



EHPAD « LA MESNIE »

Projet de soins
Spécifique Mapad
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

I/ INTRODUCTION.....	2
1/ POPULATION CIBLÉE.....	2
2/ PERSONNEL SOIGNANT INTERVENANT DANS LA FILIÈRE.....	2
a- <i>Le médecin coordonnateur</i>	2
b- <i>L'infirmière coordinatrice : cadre de santé</i>	2
c- <i>L'infirmière</i>	3
d- <i>La psychologue</i>	3
e- <i>L'animatrice ; crée des espaces et des temps pour :</i>	3
f- <i>Les aides-soignantes AMP et ASH</i>	3
g- <i>Les agents de bio nettoyage</i>	3
h- <i>Le kinésithérapeute</i>	3
II/ PROJET DE SOIN SPECIFIQUE A LA MAPAD.....	4
1/ PRINCIPES FONDAMENTAUX.....	4
2/ L'ADMISSION.....	4
3/ EVALUATION GÉRONTOLOGIQUE STANDARD.....	4
4/ OBJECTIFS.....	5
a) → <i>Former les soignants de la filière sur la connaissance des maladies rencontrées et la prise en charge non médicamenteuse de celles - ci ;</i>	5
b) → <i>Revoir l'organisation de la prise en charge du résident en priorisant le respect du rythme de celui-ci ;</i>	5
c) → <i>Suivre le projet de soin et de vie de chaque personne accueillie ;</i>	5
d) → <i>Mettre en place une politique d'aide aux aidants ;</i>	6
III/ PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE.....	6
1/ PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT.....	6
1.1 <i>Prise en charge préventive</i>	7
1.1.1. <i>Ateliers de stimulation cognitive :</i>	7
1.1.2. <i>Ateliers de stimulation physique et sensorielle :</i>	8
1.1.3. <i>Ateliers d'expression et communication :</i>	8
1.1.4. <i>Ateliers de vie quotidienne :</i>	9
1.2 <i>Prise en charge curative</i>	9
1.2.1. <i>Le comportement perturbateur :</i>	9
1.2.2. <i>L'apathie :</i>	10
1.2.3. <i>La déambulation pathologique :</i>	10
1.2.4. <i>Les troubles du sommeil :</i>	10
1.2.5. <i>Les manifestations psychotiques :</i>	10
IV/ TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.....	10
V/ PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE LOCOMOTRICE.....	12
VI/ SÉCURITÉ MÉDICAMENTEUSE ET SURVEILLANCE MÉDICALE.....	13
VII/ COLLABORATION AVEC LES FAMILLES ET L'ENTOURAGE.....	14
VIII/ COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	14
IX/ FORMATIONS DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE.....	15
X/ Conclusion.....	15

I/ INTRODUCTION

Au sein de l'EHPAD « *La MESNIE* », une structure est réservée pour l'accueil des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, sous la dénomination « *MAPAD* » (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes). Ce pôle est essentiellement orienté sur les prises en charge alternatives aux médicaments de ces personnes.

Le projet de soins spécifique de cette filière va décliner la prise en charge et l'accueil des résidents pour les prochaines années.

1/ POPULATION CIBLÉE

La Mapad de Saint Pierre sur Dives accueille 48 résidents présentant des troubles cognitifs sévères, répartis en 4 cantous (Centre d'Activités Naturel Tiré des Occupations Utiles) dans une structure fermée.

