



EHPAD « LA MESNIE »

Projet de soins
Actualisation 2016



EHPAD « LA MESNIE »
Rue des peupliers
14170 Saint Pierre sur Dives
Tel : 02.31.20.70.44
Fax : 02.31.20.38.90

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
1 .DESCRIPTION DE L’EHPAD « LA MESNIE ».....	3
1.1 ETAT DES LIEUX.....	3
1.1.1. <i>Description des sites</i>	3
1.1.2. <i>Description des équipes paramédicales</i>	4
1.1.3. <i>Les résidents</i>	5
1.1.3.1 Notre approche des personnes.....	5
1.1.3.2 Définitions.....	5
1.1.3.3 Notre philosophie de prise en charge.....	5
1.1.3.4 Quels types de résidents accueillons-nous ?.....	6
2. METHODOLOGIE POUR L’ELABORATION DU PROJET DE SOINS.....	9
2.1 LA MÉTHODOLOGIE.....	9
2.1.1 <i>Organigramme du projet</i>	9
2.1.2 <i>La législation</i>	9
2.2 LA PRISE EN COMPTE DE L’EXISTANT.....	11
2.2.1 <i>Angélique</i>	11
2.2.2 <i>L’audit organisationnel</i>	11
2.2.3 <i>L’enquête de satisfaction</i>	12
2.3 LA POLITIQUE DE L’ETABLISSEMENT.....	12
2.3.1 <i>Le contexte général</i>	12
2.3.1.1 Définition.....	12
2.3.1.2 La philosophie de soins.....	12
2.3.1.3 Les orientations prioritaires.....	14
2.3.1.4 Les objectifs généraux et les moyens.....	14
2.3.1.4.1 Positionner le résident au centre de nos actions.....	14
2.3.1.4.2 Positionner le service de soins comme un acteur fort du système de soins.....	14
2.3.1.5 Evaluation.....	15
2.3.2 <i>La spécificité de la structure</i>	15
3. LE PROJET DE SOINS.....	19
3.1 LES SOINS INDIVIDUALISÉS ET PERSONNALISÉS.....	19
3.2 LES SOINS DE SÉCURITÉ.....	20
3.2.1 <i>Gestion des risques de l’environnement</i>	20
3.2.2 <i>Gestion des risques dans les soins</i>	24
3.3 LES SOINS DE RÉHABILITATION À L’AUTONOMIE.....	27
3.3.1 <i>L’incontinence</i>	27
3.3.2 <i>La locomotion</i>	27
3.3.3 <i>L’hygiène</i>	28
3.4 LES SOINS SPECIFIQUES.....	28
3.4.1 <i>Droits et informations des résidents</i>	28
3.4.2 <i>L’animation</i>	28
3.4.3 <i>Alimentation – Nutrition</i>	29
3.4.4 <i>Prise en charge de la détérioration intellectuelle et des troubles psychiatriques</i>	30
3.4.5 <i>Prise en charge de la filière Alzheimer et des pathologies apparentées</i>	30
3.4.6 <i>Douleur</i>	30
3.4.7 <i>La fin de vie</i>	31
4. Les transmissions.....	31

INTRODUCTION

A l'heure des contraintes budgétaires en matière de santé, les *EHPAD* doivent être attentifs à leurs dépenses tout en veillant à maintenir et renforcer la qualité de toutes leurs prestations.

Le service de soins doit s'organiser pour satisfaire à ces exigences et affirmer son engagement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins où les usagers sont acteurs et partenaires des soins.

Elaboré pour 5 ans, le projet de soins s'associe au projet d'établissement pour accompagner les activités médicales de l'établissement et s'articule avec les autres volets du projet d'établissement notamment, le projet social pour contribuer au développement de la qualité de vie au travail des professionnels.

Il constitue pour chaque acteur paramédical un guide pour apporter plus d'efficacité, plus d'efficience et plus de cohérence dans les réponses aux besoins et attentes des usagers et, de manière générale, pour réussir les changements rapides qu'impose l'évolution de l'environnement des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le projet de soins, véritable cadre de référence pour le service de soins, témoigne de l'engagement de tous ses acteurs et constitue un outil qui contribue largement à l'acquisition d'une culture et d'un langage communs.

L'équipe soignante prodigue des soins à des personnes n'ayant pas leur autonomie et dont l'état nécessite pour certains une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien au sein de l'Ehpad.

Nous avons également une unité de soins qui accueillent des résidents atteints de maladie d'Alzheimer et apparentée pour laquelle un projet de soins spécifique est rédigé.

Le projet de soins est en cohérence avec le projet d'établissement. Il définit les axes principaux des soins préventifs, curatifs, et palliatifs en intégrant qualité des techniques et qualité des relations avec le « résident ».

1 .DESCRIPTION DE L'EHPAD « LA MESNIE »

1.1 ETAT DES LIEUX

La « *MESNIE* », est une structure privée à but non lucratif, régie par la loi de 1901. La stratégie de développement et le suivi de gestion relèvent d'un conseil d'administration composé d'élus du canton de Saint Pierre sur Dives.

Un directeur est chargé de mettre en application la politique et les orientations générales de l'Association définies par le Conseil d'Administration.

L'établissement répond en ce qui concerne les résidents aux deux principaux textes en vigueur dans le secteur médico-social :

- **Le Code de l'Action Social et des familles**
- **La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

Les personnels sont régis par les dispositions de la **Convention Collective Nationale de 1951** de la Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'Assistance Privés (F.E.H.A.P).

Actuellement l'établissement accueille 175 résidents répartis sur 4 structures.

Structures	Nombre de résidents
La Mesnie	81
La Mapad	48
15 pavillons	21
24 Appartement Foyer Logement	25
Total résidents	175

1. Description des sites

Les missions de l'association concernent la prise en charge des personnes âgées quelque que soit leur degré de dépendance :

- Le secteur médico-social composé de :
 - ✓ Un Etablissement d' Hébergement pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD) ouvert en 1969, assure des prestations de soins, d'aide à la dépendance et d'hôtellerie au profit des personnes âgées souffrant de pathologies fonctionnelles, il accueille 81 résidents. (GMP 643.58)
 - ✓ Une Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes (MAPAD), ouvert en juin 1994, assure des prestations de soins, d'aide à la dépendance et d'hôtellerie au profit de personnes âgées souffrant de troubles psychiques et neurologiques de type Alzheimer ; elle accueille 48 résidents. (GMP 768.13)

- Le secteur social composé de :
 - ✓ Un foyer logement composé de 24 appartements de type F1 destiné en priorité aux personnes âgées seules et autonomes.
 - ✓ 15 pavillons individuels de type F2 accueillant des couples de personnes âgées autonomes.

2. Description des équipes paramédicales

Désignation	ETP	NB
Direction	2	2
Administration	2	2.63
Services généraux /lingerie/cuisine	5.50	9.38
Médecins coordonnateurs	0.6	0.26
Infirmières (dont 1 cadre de soins)	8.5	7.78
Kinésithérapeute	1	0.75
Psychologue	1	1
Animation	1	1
ASH	34.64	29.06
AS/AMP	30.10	31.86
TOTAL	86.34	85.72

3. Les résidents

1.1.3.1 Notre approche des personnes

Dans un EHPAD, il existe des soins préventifs, curatifs et palliatifs. Tous se côtoient dans le temps et le lieu. Il faut se donner les moyens d'accompagner au fil du temps la Personne âgée dépendante dans ses pertes successives jusqu'à sa fin de vie.

