge ≥ 5 ans) à explorer sera réalisé selon l'algorithme suivant.

Tout cas de tuberculose pulmonaire BAAR+ à l'examen microscopique et/ou culture +, tout ITL d'enfant de moins de 15 ans, doit être signalé sans délai au CLAT, et notifié aux autorités sanitaires (Agence Régionale de Santé).

Le CLAT procédera au dépistage des sujets contact du **Cas Index CI = personne malade**, en liaison avec le médecin traitant et le médecin qui a fait le diagnostic selon les recommandations en vigueur. L'enquête permet l'évaluation de la contagiosité du cas index et des caractéristiques de son entourage.

Pour les enfants de moins de 5 ans, on garde les recommandations de 2008 avec un examen clinique idéalement dans les deux semaines suivant le diagnostic du CI, une RP de face, une IDR.



Rappel des principaux facteurs de risque de contagé bacillifère :

1 - Risque de progression vers la maladie accru si appartenance à une classe d'âge à risque (moins de 5 ans, adolescents et personnes âgées de plus de 75 ans), immunodépression, malnutrition, alcoolisme, tabagisme, toxicomanie, diabète, silicose, hémodialyse, traitement immunosuppresseur, etc.

2 - Contacts prolongés ou répétés : arbitrairement on peut proposer comme repère une durée de contact cumulée supérieure à 8 heures si le cas est index est BAAR+ et supérieure à 40 heures si le cas index est BAAR- et culture + durant la période de contagiosité théorique (de la date de début des symptômes à la date de l'isolement).

3 - Confinement : dépend de la taille et de l'aération de la pièce et du nombre de personnes dans la même pièce.

- Dans un milieu de soins, l'existence de manœuvres médicales à risque dans une bulle de 2 mètres représente un risque majeur de transmission et doit conduire directement au suivi de tous les sujets exposés.

- Si CI avec BAAR+, le risque doit être évalué dès une heure de contacts cumulés (chambre=lieu confiné et contacts réalisés lors d'un soin = étroits) ; Si CI avec BAAR-, 8 heures minimum de contacts cumulés sont requis.

SANTÉ AU TRAVAIL

L'entretien Infirmier de Santé au Travail

(Réforme de la Santé au Travail 2012
Art. R 4623-31 du Code du Travail)

Depuis la réforme de 2012, les infirmières spécialisées en santé au travail (IST) sont habilitées à pratiquer des "Entretiens infirmiers de santé au travail". Ils s'effectuent selon des protocoles spécifiques à chaque métier, élaborés avec le médecin du travail.

L'infirmière réalise les entretiens infirmiers sous la responsabilité du médecin et par délégation.

Au cours de l'entretien infirmier sont réalisés :

- les examens complémentaires (visiotest, audiogramme)
- un point sur les événements de santé du salarié et de leurs répercussions sur le travail
- une approche sur les risques professionnels auxquels sont exposés les agents. Cette partie de l'entretien permet d'approfondir l'aspect exposition aux risques physiques chimiques, biologiques et de rappeler les mesures de prévention.

Si aucun problème n'a été identifié durant l'entretien, l'IST délivre une "attestation de suivi infirmier". Cette attestation ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale de l'agent. Elle est remise par l'IST à l'employeur. Ce document permet à l'employeur de justifier qu'il répond à ses obligations concernant le suivi médical des salariés.

Si un problème est identifié au cours de l'entretien, l'IST oriente l'agent vers le médecin du travail pour vérifier l'aptitude à son poste de travail. À l'issue de cette visite, une fiche médicale sera délivrée avec les conclusions du médecin du travail sur l'aptitude de l'agent.

À ce jour, les entretiens infirmiers de santé au travail sont obligatoires pour tous les salariés sauf pour les membres du corps médical. Cette pratique a été validée par le Conseil de l'Ordre des médecins lequel rappelle la nécessité d'une régulation indispensable de cette pratique par le médecin du travail responsable de l'équipe de santé au travail.

LES ÉCHOS DE L'IFPS

Une nouvelle rentrée au sein de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé.

Le lundi 1^{er} septembre 2014, trois nouvelles promotions ont été accueillies par Gabriel Bellocq, Maire de Dax, Jean-Pierre Cazenave, Directeur du Centre Hospitalier, ainsi que par Dominique Fieschi, Directrice de l'Institut de Formation des Professionnels de Santé.

Plus d'une centaine de nouveaux étudiants et élèves des trois filières de formation (Institut de Formation d'Aide-Soignant, Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie et Institut de Formation en Soins Infirmiers) se sont retrouvés dans la chapelle de l'hôpital thermal, puis devant un pot d'accueil offert par l'Institut.