2/ PERSONNEL SOIGNANT INTERVENANT DANS LA FILIÈRE

- 1 médecin coordonnateur
- 1 cadre de santé
- 1 psychologue
- 1 kinésithérapeute
- 1 animatrice référente
- 11 aides-soignantes
- 2 AMP (dont 1 la nuit)

Le médecin coordonnateur

- ✓ Veille à la prise en charge gériatrique et à une maîtrise adaptée aux réponses de santé.
- ✓ Coordonne la prise en charge médicale :
 - ✚ Coordination avec d'autres prestataires de soins
 - ✚ Organisation de la permanence des soins
 - ✚ Formation gériatrique continue du personnel
 - ✚ Avis sur les admissions et les critères d'évaluation des soins
- ✓ Coordonne la prise en charge non pharmacologique
 - ✚ Prise en charge globale des personnes accueillies
 - ✚ Référent de la planification des ateliers thérapeutiques et occupationnels

L'infirmière coordinatrice : cadre de santé

- ✓ Responsable de la prise en charge globale des personnes accueillies

- ✓ Responsable de l'organisation des soins

L'infirmière

- ✓ Rôle spécifique, non centré sur la délivrance exclusive des soins
- ✓ Travaille sur le suivi et le maintien d'une certaine autonomie des résidents

La psychologue

- ✓ Travail intellectuel et psychoaffectif des professionnels (rôle de soutien)
- ✓ Information et analyse de pratiques professionnelles
- ✓ Rôle dans la réflexion autour des ateliers proposés
- ✓ Rôle de soutien autour des familles

L'animatrice ; crée des espaces et des temps pour :

- ✓ Se motiver en stimulant le désir
- ✓ Se socialiser
- ✓ Se personnaliser

Les aides-soignantes, AMP et ASH

- ✓ Soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie
- ✓ Rôle d'éveil et encouragement de la communication des personnes accueillies
- ✓ Aide aux tâches thérapeutiques sous la responsabilité de l'IDE

Les agents de bio nettoyage

- ✓ Chargées de l'entretien et de l'hygiène des locaux
- ✓ Par leur présence, constituent un lien de sociabilité important

Le kinésithérapeute

- ✓ Réadaptation aux actes de la vie quotidienne

II/ PROJET DE SOIN SPECIFIQUE A LA MAPAD

1/ PRINCIPES FONDAMENTAUX

- Evaluation des capacités restantes, les valoriser et les faire durer
- Architecture de la structure adaptée aux personnes accueillies
- Améliorer la qualité de vie par une prise en charge pluridisciplinaire
- Optimiser les moyens matériels et humains
- Recréer du *BIEN VIVRE* en diminuant les situations d'échec
- Inclusion des familles

2/ L'ADMISSION

Les critères d'admission au sein de la *MAPAD* sont définies par :

- Un diagnostic établi de maladie d'Alzheimer ou pathologie apparentée
- Evaluation retentissement si présence de pathologie psychiatrique
- Identification des troubles du comportement
- Informations fournies par la famille

3/ EVALUATION GÉRONTOLOGIQUE STANDARD

Elle doit être réalisée à l'admission, et ré évaluer régulièrement par la suite ;

- Evaluation sociale : - Histoire de la famille et de la maladie
 - Statut marital et mode de vie
 - Aidant principal
 - Niveau socio-culturel
 - Aides sociales et statuts juridiques
- Évaluation somatique : - Examen clinique complet
 - Recherche de pathologies associées
- Evaluation nutritionnelle : - Albuminémie
 - MNA
 - Surveillance pondérale mensuelle
 - Bilan nutritionnel →fiche nutritionnelle
- Evaluation de la marche – troubles de l'équilibre par le kiné
- Evaluation de l'état cutané
- Evaluation sensorielle
- Evaluation de la douleur : outils d'évaluation appropriés
- Statut vaccinal
- Statut médicamenteux
- Evaluation de l'autonomie : évaluer les capacités restantes
- Evaluation des fonctions éliminatoires
- Listing des maladies chroniques et leur prise en charge

- Evaluation cognitive
- Evaluation biologique (selon l'ANAES)
- Evaluation organique : ECG – TDM cérébral

4/ OBJECTIFS

a) → Former les soignants de la filière sur la connaissance des maladies rencontrées et la prise en charge non médicamenteuse de celles - ci ;

Objectifs opérationnels

- Permettre à chaque soignant de la Mapad de connaître et comprendre les maladies rencontrées
- Promouvoir les demandes de formations spécifiques à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Humanitude
- Diminuer les troubles du comportement liés aux angoisses et à la non stimulation