Le projet de soins doit s'intégrer parfaitement au projet de vie en cours, être en adéquation avec ce que recherche les résidents, les familles, le personnel soignant et administratif. Notre démarche est axée sur un travail de qualité, pour faire de notre institution un lieu de vie ouvert sur l'extérieur, toujours en gardant un esprit d'humanité et d'humilité face au vieillissement, tout en respectant la charte des personnes âgées dépendantes. C'est un lieu en perpétuelle évolution.

L'établissement a pour mission d'accueillir des personnes âgées dépendantes relevant d'une prise en charge en EHPAD et en MAPAD (unité spécifique Alzheimer).

1.1.3.2 Définitions

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ayant passé une convention pluriannuelle répondant à un cahier des charges fixé par l'arrêté du 26 avril 1999.

Selon la législation en vigueur, ces établissements fonctionnent avec un médecin coordinateur, ayant une fonction spécifique standardisée, et des médecins généralistes choisis par les résidents

MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes, structure fermée recevant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

1.1.3.3 Notre philosophie de prise en charge

L'établissement, avec ses différentes structures précitées, permet l'accueil des personnes âgées quel que soit leur état de dépendance avec possibilité de changer de sites en fonction de l'évolution de leur état de santé.

1.1.3.4 Quels types de résidents accueillons-nous ?

Si les personnes accueillies sont chacune unique avec leur propre histoire et situation personnelle, nous pouvons toutefois analyser différents motifs qui nécessitent leur accompagnement.

Nous pouvons donc établir une description générale des différents besoins d'accompagnement des personnes accueillies. Chacun de ces besoins suppose bien sur une prise en charge adaptée qui n'est pas décrite exhaustivement mais simplement évoquée.

➤ **Les résidents lucides dépendants du point de vue physique et psycho-social (MESNIE)**

Ces personnes ont des difficultés psychologiques et comportementales, sont déprimées et ont besoin d'être écoutées, comprises, rassurées. Elles ont besoin de parler, de s'exprimer. Elles aiment être occupées. Il est important de les valoriser. Nous devons les aider à se rapprocher de leur mode de vie antérieur.

➤ **Les personnes lucides du point de vue psychique, mais ayant de lourdes déficiences physiologiques (MESNIE)**

Ont une dépendance importante pour les actes du quotidien et demandent de lourdes interventions sur les différents aspects de la vie quotidienne, mais aussi un important travail de prévention des risques physiques (escarres)...

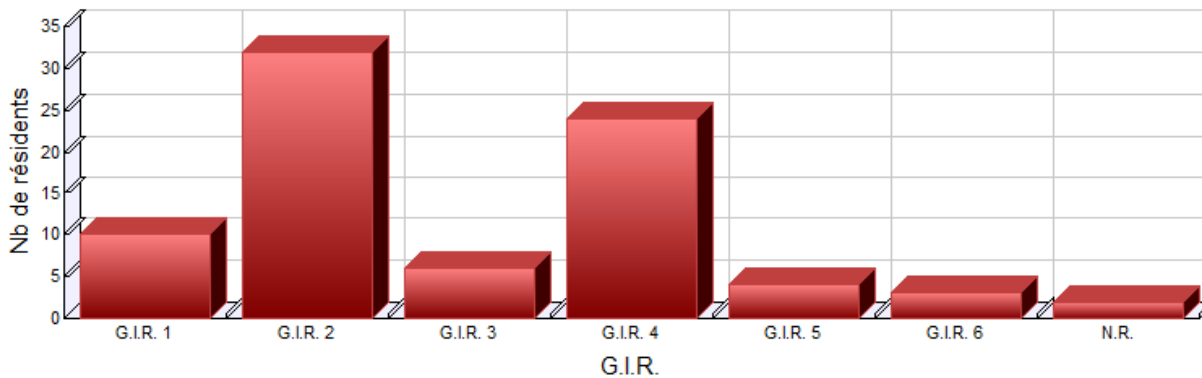
Elles ont des besoins d'aides techniques, de rééducation, d'entretien, de récupération. Leur lucidité augmente la souffrance morale qui requiert une écoute importante.

Pour ces personnes lucides, l'objectif est donc de valoriser les situations de choix pour les aider à être acteur, à décider, à s'exprimer.

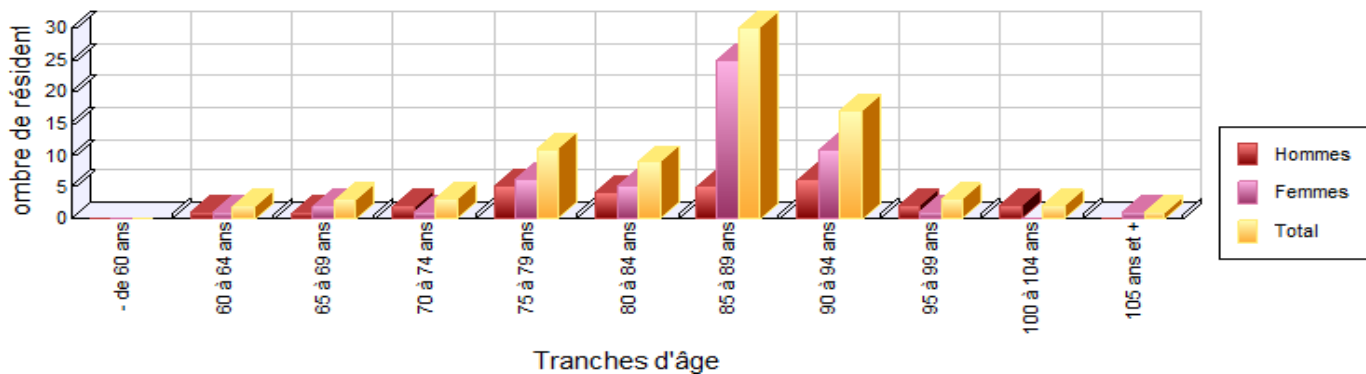
Elles sont les seules capables, de parler au nom des autres résidents, de leurs pairs, être leurs représentants au sein de l'institution (CVS).

Dépendance Mesnie au 31/12/2015

G.I.R Moyen Pondéré : 643.58



Répartition des résidents par tranches d'âge



➤ Les résidents non lucides et lourdement dépendants du point de vue physique (MAPAD)

Ces personnes, non lucides psychiquement, sont soit désorientées et/ou démentes. Face à ces handicaps, l'équipe doit faire face à différentes difficultés :

- la vie au quotidien avec ces personnes
- le problème de la communication avec ces résidents
- la complexité des situations liées aux familles
- leur sentiment d'impuissance

Toutes ces difficultés entraînent un sentiment d'usure, dont le meilleur remède est un travail d'équipe.

Le travail en équipe permet de faciliter un accompagnement plus objectif, avec une meilleure compréhension et comportement de l'autre, ainsi qu'une meilleure acceptation.