Pour *Vitamine*, quelques-uns d'entre eux ont livré leurs premières impressions ...

Quelques échos des nouveaux étudiants infirmiers

C'est par un temps magnifique en ce premier lundi du mois de septembre 2014, comme un bon augure dans cette nouvelle formation, que nous nous sommes tous retrouvés (enfin !) au sein de l'hôpital thermal.

Il y avait du monde.

Pour certains, il y avait comme un souvenir de rentrée des classes.

Pour d'autres, c'était le début d'un nouveau challenge.

Mais pour tous en général, une nouvelle vie s'ouvrait à nous, mêlée de joies et de craintes, et pour les plus chanceux en ce tout premier jour, des retrouvailles pour ceux qui avaient fait ensemble la préparation au concours d'entrée.

Une chose était sûre : maintenant nous y étions !

K1 2014, nos débuts à l'IFMK

Après une, deux ou trois années de PACES à l'Université Bordeaux Segalen, nous voici maintenant devenus des K1 à l'IFMK de Dax.

Dax, pas toujours le premier choix de chacun, s'avère finalement plaire à tout le monde. Cette petite ville nous a très bien accueilli (même si, ici, tous les chemins ne mènent pas à Rome mais à la Fontaine Chaude ...) de même que les promotions précédentes.

Dès le 1^{er} jour, la DAKE (Dax Association Kinésithérapie Etudiants) s'est réunie et les présentations ont pu être faites ainsi que le tirage au sort de nos parrains et marraines. Cette bonne humeur générale a donc déteint sur nous et nous a permis de tourner la page avec la fameuse mentalité de la P1 : ici la compétition laisse place à la solidarité.

Côté cours, l'ambiance aussi est très différente. Fini les profs en vidéos : échanger avec eux est maintenant à nouveau possible et la classe de 31 élèves contraste avec les 3000 élèves de P1 ! Fini les fiches QCM à remplir : place aux séances de massage (et notamment d'effleurage !) !

En conclusion, même si certains trouvaient que la P1 c'était bien, la K1 c'est quand même mieux !



Lundi 1^{er} septembre 2014, 8 h 30. C'est la rentrée. Nous sommes 60 élèves aides-soignants à nous retrouver pour commencer cette nouvelle aventure. Les regards se croisent, parfois furtifs.

Les discours de bienvenue du Maire de Dax, du Directeur de l'hôpital, de la Directrice de l'IFPS, des formateurs, sont écoutés avec attention dans la cour de la chapelle de l'hôpital thermal.

9 h 30 : toute la nouvelle promo regagne la salle de cours. Déjà quelques retardataires : certains d'entre nous se sont perdus dans les dédales de l'IFPS sur le site du Thermal. Accueil par une ancienne élève de la promotion précédente qui partage un peu de son expérience d'élève et qui nous invite à développer entre nous le sens de la solidarité afin de progresser plus vite et d'apprendre à travailler en équipe.

3 semaines de cours avant de débiter enfin le 1er stage. Cours théoriques, ateliers pratiques. Rester assis des journées entières. Présentation des modules de la formation, des référentiels, la démarche clinique ... Le module 6 "hygiène des locaux hospitaliers" ... Tous ces apports ! Il faut savoir tout ça ? Quoi ? Les flores commensales ? Comment ? Sales ? Aïe, ça commence mal.

Visite de l'UCR, de la blanchisserie : ça c'est chouette, c'est du concret. On n'imaginait pas le travail fourni dans ces services !

Les questionnements avant de partir pour le 1er stage prévu du 22 septembre au 17 octobre. Hâte de commencer enfin, de voir de plus près, pour de vrai ce métier d'aide-soignant ; découvrir différents secteurs d'activités (psychiatrie ; médecine ; chirurgie ; des lieux de vie ; les soins à domicile ...)

Des appréhensions aussi, des questions qui fusent : "Est-ce que nous sommes attendus ?" ; "Vous croyez qu'ils sont volontaires pour nous encadrer ?" ; "Ils ont une formation spéciale pour s'occuper de nous ?" ; "J'ai peur de pas savoir comment me positionner en tant qu'élève, bien connaître mes limites" ; "Je ne voudrais pas déranger les équipes et arriver vite à m'adapter" ; "Le jour de l'accueil il va falloir être présentable pour donner une bonne impression, et faire attention au vocabulaire, ne pas être familier".