Moyens d'évaluation

- Organisation de formations et informations « Humanitude »
- Réunions pluridisciplinaires
- Identification indicateurs de suivi (rapport d'activité médical annuel)

b) → Revoir l'organisation de la prise en charge du résident en priorisant le respect du rythme de celui-ci ;

Objectifs opérationnels

- S'adapter au plus près des besoins du résident en fonction de ses rythmes et capacités ; tout en prenant en compte les contraintes institutionnelles
- Diminuer les troubles du comportement lors des soins

Moyens, évaluations

- Organiser les soins par une planification globale
- Etablir un programme d'activités
- Projet de vie personnalisé
- Traçabilité dans le projet de vie de chaque personne

c) → Suivre le projet de soin et de vie de chaque personne accueillie ;

- Assurer la tenue du dossier de soins

- Construire et pérenniser un projet de soins et de vie individualisé pour chaque résident et en informer la famille
- Désignation d'un soignant référent pour chaque résident

d) → Mettre en place une politique d'aide aux aidants ;

- Impliquer les familles dans la vie de la Mapad
- Informer et soutenir les familles
- Présentation du projet de vie de chaque résident à sa famille avec consignation dans le dossier de soins (PAP)
- Organiser une réunion annuelle avec les familles
- JALMAV (visites bihebdomadaires de bénévoles) ;
- En collaboration avec l'association « France Alzheimer », projet à court terme, de rencontres « mensuelles » avec les familles, sur le thème « aide aux aidants ».

III/ PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE

1/ PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Le soin de la personne démente n'a pas pour but de faire disparaître totalement la symptomatologie démentielle par des techniques médicamenteuses ou non ; il a pour but d'améliorer la qualité de vie de la personne atteinte et de lui permettre de vivre dans la collectivité de l'unité.

Le soin peut être entrepris ; de manière préventive dans un premier temps :

- Par la limitation des situations d'échec et la sécurisation de l'environnement
- Par la reprise de la communication et d'une relation bénéfique au dément
- Par le repérage des attitudes et des échanges verbaux ou non qui auront un caractère rassurant et stabilisant.

Ces comportements de l'équipe soignante, appelés soins de bienveillance, seront la base de la prise en charge préventive de l'altération comportementale des résidents. Dans ce cadre, une organisation spécifique:

- Les aides-soignantes sont affectées (si possible) dans les mêmes cantous.

Dans un deuxième temps, l'équipe soignante doit être préparée à la prise en charge des troubles du comportement aigus ou chronique. Certains sont tolérables, d'autres non. Certains sont gênants, d'autres non. Mais tous doivent être repérés et analysés.

La prise en charge thérapeutique, en dehors des médicaments validés pour le traitement de la démence passe par des **INTERVENTIONS THERAPEUTIQUES**.

Nous nous référerons aux activités habituellement déployées en fonction des troubles psycho-comportementaux et de l'autonomie restante des personnes accueillies dans ce type de structures spécialisées. Ces activités dureront ½ heure à ¾ heure au regard des capacités de concentration des participants. Elles seront précédées d'un temps de préparation et suivi d'un temps de synthèse entre professionnels.

1.1 Prise en charge préventive

1. Ateliers de stimulation cognitive :

Les activités proposées sont ici des mises en situation ou simulations de situations vécues. Proposables aux différents stades de la maladie d'Alzheimer, elles sont adaptées aux troubles des personnes accueillies.

Leurs objectifs est de ralentir la perte d'autonomie dans la vie quotidienne.