➤ **Les résidents non lucides déambulant à pied ou en fauteuil (MAPAD)**

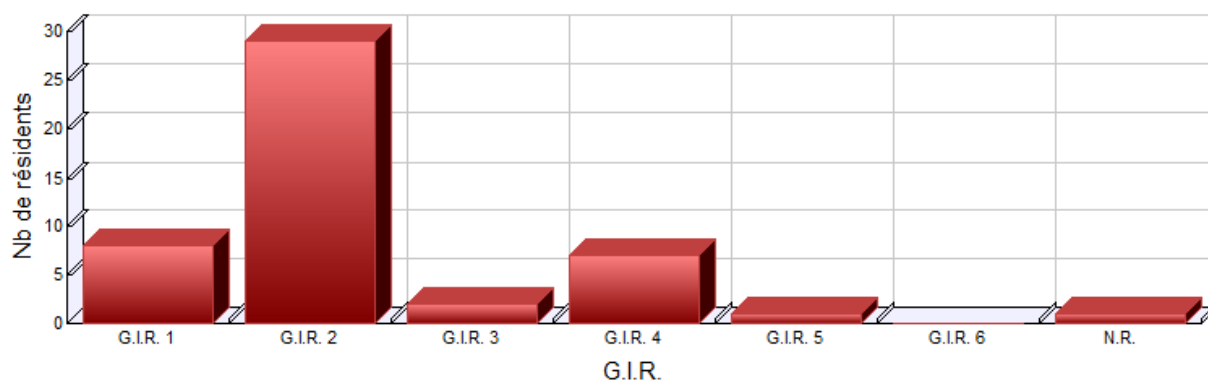
Les mêmes difficultés de cohabitation et de communication avec les résidents et le personnel sont présentes.

Les problèmes architecturaux sont sensibles pour l'accompagnement de ces personnes qui souhaitent déambuler, qui ont besoin de se dépenser, de prendre l'air, de sortir. Ceci occasionne un travail de surveillance prenant, stressant pour l'équipe. Un environnement adapté à leurs besoins est indispensable, tout en veillant à ne pas créer d'exclusion.

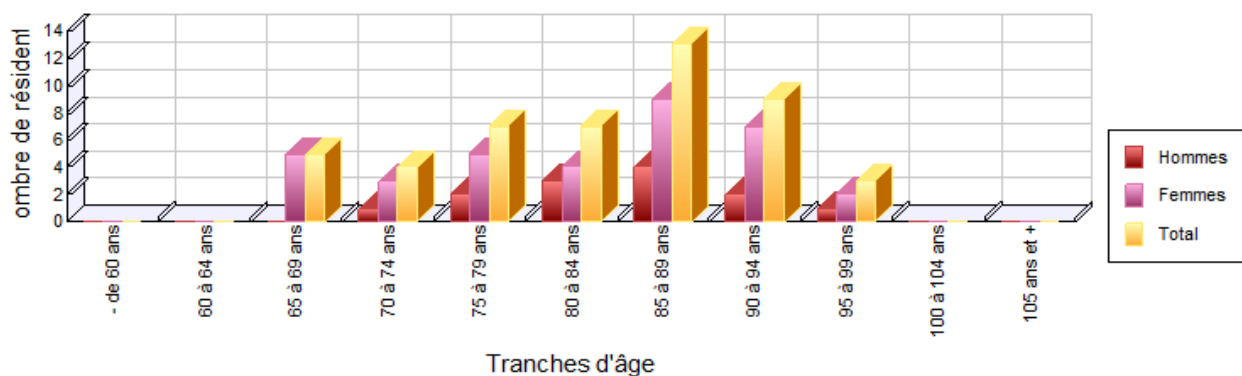
Ces résidents, lors de la demande d'admission, sont systématiquement dirigés vers la MAPAD.

Dépendance Mapad au 31/12/2015

G.I.R Moyen Pondéré : 768.13



Répartition des résidents par tranches d'âge



2. METHODOLOGIE POUR L'ELABORATION DU PROJET DE SOINS

2.1 LA METHODOLOGIE

La méthodologie s'appuie sur :

- le cadre de référence réglementaire
- l'environnement institutionnel
- l'organigramme du projet

2.1.1 Organigramme du projet

Le projet de soins a été élaboré suivant une méthode participative.

La première étape a consisté à réaliser une autoévaluation :

- Rapport d'audit organisationnel en Avril 2011
- L'auto évaluation à l'aide de l'outil « ANGELIQUE »
- L'enquête de satisfaction menée auprès des résidents et des familles en novembre 2013

La synthèse des données recueillies a permis de définir les axes prioritaires du projet de soins.

Pour chaque axe de progrès, des objectifs et actions prioritaires sont définis, ainsi que les moyens nécessaires, le calendrier prévisionnel de réalisation et les indicateurs de suivi sont en cours de construction.

Un plan de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du projet est élaboré ainsi qu'un plan de communication.

2.1.2 La législation

ORGANISATION HOSPITALIERE ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

- ✓ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5 – 1 de la loi de 1975
- ✓ Circulaire DHOS / n° 2001 – 506 du 23 octobre 2001 relative à la formation et qualification des personnels dans les établissements accueillants des personnes âgées
- ✓ Circulaire DHOS / 02 / DGS / SDSD / n° 2002 / 157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique

- ✓ Circulaire n° 2002 / 222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour personne souffrant de la maladie d'Alzheimer

TEXTES DE REFERENCE SPECIFIQUES A LA PERSONNE AGEE (Annexe 1)

- ✓ Charte des droits et libertés des personnes accueillies (Arrêté du 8 septembre 2003)
- ✓ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (Fondation Nationale de Gériatrie 1997)
- ✓ Charte des droits de la personne âgée dépendante en institution (Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale)
- ✓ Charte des droits du mourant (Conseil de l'Europe 1996)

TEXTES REGISSANT LES PROFESSIONS PARAMEDICALES

- ✓ Décret n° 2002 – 194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier(e)
- ✓ Décret n° 93 –221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
- ✓ Circulaire n° 88 du 15 mars 1985 relative à la publication du guide du Service Infirmier (terminologie des soins infirmiers)
- ✓ Circulaire du 19 janvier 1996 relative au rôle des aides-soignantes

LES REFERENTIELS QUALITE

✓ Référentiel ANGELIQUE

2.2 LA PRISE EN COMPTE DE L'EXISTANT

Elle s'appuie sur l'évaluation ANGELIQUE réalisée au dernier semestre 2013, de l'audit organisationnel réalisé en 2011 par un consultant externe et de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents et des familles en novembre 2013.

2.2.1 Angélique

Les points forts mis en évidence par l'évaluation sont :

- L'accueil et l'admission
- La vie sociale
- L'hôtellerie
- La sécurité et maintenance
- Un projet d'établissement existant
- Un projet d'animation réévalué
- Des projets de vie individuels réalisés et en cours d'élaboration

Il ressort de l'enquête ANGELIQUE l'absence :

- Projet de soins
- Manque de connaissance de la charte des droits et libertés
- Projet de soins spécifiques
- L'évaluation annuelle du personnel
- De conventions avec l'extérieur

Ces projets sont inscrits de manière prioritaire dans le plan d'actions 2014/2018.