Retour de stage, quelques témoignages : "C'est pas facile de trouver le bon moment pour poser des questions. Et puis j'ai eu peur que mes questions soient bêtes" ; "Quand on est en promotion professionnelle, c'est pas facile le statut d'élèves, c'est inconfortable" ; "Y a des jours j'ai eu l'impression d'être un boulet ! Je me sentais à contre-temps. Surtout les premiers jours : les soignants enchaînaient les soins et moi je savais pas quoi faire pour les aider et être utile" ; « Pour le premier jour où mettre mes mains ? Croiser les bras ou pas, dans les poches ? Non, cela ne donne pas une bonne attitude. On ne sait pas quoi en faire de ses mains quand on attend dans le couloir" ; "Parfois on se sent invisible tellement ils sont occupés dans leur travail" ; "Quelquefois, des soignants ont oublié que c'était notre premier stage. On ne peut pas tout savoir et faire aussi bien qu'eux. Certain(e)s aides-soignant(e)s ont peut être oublié qu'ils ou elles ont été élèves" ; "Moi j'ai eu un super accueil. J'ai été présentée devant les équipes pendant les transmissions" ; "Ce stage m'a permis d'avoir une image réelle du métier d'aide-soignant. Avant ça n'était qu'une idée (...). Cela a confirmé ma volonté de devenir aide-soignante" ; "Pendant ce stage j'ai découvert d'autres métiers : IDE - kinés - psychologues - diététiciennes ... Ils m'ont tous aidé et les AS aussi, pour mon recueil de données. Les étudiants infirmiers aussi".

Certains parmi nous ont promis de garder contact avec les équipes pour donner des nouvelles. D'autres se sont sentis tellement bien durant leur stage qu'ils n'avaient plus envie de revenir à l'école ! D'autres encore ont regretté de ne pas avoir eu d'explications précises concernant l'évaluation de leur stage pour pouvoir s'améliorer en repérant leurs erreurs. Dans certaines structures nous avons eu la chance d'avoir des repas gratuits et les tenues professionnelles entretenues.

Voilà un peu pêle-mêle de nos premières impressions. Nous profitons de cette occasion pour remercier toutes les équipes soignantes qui participent à notre formation en nous accueillant et qui nous aident à prendre confiance en nous. Tous ces soignants qui nous donnent encore plus l'envie de faire ce métier qu'on admire tant ...

par Sandrine, Marjorie, Delphine, Hélène, Léa, Aurore, élèves aides-soignantes qui ont bien voulu recueillir les témoignages de leurs collègues.

Et Marie-Christine Nouailhetas pour les accompagner dans leur démarche.



Les 8 décennies du Lanot

Le 15 octobre 2014, le Centre de Gériatrie du Lanot célébrait son 80ème anniversaire autour de M. Jean-Pierre Cazenave, Directeur et de M. Gabriel Bellocq, Maire de Dax et Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de Dax.

Au programme de cette journée, tables rondes, exposition et visites guidées pour évoquer le passé, le présent et le futur du site.

Nombreux sont les personnalités et les agents qui avaient répondu présents à l'invitation.



Conférence-débat organisé par le Comité d'Éthique Alzheimer et Cancer : comment prendre soin de l'annonce d'une maladie grave ?

Dans le cadre de ses soirées-débats, le Comité d'Éthique du Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent a organisé le 17 mars dernier une réflexion autour de l'éthique dans l'annonce du cancer et de la maladie d'Alzheimer.

Des intervenants de qualité ont permis d'amener des apports théoriques et d'expérience à une assistance attentive.

Cette soirée a favorisé des échanges entre professionnels de la santé et associations de famille pour une amélioration continue de la prise en soin des patients.

Le Comité d'Éthique va réfléchir à d'autres soirées autour de sujets d'actualités dans le domaine de la santé.



Assemblée Générale du Groupement de Coopération Sanitaire et Médico Social Sud Landes (GCSMS)

Le 24 mars s'est déroulée l'Assemblée Générale du Groupement de Coopération Sanitaire et Médico Social Sud Landes.

Le GCSMS porte la MAIA, dispositif de coordination accompagnant les personnes âgées dépendantes à domicile.

Depuis le mois de décembre 2014, l'équipe de la MAIA est domiciliée au Centre de Gériatrie du Lanot.

Lors de cette assemblée, le rapport d'activité 2014 de la MAIA Sud Landes a été présenté aux membres du GCSMS ainsi qu'à Mme Catherine Lemerrier, Directrice de délégation départementale de l'ARS et Mme Geneviève Cottavoz, Inspectrice principale de délégation départementale de l'ARS.

Cette rencontre a également été un lieu d'échanges sur la prise en soins des personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire de proximité Sud Landes, secteur d'intervention géographique de la MAIA.