Types d'intervention : sous la responsabilité de la psychologue

- Atelier réminiscence
- Atelier orthophonie permettrait une rééducation du langage et de la communication
- Atelier mémoire procédurale :

Le docteur Bénédicte Defontaines a écrit : « La maladie d'Alzheimer est avant tout une maladie de la mémoire épisodique explicite. La mémoire sémantique est altérée beaucoup plus tardivement. La mémoire implicite reste quant à elle pratiquement intacte jusqu'au bout...La mémoire implicite comprend ce que vous apprenez sans avoir l'impression d'effectuer un effort de mémorisation. Elle retient l'information sans garder le souvenir de son stockage. Elle correspond à la mémoire procédurale, à l'amorçage et au conditionnement. »

« La mémoire procédurale est très solide. Elle constitue les savoir-faire et les habilités motrices qui, avec la répétition, s'acquièrent tout au long de votre vie, par exemple faire de la bicyclette ne s'oublie jamais. »

Qu'elles qu'en soient les raisons, l'apprentissage fonctionne indépendamment de la pathologie, mais il faut se souvenir que la qualité de la relation et de l'environnement sont primordiales.

En pratique : on commence par regarder, observer, voir ce qui améliore le patient et ce qui l'aggrave, par apaiser le quotidien, y installer un sentiment de sécurité, un maximum de fluidité. La bonne humeur est un élément incontournable et indispensable au confort quotidien. La bonne humeur se nourrit de la sympathie qu'à son tour elle engendre : on regarde avec sympathie, on observe avec sympathie.

Ainsi on arrive à considérer le patient comme un sujet d'exception, un sujet unique, qui mérite une attention exceptionnelle. Les situations, les goûts, les capacités ne sont pas les mêmes et changent. Petit à petit, en multipliant les essais et les tâtonnements, on arrive à établir une sorte de protocole de vie quotidienne, qui n'a rien à voir avec « la vie d'avant », où les tâches et les loisirs sont répartis de manière à ce que chacun soit satisfait.

2. Ateliers de stimulation physique et sensorielle :

Les activités physiques peuvent avoir un effet positif sur le maintien d'une autonomie physique, mais aussi psychique. Elle impacte de fait sur les capacités cognitives, les aptitudes fonctionnelles et certains aspects comportementaux. D'où l'opportunité de recourir aux compétences d'un kinésithérapeute.

Par ailleurs, le manque de stimulation, en raison d'un environnement monotone et de déficits sensoriels, provoque souvent l'aggravation des troubles psycho-comportementaux (confusion, errance nocturne...)

Types d'interventions :

- Salle Snoezelen : espace détente et stimulation sensorielle pour diminuer les états d'agitation et d'anxiété. Les séances sont programmées ou selon les situations d'urgence ; elles sont supervisées et réalisées par la psychologue, secondée par des soignantes formées.
- Atelier relaxation : bains ; pour réduire le stress, les angoisses des accueillis
- Atelier gym douce, pour le travail de l'équilibre, la souplesse, la mobilité articulaire
- Repas thérapeutiques
- Atelier massage et soin esthétique, pour la conscience et la réappropriation du corps
- Séances de marche, pour le renforcement musculaire
- Musicothérapie
- Atelier chant
- Parcours santé

3. Ateliers d'expression et communication :

Ils visent un réinvestissement de la pensée, de la parole, de l'implication relationnelle et de l'inscription sociale.

Types d'interventions :

- Groupe de lecture
- Groupe de conversation
- Point presse
- Atelier peinture/dessin/bricolage/couture...
- Zoothérapie (travail avec un chien et des lapins)
- Rencontre intergénérationnelle

4. Ateliers de vie quotidienne :

L'occasion de se re-familiariser avec des actes et situations de la vie quotidienne, antérieurement sources de plaisir :

Types d'interventions :

- Ateliers cuisine, pour favoriser le désir et le plaisir de manger au regard des habitudes alimentaires,
- Jardin thérapeutique (animé par des bénévoles),
- Activités domestiques : mettre le couvert, faire le marché...
- Jeux de société : cartes, petits chevaux, dominos...
- Sorties : cinéma, musées, marches, plage...