2.2.2 L'audit organisationnel

L'Ehpad « La MESNIE » participe à la démarche qualité.

Il a été visité par un consultant externe au cours de l'année 2011.

Des points forts relevés lors du bilan de sa visite, s'avèrent être :

- La cohérence entre le projet d'établissement et la prise en charge des personnes âgées accueillies.
- Un contrat de séjour et un règlement de fonctionnement actualisés
- Respect des habitudes de vie

- Un taux d'encadrement satisfaisant

2.2.3 L'enquête de satisfaction

L'enquête de satisfaction réalisée en novembre 2015 a mis en avant le fait que 88% des résidents ont une bonne impression générale de l'établissement. Toutefois, certains mettent en évidence un manque d'informations concernant leur prise en charge.

2.3 LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.3.1 Le contexte général

2.3.1.1 Définition

Au sein de l'institution, la politique des soins indique la direction définie pour le service de soins au travers de valeurs professionnelles et d'une approche conceptuelle des soins partagées par tous ses acteurs et sur lesquelles se fonde sa pratique.

Elle constitue le fondement du projet de soins.

2.3.1.2 La philosophie de soins

La philosophie des soins est fondée essentiellement sur des valeurs humanistes et sur une approche globale de l'Homme et de la Santé au travers de concepts :

1. **le respect de la dignité et de la liberté de l'être humain** : le projet de vie et/ou le projet de soins du patient sont élaborés avec son consentement libre et éclairé.
2. **le professionnalisme** : il repose sur des compétences et la responsabilité des acteurs de soins. « Tout paramédical a le devoir de maintenir et d'améliorer ses compétences tout au long de son exercice professionnel ».
3. **l'équité** : elle s'appuie sur une éthique professionnelle et des règles institutionnelles qui garantissent le respect des droits et des devoirs de chacun.
4. **les soins** : ils sont « un ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes soignants. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel soignant. Cette discipline fait appel aux sciences humaines et biologiques. On distingue généralement les soins infirmiers liés aux

fonctions d'entretien et de continuité de la vie et les soins curatifs ou de réparation ».

« Les soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et des infirmières, incluant notamment le secret professionnel :

- de protéger, maintenir, restaurer, promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physiques et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologiques, sociales, économiques et culturelles,
- de prévenir et d'évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement,
- de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic,
- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes
- d'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin,
- de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques,
- de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial ou social,
- d'accompagner les patients en fin de vie, et, en tant que de besoin, leur entourage ».

En référence au modèle conceptuel de Virginia Henderson, modèle de référence institutionnel, la personne soignée présente 14 besoins fondamentaux d'ordre bio-psycho-social. Le besoin est une nécessité vitale pour tout individu quels que soient son âge, son vécu, son histoire, son lieu de vie, sa religion, ses convictions, son état de santé. La non satisfaction d'un besoin peut entraîner des répercussions sur les autres besoins ; cette interaction induit une prise en charge globale du patient. Il s'agira ainsi pour les équipes soignantes de :

- faire une analyse des problèmes rencontrés et de poser un diagnostic infirmier,
- se fixer des objectifs de soins,
- élaborer un plan d'actions qui favorise un retour à l'autonomie,
- évaluer les actions de soins mises en œuvre et de les réajuster en fonction de l'évolution de l'état du patient.

5. **la qualité des soins** (définition de l'OMS) : elle consiste à « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en

termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

2.3.1.3 Les orientations prioritaires

Dans un contexte de nécessité d'adaptation permanente à l'évolution des demandes et des droits des usagers, aux contraintes budgétaires et aux nouvelles organisations qui imposent de nouveaux modes de distribution des soins, de nouvelles compétences et une impérative coordination des activités de tous les acteurs de soins, les orientations prioritaires visent :

- une production de soins de qualité en toute sécurité pour l'utilisateur et les professionnels,
- une conformité aux textes législatifs et réglementaires et aux recommandations de bonnes pratiques,
- une adaptation permanente aux besoins des résidents.
- une optimisation des ressources compte tenu des moyens alloués.

2.3.1.4 Les objectifs généraux et les moyens

2.3.1.4.1 Positionner le résident au centre de nos actions

Pour que l'utilisateur conserve ou retrouve sa place au centre de tout le système de soins, il convient d'assurer :

- un recentrage des activités de soins sur l'utilisateur et une coordination des soins
- une organisation optimale en vue de la satisfaction du résident.
- une prise en charge globale et personnalisée du résident.

2.3.1.4.2 Positionner le service de soins comme un acteur fort du système de soins

Le service de soins doit savoir trouver sa place :

- En apportant des réponses adaptées aux problématiques de qualité et de sécurité de toutes les prestations de soins
- En étant au service des besoins et des priorités de santé publique,
- En développant le professionnalisme : actualisation et développement de compétences/évaluation et réajustement des pratiques professionnelles/ implication, engagement et obligations des acteurs,
- En se préparant aux changements : anticipation /accompagnement des acteurs de soins,

- En développant un management de type participatif transversal, qui favorise la responsabilisation, la confiance réciproque, la motivation, la coopération de tous les acteurs.

2.3.1.5 Evaluation

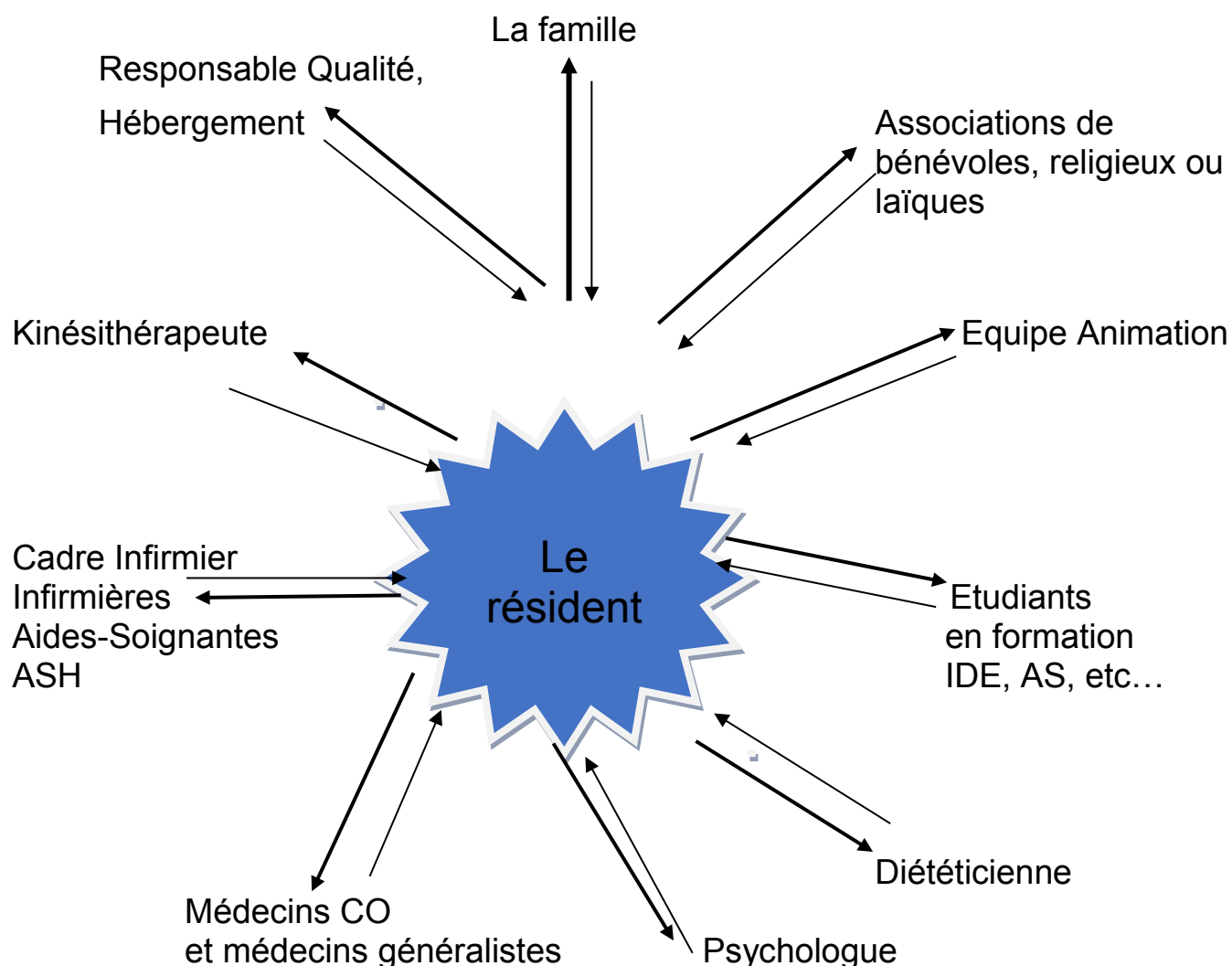
La mise en œuvre du projet de soins sera évaluée annuellement par le comité de pilotage et de suivi du projet de soins, à partir d'un nombre déterminé d'indicateurs définis lors de l'élaboration du projet de soins.

Un lien sera établi avec l'évaluation réalisée dans le cadre de la démarche qualité.

2.3.2 La spécificité de la structure

Le projet de soins s'appuie sur un existant :

- Pour le résident, le **suivi médical personnalisé**, issu d'une coordination entre paramédicaux, médicaux, autres intervenants, familles et bénévoles, est réalisée par l'intermédiaire des outils que sont :
 - le dossier de soins infirmier
 - le dossier médical
- La **place du résident** au sein du pôle personnes âgées est formalisée par le schéma suivant :



➤ La **politique d'admission** est formalisée. Elle vise à améliorer l'entrée en institution. La création d'une commission d'admission permet d'étendre la possibilité d'évaluer au mieux la typologie du futur résident, en adéquation avec les capacités de soins de la structure.

➤ L'engagement des personnels soignants s'appuie sur des **valeurs partagées**. L'élaboration d'un projet demande de reconnaître les liens qui nous relient aux autres. Même s'il s'agit d'un projet individuel, l'élaboration rencontre l'institution ou le résident, avec lequel se projet prend corps et nécessite le partage, la négociation, avec d'autres personnes concernées. Avoir un projet d'équipe ce n'est pas être d'accord sur tout. L'important est que se développe le désir de faire. Ce désir vient de la compréhension du sens de ce que l'on veut faire, de ce en quoi on croit, de nos valeurs. Il existe un lien très fort entre nos valeurs et nos actes qui donnent un sens à notre action. Prendre soin de personnes âgées dans un établissement implique de s'interroger sur le sens de ce que l'on fait :

- Comment prenons-nous en charge les résidents ?
 - Pourquoi faisons-nous cela ?
 - Qu'est-ce qui est important pour nous dans cet établissement ?

Ce qui est important pour le personnel dans la prise en charge de la personne âgée :

- Mettre le résident au centre de toutes nos actions.
- Pouvoir accueillir la personne âgée dépendante jusqu'à la fin de sa vie en lui apportant le plus de bien-être physique et moral possible au quotidien en fonction de ses besoins et de ses désirs.
- Rechercher une qualité de vie, créer de bonnes conditions pour les aider à accepter leur placement et supporter leur vieillesse (avec la douleur, les handicaps, la maladie, l'éloignement de la famille)
- Donner la parole aux résidents, les respecter, respecter le choix de leur décision.
- Offrir une prise en charge globale et individuelle.
- Etre à la disposition des résidents aussi souvent que possible.
- Encadrer les résidents, les aider à garder leurs repères, les stimuler en fonction de leurs besoins.
- Maintenir l'autonomie à travers les stimulations, contribuer à maintenir une mobilité résiduelle maximum et lutter contre la progression de la dépendance.
- Accepter tout type de résidents avec des locaux adaptés à chaque pathologie, avec du personnel formé et polyvalent (ne pas mélanger les pathologies et prendre en compte leur évolution).
- Leur permettre de garder une bonne image d'eux même.
- Conserver leurs habitudes de vie dans de petites structures conviviales.
- Leur permettre de poursuivre une vie sociale, avec l'extérieur, les autres pensionnaires, les familles, les bénévoles.
- Proposer des activités, animations et stimulations en fonction de leurs besoins et de leurs demandes.
- Assurer une bonne sécurité.
- Accompagner les personnes dans les gestes de la vie quotidienne.
- Leur permettre de garder le contact avec leur passé.
- Respecter leur liberté, dignité, intimité, culture, religion ainsi que leurs goûts et envies.

Qu'est ce qui est important dans le travail d'équipe ?

- Etre solidaire, complémentaire,
- Se rencontrer pour dialoguer, pour travailler dans le même sens, avec des buts communs en développant la cohérence même s'il existe des sensibilités différentes et complémentaires.
- Prévoir des temps de réunions, d'échanges, développer les relations d'équipe pour que les informations passent bien (écrites et orales).
- Prendre en compte les richesses et les limites de chacun, respecter le travail des autres.
- Définir une organisation du travail en développant la responsabilité de chacun et la cohésion dans le travail d'équipe. Définir les rôles et les missions de chacun.
- Recruter du personnel formé et motivé par le travail avec des personnes âgées.
- Développer les liens avec les intervenants extérieurs: psychiatres, médecins.

La prise en charge globale du résident :

- Maintien du lien avec la vie sociale
- Respect du rythme biologique, des goûts et des désirs. Stimulation des fonctions cognitives, intellectuelles et artistiques . Stimulation des cinq sens
- Proposer des activités, des animations et stimulations en fonction de leurs besoins et de leurs demandes

Organisation du travail en équipe :

- Définition d'objectifs communs, de priorités, de méthodes, s'auto évaluer
- Recentrer le travail autour du résident /prise en charge globale individualisée
 - établir un plan de soins
 - permettre la coordination entre les intervenants médicaux et paramédicaux.
- Permettre une remise en question et une prise de conscience du rôle de chacun : respect du travail d'autrui.

Respect du résident et relation avec le personnel

- Respecter la liberté, la dignité, l'intimité, la culture, la religion, les goûts et les envies du résident.