NB : La participation des accueillis aux activités quotidiennes est souvent délicate car souvent acquittées par les professionnels. Pour autant ces activités :

- Le lit
- La toilette
- L'habillage
- Mettre les couverts
- Desserte de la table
- Vaisselle,

...peuvent, après réflexion, s'offrir comme supports de soins thérapeutiques.

Prise en charge curative

1.2.1. Le comportement perturbateur :

Le comportement perturbateur le plus souvent cité est l'agressivité ou l'opposition aux soins.

Dans ce contexte, le soignant doit commencer par des préliminaires pour rentrer en communication : approche axiale, les yeux dans les yeux, à petite distance pour capter l'attention. Puis, la voix doit être calme et sûre, sécurisante pour donner des consignes courtes et simples. Le soignant doit se rappeler que le résident dément a une attention et un jugement altérés : il doit, au total, donner un climat émotionnel positif (il y a peu d'atteinte de la mémoire émotionnelle au cours de l'évolution d'une démence de type Alzheimer). Le soin technique peut alors commencer en maintenant la capture sensorielle par la poursuite de l'explication de ses gestes. La personne démente ne peut être de force ramenée à notre réalité de soignant (hygiène, pose d'une sonde, une injection...); les soins d'hygiène quotidiens devront reproduire au plus près les habitudes du résident ; les soins médicaux, dont on aura au préalable mesuré la nécessité, seront pratiqués dans ce contexte de capture sensorielle et de climat émotionnel positif, dans un environnement lumineux, apaisant, spacieux.

1.2.2. L'apathie :

L'apathie est très fréquente chez les résidents déments. Il s'agit, à proprement parler, d'un trouble du comportement même s'il n'est pas perturbateur. En effet, le résident peut passer des heures entières, immobile dans son fauteuil. Le rôle du soignant est de s'assurer de l'absence de pathologie sous-jacente : douleur, état dépressif, dyspnée d'effort, épilepsie ou confusion postcritique prolongée chez le sujet très âgé. Ensuite, il doit vérifier que le résident ne souffre pas de son apathie et, sans le contraindre, il doit, dans un climat émotionnel rassurant, lui proposer de reprendre une vie sociale ou, tout du moins, une participation à la vie de l'unité. Les ateliers thérapeutiques proposés trouvent là également tout leur intérêt.

1.2.3. La déambulation pathologique :

La déambulation pathologique est un des critères d'entrée en USA. Elle doit être respectée par l'équipe soignante et, de plus, elle est sécurisée et pensée architecturalement.

La liberté d'aller et venir avec obligation de sécurité (sécurisation du puits de lumière), est respectée suivant les recommandations de l'ANESM.

1.2.4. Les troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil sont fréquents. Leur prise en charge passe d'abord par une étape de diagnostic étiologique : syndrome d'apnée du sommeil, syndrome des jambes sans repos, insomnies isolées ou intégrant un syndrome dépressif, origine iatrogène, inversion du rythme nyctéméral d'origine centrale. Dans un deuxième temps thérapeutique, une option médicamenteuse pourra être suggérée si le trouble du sommeil est mal toléré ou très perturbateur.

1.2.5. Les manifestations psychotiques :

Les manifestations psychotiques, délires ou hallucinations, devront être connues du personnel soignant. Leur prise en charge est difficile et nécessitera l'intervention de la psychologue, de l'IDE psychiatrique et du psychiatre (CF. convention avec l'EPSM de juin 2014).

IV/ TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Ils sont constants au cours de l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Ils font partie des causes de perte de poids et de dénutrition. Cette perte de poids est un élément de

mauvais pronostic. Une pesée mensuelle sera indispensable ; une évaluation du statut nutritionnel par le dosage de l'albuminémie et le MNA (Mini Nutritional Assessment) sera utile pour le diagnostic et le suivi de la dénutrition. L'établissement bénéficie de la présence d'une diététicienne pour le rôle préventif, le rôle d'évaluation et la proposition de prise en charge. S'il existe des troubles du comportement au moment des repas (déambulation, mélange d'aliments,...) ou des troubles dyspraxiques ou visuels, il sera possible d'aider et d'accompagner le résident pendant les repas ; on pourra aussi proposer de présenter les plats un par un, privilégier les aliments qui se mangent avec les doigts, « le manger mains » ou proposer les repas à un autre moment plus adapté. S'il existe des troubles de la déglutition, il sera proposé des aliments à texture modifiée

Une cause somatique ou iatrogène sera recherchée devant toute perte de poids inexpliquée.