3. LE PROJET DE SOINS

3.1 LES SOINS INDIVIDUALISÉS ET PERSONNALISÉS

Lors de son arrivée, le résident accueilli dans notre institution est pris en charge par une équipe soignante afin de l'installer au mieux dans sa chambre. Le personnel alors présent utilise le recueil de données préétabli lors de la visite de préadmission quelques jours avant l'entrée. Cette visite consiste en une rencontre entre les résidents, ses proches et les membres de l'équipe (IDE, AS référente, animatrice, psychologue et cadre de soins), et une visite de l'établissement. Le recueil est élaboré sur un support « Livret de vie », qui précise les habitudes de vie des résidents.

L'équipe soignante établie en concertation avec le médecin, un plan de soins.

Pendant les trois premières semaines

- Une évaluation gériatrique est mise en route par un travail pluridisciplinaire autour du nouveau résident et de sa famille : réflexion commune autour du résident dans un cadre de vie donné avec création de véritable projet de soin individualisé au travers d'évaluation standardisé avec l'aide de grille d'évaluations validées.
- Le récit de vie du résident est établi en équipe par les équipes de soins paramédicales et intégré en tant que partie prenante de la prise en charge globale du résident.
- Un bilan biologique est réalisé, ainsi que :
 - L'IMC
 - Un bilan kiné
 - Une évaluation de la douleur
 - Un bilan nutritionnel
 - Un bilan vaccinal
 - Un bilan cognitif

Le plan de soins concernant son autonomie et sa prise en charge en soins est alors élaboré.

Durant son séjour, des réunions régulières de synthèse pluri et interdisciplinaire sont organisées autour du résident.

- Evaluation de l'autonomie faite par l'équipe pluridisciplinaire.
- Evaluation motrice réalisée par un kinésithérapeute : bilan de ce que la personne peut faire sur le plan analytique et fonctionnel, fixe les indications ou non d'une rééducation spécifique ou d'une réadaptation avec surveillance (gymnastique d'entretien de groupe ou rééducation plus active individuelle). Evaluation du risque de chute et proposer des mesures spécifiques à mettre en œuvre contre ce risque.
- Evaluation nutritionnelle par les médecins, l'équipe soignante et la diététicienne.
- Evaluation sociale par l'IDE, la cadre de soins, la secrétaire, la psychologue: discussion de problèmes familiaux susceptibles de retentir sur le comportement du résident, APA, tutelle.
- Evaluation psychologique par une psychologue pour les fonctions cognitives, les praxies, accompagnement psychologique des familles, aide à l'analyse des troubles du comportement
- Dépistage des dépressions et des pathologies psychiatriques de la personne âgée, avec l'instauration et le suivi des traitements par psychotrope, par le psychiatre et les médecins traitants.

L'objectif principal de ces évaluations pluridisciplinaire, est de recentrer la prise en charge de la personne concernée sur des axes de soins prioritaires, de redéfinir pour chacun des objectifs de prise en charge, les moyens d'y parvenir et les critères d'évaluations pour évaluer les résultats obtenus.

3.2 LES SOINS DE SÉCURITÉ

Ils prennent en compte la gestion des risques liés à l'environnement et aux soins.

3.2.1 Gestion des risques de l'environnement

- Les soignants sont toujours joignables grâce au téléphone portable. Tous les résidents ont à leur disposition un système d'appel malade. Ce système d'appel malade sans fil est couplé en relais sur les téléphones portables.
- Les résidents peuvent librement disposer de la clef de leur chambre. Un passe est disponible, en cas d'urgence, pour l'ensemble du personnel soignant.

- Toutes les portes de l'établissement sont sécurisées par un système de verrouillage raccordé à la détection incendie. Les portes d'entrée principales de l'établissement sont automatiquement verrouillées à partir de 20h30, au départ des équipes de jour et ce, jusqu'à 6h30 à leur arrivée.
- Tous les résidents ont le libre accès aux espaces extérieurs (jardin) de l'établissement. Les résidents possédant une chambre à l'étage utilisent les ascenseurs ou les escaliers afin de s'y rendre.
- Le service des repas en chambre est pris en charge par les équipes soignantes pluridisciplinaires et par le personnel de cuisine dans la salle de restaurant de l'établissement. La vaisselle n'est pas personnalisée, mais il existe la possibilité d'avoir à disposition de la vaisselle adapté au handicap de certains résidents.
- Tout le matériel (chariot se soins, chariot de linge propre et sale, chariot ménage), utilisé par l'équipe soignante est respectivement enfermé dans des locaux spécifiques fermés par un digicode.
- La formation incendie est assurée pour l'ensemble des personnels et un responsable de sécurité incendie assure la gestion de la centrale de détection incendie présente sur chaque structure.
- Le règlement de fonctionnement de l'établissement fixe et précise les règles en matière de risques liés à l'environnement. (Ex. : ajout de matériel électrique spécifique dans la chambre du résident)
- La gestion circuit du médicament est formalisée en accord et sous la responsabilité des pharmacies de la ville. Les pharmaciens prennent en charge l'intégralité de la préparation des semainiers et les apportent dans l'établissement. Les infirmières assurent la distribution des médicaments dans le respect de la prescription médicale et s'assure de la prise médicamenteuse. L'ensemble des systèmes de stockage et de distribution des médicaments répond aux normes préconisées de sécurités. (Chariots fermés à clef, stockage dans un local pharmacie fermée à clef)
 La fiche nominative de prescriptions médicamenteuses, en complément de l'ordonnance, et sert de support aux personnels infirmiers pour la distribution des médicaments. Cette fiche nominative inclue la photographie des résidents.





Remplissage

TRACABILITE

L'attribution automatique du n° de lot est effectuée lors de cette opération. A tout moment, on peut consulter ou éditer les noms des



TRACABILITE : PHOTOS DU PILLULIER AVEC UNE WEB-CAM

Le stockage, le rangement des piluliers dans l'infirmierie

Le stockage des piluliers se fait à l'infirmierie, sur un mur ou dans une armoire. Le pilulier rempli est directement posé sur son support mural sans manipulation supplémentaire.





Préparation

La préparation, la distribution et la prise de médicaments

La préparation pour la distribution se fait à l'aide de plateaux contenant chacun 40 alvéoles pour 40 patients.



Distribution/plateau



Distribution/chariot

Si les médicaments hors piluliers (sachets, gouttes.) le nécessitent, ce plateau peut être posé sur chariot.



Le chariot Oréus est agencé pour accueillir jusqu'à

12 plateaux de distribution, 2 tiroirs, 1 pupitre pour le traçage de la distribution. La traçabilité de la distribution de fait par collage de l'étiquette de l'alvéole du patient sur un bordereau de distribution prévu à cet effet, ou par validation informatique (écran tactile en wifi sur un chariot, ou sur pocket pc synchronisé en cours de réalisation avec Oréus)

3.2.2 Gestion des risques dans les soins

➤ **Le secteur protégé :**

L'établissement propose un site d'hébergement organisé en quatre Cantous, secteur protégé (unité spécifique de prise en charge Alzheimer ou maladies apparentées) : **LA MAPAD**

Ces unités fonctionnent en parfaite autonomie tant sur le plan architectural qu'au niveau des personnels qui assurent la prise en charge des résidents. Cette structure est sécurisée par une porte à accès codé.

➤ **L'alimentation :**

La texture des repas est adaptée aux besoins du résidant. Des produits diététiques spécifiques sont à disposition pour les personnes présentant des troubles de la déglutition.

Une salle à manger permet de regrouper la majorité des résidants.

L'intégralité de la prise des repas est encadrée par le personnel paramédical et une infirmière est toujours disponible pour faire face aux situations d'urgences. (Fausses routes...)

Du matériel mobile d'aspiration est à disposition sur chaque structure.

➤ **Les chutes**

Il existe une procédure spécifique de signalement de chute renseignée par les personnels paramédicaux présents lors de chaque événement indésirable. Le dossier de soins notifie cet événement.

La gestion centralisée de ces fiches d'événement est traitée au niveau de l'établissement.

Ces données permettent d'établir, dans un second temps, une politique de prévention des chutes.

- Elaboration en juillet 2014 d'un protocole « Chutes » : prévention, prise en charge et suivi ;
- Evaluation du risque de chute à l'admission des résidents ;
- Mise en place d'un parcours de santé, dans le cadre d'une prévention primaire des chutes
- Installation dans les couloirs de circulation de sièges fixes

Axes de prévention des troubles de la marche et des chutes:

- Lutte contre la dénutrition
- Gestion des contentions : recommandations de l'ANAES: formation des soignants. Création d'une fiche de prescription et de suivi des contentions, après décision d'équipe et sur prescription médicale.
- Amélioration des activités physiques et de l'entretien des activités motrices par le kinésithérapeute.
Mise en place par un animateur d'un travail sur l'instabilité posturale. De façon systématique, une évaluation des possibilités du résident est réalisée dès son entrée avec mise en place d'un programme de réadaptation en groupe ou en individuel. Détection des chuteurs potentiels, travail sur les facteurs de risques. Formation d'incitation ou stimulation à la mobilisation par les soignants dans leur prise en charge quotidienne.
- Création d'une fiche de signalement de chute.

- Travail sur architecture : luminosité, couleurs, barres de seuils, barres de maintien
- Travail sur le syndrome de régression psychomotrice et post fall syndrome par la psychologue et le kiné.
- Travail sur le chaussage et l'habillement : passage à la demande, d'une pédicure podologue libérale dans chaque structure
- Mise en place par les animatrices de séances de danse de salon.
- Mise en place par le service animation, d'atelier de marche et de promenade.
- Parcours santé seniors

➤ **La contention**

Selon l'ANAES, « la contention physique dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisations volontaires de tout ou d'une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour la personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté »

Toute prescription de contention fait l'objet d'une discussion en équipe pluridisciplinaire sur l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le résident concerné.

Sa mise en place est un acte de soins sur prescription médicale, datée et signée. Elle est notifiée dans le dossier de soins. Elle fait l'objet d'une réévaluation régulière selon une fréquence définie en équipe.

Axes de prévention pour conduire une politique de réduction de la contention

- Actions d'information sur les dangers de la contention réalisées auprès des équipes soignantes.
- Formations sur les alternatives à la contention auprès des équipes soignantes (formation « Humanitude »)
- Création d'une fiche de prescription et de suivi des contentions, après décision d'équipe et sur prescription médicale.
- Travail sur les équipements pour limiter les risques d'accidents en cas de mise place d'une contention.

➤ **Les escarres**

Un protocole de prise en charge est établi et mis à disposition des équipes soignantes.

Axes de prévention des escarres

- Formation des soignants sur le thème plaie et cicatrisation. Mise en place d'un référent soignant dans l'établissement.
Mise à disposition dans le dossier de soins informatisée d'une fiche journalière de prise en charge des pansements et d'une fiche de changement de positions et de mobilisation des résidents concernés. Utilisation de l'échelle de BRADEN.
- Sensibilisation de l'ensemble des personnels à la verticalisation.
Formation en interne prévue pour l'ensemble des équipes sur les techniques de manutention et les outils de manutention adaptés.
- Mise en place d'un travail sur l'installation correcte au fauteuil et au lit avec utilisation de matériel spécifiques (coussins anti escarres, boudins de positionnement), sur les techniques de transfert et de changements de positions les techniques de massage préventif.
- Mise à disposition de matériel adapté aux soins et à la prévention (barres de maintien), soulève malade, verticalisateurs, guidon de transfert, fauteuil de douche.

Tous les lits sont équipés de matelas à mémoire de formes. Des matelas à air sont disponibles en cas de nécessité, des coussins de décharge, des coussins de positionnement ;

3.3 LES SOINS DE RÉHABILITATION À L'AUTONOMIE

Ces soins sont réalisés selon les besoins fondamentaux.

3.3.1 L'incontinence

C'est un des axes majeurs du projet de prise en charge des résidents dans l'établissement.

Les équipes soignantes favorisent au maximum la préservation des fonctions d'élimination en étant disponible et à l'écoute des demandes des résidents.

- Des documents (tableaux de suivi) et des étiquettes représentant les différents types de protections pour la prise en charge de l'incontinence, sont fournis par notre prestataire.

- La gestion globale des stocks est assurée par la responsable logistique en collaboration avec les équipes soignantes.
- Une formation de la prise en charge de l'incontinence est assurée par le laboratoire fournisseur deux fois par an.
- L'organisation du travail tient compte en priorité du maintien de l'autonomie pour les fonctions d'élimination. Cela se traduit par :
 - Une intégration dans le plan de soins
 - Une réévaluation par l'équipe pluridisciplinaire est réalisée à chaque fois que nécessaire.
 - La mise au WC planifiée sur la journée et la nuit.
 - Le respect des demandes des résidents pour aller aux toilettes ou sur le bassin.

4. La locomotion

Un des axes prioritaire de la prise en charge des résidents.

Les soins de locomotion sont effectués par le kinésithérapeute sur prescription médicale.

Les infirmières et aides-soignantes, sensibilisées à ce besoin fondamental « se mouvoir et maintenir une bonne posture », favorisent au maximum les déplacements des résidents dans l'établissement (accompagnement à la salle à manger, aux toilettes...), lesquels sont inscrits dans les plans de soins quotidiens

Du matériel tel que trépied, cannes, rampes murales..., sont à leur disposition pour les déplacements.

L'entretien de la marche ne peut se réduire à quelques « tours de services » et il est dommage d'utiliser le temps du masseur-kinésithérapeute pour cela. Nous avons donc mis en place un parcours de santé seniors situé à l'extérieur du bâtiment. Celui-ci est composé classiquement de différentes surfaces de contact (terre, sable, herbe, bitume, graviers,...), d'obstacles de faible hauteur à enjamber et de pentes douces (pont de bois). Des postes de repos sont placés le long du parcours et tous les obstacles sont évitables. Une éducatrice sportive est présente le lundi, le mercredi et le vendredi de chaque semaine afin d'accompagner les résidents sur ce parcours. La présence quotidienne (du lundi au vendredi) d'un jeune du service civique permet l'accompagnement à la marche de certains résidents.

3.3.3 L'hygiène

Les soignants respectent et favorisent l'autonomie pendant la toilette, les soins de bouche, le lavage des mains, afin de maintenir les acquis du résident, voir les restaurer.

Dans chaque plan de soins, des actions personnalisées sont proposées pour atteindre cet objectif de maintien de l'autonomie.

3.4 LES SOINS SPECIFIQUES

3.4.1 Droits et informations des résidents

L'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie doit être connu de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales. Il est important que le personnel soignant connaisse les droits des personnes âgées. Ces droits sont affichés dans l'établissement au niveau du hall d'entrée et le document est présent dans chaque salle de transmissions.

Le règlement de fonctionnement en place dans l'établissement définit, d'une part, les droits et les devoirs de la personne accueillie et, d'autre part les modalités de fonctionnement de l'établissement.

3.4.2 L'animation

Le projet d'animation est formalisé. Le service animation, composé de deux animatrices et en collaboration avec l'équipe soignante, travaille sur des axes principaux qui sont l'animation individuelle et l'animation collective.

Ces axes sont travaillés en prenant en compte les résidents quel que soit le degré de leur dépendance.

Les activités proposées émanent essentiellement d'un recueil de données des désirs, des besoins et des capacités des résidents.

Une commission « animation » se réunit tous les trimestres, afin d'évaluer le projet et de proposer de nouvelles activités, si besoin.

3.4.3 Alimentation – Nutrition

La nutrition est une activité de soins ; elle vise à maintenir et à restaurer la santé en combattant la dénutrition qui atteint souvent les personnes âgées.

Elle doit permettre d'apporter les éléments nutritionnels nécessaires à chaque personne, prenant en compte les régimes prescrits et une texture appropriée aux facultés d'ingestion de la personne âgée.

Elle contribue aussi au bien-être et à la santé, en suscitant désirs et plaisirs, indispensables pour le moral et l'équilibre psychique des résidents.

Une diététicienne est présente dans l'établissement une journée par semaine. Elle travaille en étroite collaboration avec l'infirmière référente « nutrition », le chef cuisinier et l'équipe soignante pour optimiser la prise en charge alimentaire des résidents.

Une commission des menus se réunit tous les trimestres. Cette commission est composée de personnel, de représentants des familles et des résidents, la diététicienne, le chef cuisinier.

La restauration est une activité logistique et hôtelière, qui implique des acteurs hôteliers, logistiques et soignants, coordonnée vers un même but pour le bien être des résidents : de la gestion des commandes à la cuisine centrale pour aboutir à la salle à manger.

Des règles d'hygiène strictes s'appliquent à la fonction restauration sur l'ensemble du processus. La méthode de maîtrise des risques alimentaires HACCP vise à garantir des pratiques bien codifiées à toutes les étapes, de l'approvisionnement à l'élimination des déchets.

Pour inciter à la prise de repas, celui-ci doit être servi dans des conditions adaptées, de température, de luminosité, d'horaires et de service. Il correspond aux habitudes alimentaires du résident.

Les soignants et la diététicienne jouent un rôle important dans l'identification des habitudes et goûts des résidents.

La distribution des repas est assurée par les soignants. L'ensemble des repas (petits déjeuners, déjeuners, goûters, soupers) sont servis en salle à manger ou en chambre si l'état de santé du résident le nécessite ou s'il le souhaite.

A chaque repas, les soignants sont présents auprès des résidents qui ont besoin d'aide et pour assurer la surveillance, ainsi que le personnel de cuisine pour le service à tables.

Il existe également une salle annexe pouvant accueillir une quinzaine de résidents qui nécessitent une aide et une surveillance plus importante, adaptées à leur pathologie. Trois soignantes sont disponibles et de la vaisselle ergonomique est proposée.

3.4.4 Prise en charge de la détérioration intellectuelle et des troubles psychiatriques

L'établissement accueille quelques résidents relevant du secteur psychiatrique. L'équipe soignante, pour les résidents présentant une détérioration intellectuelle, développe des activités en rapport avec les capacités de ces résidents (projet spécifique).

Tout résident présentant des troubles psychiatriques, bénéficie d'un suivi de consultation par un psychiatre de secteur avec EPSM. De plus, ces mêmes résidents, si nécessaire, bénéficient également d'un suivi mensuel de la part de l'infirmière du secteur psychiatrique.

Possibilité de prendre en charge les troubles du comportement avec l'outil « Snoezelen » (CF. projet de soins spécifique Mapad)

3.4.5 Prise en charge de la filière Alzheimer et des pathologies apparentées

La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer s'inscrit dans une filière de soins comportant une unité spécifiques des soins Alzheimer et maladies apparentées.

Une structure d'accueil de jour temporaire est souhaitable, compte tenu des besoins de la population environnante.

Un projet de soins spécifiques est élaboré pour cette unité de soins spécifiques.

3.4.6 Douleur

La douleur du résident est prise en charge par une infirmière référente « douleur » et l'équipe pluridisciplinaire

L'équipe peut faire appel à l'EMSP, (Equipe Mobile en Soins Palliatifs) du CH de Falaise qui intervient sur chaque site à la demande des médecins et des soignants.

Un protocole d'évaluation de la douleur est mis en place avec l'utilisation de l'outil « ECPA »

Une formation interne est en cours ; en collaboration avec un médecin extérieur, en vue de sensibiliser l'ensemble de l'équipe soignante à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

3.4.7 La fin de vie

Le résident reste une personne jusqu'au bout de sa vie. Son bien être est le premier souci de l'équipe soignante. Le respect de celui ci passe par une concertation permanente de l'équipe pluridisciplinaire.

Ses croyances religieuses et les directives anticipées sont respectées.

Les soins de nursing sont adaptés par une démarche de soins priorisant le confort et la qualité de vie.

Lors d'une fin de vie, si la famille est présente, elle est associée à la prise en charge. On lui facilite sa présence auprès de son parent en prêtant un appartement de l'établissement le temps nécessaire. De plus, elle bénéficie du soutien de l'équipe soignante et de l'équipe mobile en soins palliatifs, ainsi que de l'infirmière référente « fin de vie ».

L'établissement accueille des bénévoles de l'association « JALMALV » formés pour l'accompagnement en fin de vie. Ils travaillent toujours en coordination avec l'équipe soignante.

Une psychologue, travaillant à plein temps, assure un soutien psychologique du résident, des familles et des soignants si besoin.

Une formation « soins palliatifs » est programmée sur le deuxième trimestre 2014 ; cette formation est dispensée par le centre « ABIVEN » de Caen.

4. LES TRANSMISSIONS

Pour tous les soins réalisés, des transmissions sont retranscrites dans le dossier de soins informatisé « TITAN »

Il existe également des transmissions orales, qui ont lieu dans la salle de transmission de 6h45 à 07h00 avec les veilleuses de nuit et les infirmières (une sur chaque site), de 11h30 à 12h00 à la Mapad, de 16h30 à 17h00 à la Mesnie et de 20h45 à 21h00 sur chaque site avec les infirmières, l'équipe de jour et les veilleuses de nuit. Elles sont pluridisciplinaires et permettent de compléter les transmissions écrites et d'assurer la continuité des soins.