Résident	FAIRE	NE PAS FAIRE
S'alimente seul	<ul style="list-style-type: none"> - Peser le résident chaque mois - Veiller à une alimentation variée et appétissante - Offrir le choix : fromages, fruits, parfums (laitages, boisson,...), quantité à servir - Communiquer avec l'équipe de cuisine au sujet des repas et de l'appréciation des plats pour répondre aux attentes - Surveiller la consommation des plats d'origine animale (midi/soir) : viande, poisson, laitage - Veiller à la présence de 4 produits laitiers par jour - Planifier le service de boisson toutes les 2 heures - Signaler tout changement de comportement lors du repas : appétit, refus, tristesse, endormissement... 	<ul style="list-style-type: none"> - Penser qu'une personne âgée, inactive, se nourrit « de peu ». Ses besoins sont identiques à ceux de l'adulte à activité équivalente - Délaisser une personne qui n'est jamais « contente » des repas. Ceci traduit un état de mal être à prendre en considération. Le problème est à rechercher en dehors du contexte du repas (douleur, dépression) - Manquer de vigilance par rapport à la consommation des repas et à la prise de boisson. Même indépendante, la personne âgée court un risque de dénutrition et de déshydratation. - Laisser un résident quitter la salle à manger sans s'assurer que ses mains et son visage soient propres.
A peu d'appétit	<ul style="list-style-type: none"> - Parler du menu et de ses composantes. Faire appel à la mémoire, à la saison, aux fêtes pour donner « envie » - A l'office, un mixeur de bonne qualité permet de réaliser des mousses de fruits, des gaspachos (soupes froides de crudités d'été) et des veloutés (melons, pastèques) - Privilégier les produits laitiers pour pallier à une insuffisance de consommation de viande ou de poisson - Enrichir en priorité avec des aliments de base (œufs, lait 	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter le plat suivant avant que la personne ait fini le précédent. Ne pas laisser le temps de manger. - Mixer les repas dès que des difficultés de mastication ou de déglutition apparaissent. Passer au menu mixé est une décision difficile à prendre par l'équipe de soins car souvent irréversible. Les plats doivent rester identifiables - Rester indifférent à une perte d'appétit de plusieurs jours - La perte d'appétit est un indicateur fiable à noter dans le dossier médical après l'avoir notifié au médecin

	concentré, fromages : béchamel, purées, gratin, flan, crèmes, clafoutis, fromage blanc, yaourts, lait parfumé sans augmenter le volume	
A besoin d'aide	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les capacités motrices afin de les utiliser au mieux et de les maintenir : cuillère à dessert, assiette à rebord,... Voir ce qui peut être réalisé ou non : - couper, boire, mise en bouche - Harmoniser l'aide et rassurer en cas de maladroites - Proposer quelques gorgées d'eau pour faciliter la déglutition et pallier un manque de salive - Stimuler la personne par la parole et le toucher augmente la prise alimentaire. La chaleur humaine, le sourire et les paroles aident à tolérer la dépendance - Laisser le temps d'avaler 	<ul style="list-style-type: none"> - Mélanger les différents éléments du plat chaud. Ces mélanges sont peu esthétiques et de goût peu fidèle - Se mettre face au résident pour donner à manger. Préférer l'angle de la table (90°) pour libérer le champ visuel, apporter une aide efficace et plus discrète - Faire manger plusieurs personnes à la fois « machinalement ». Dans ce cas dire quelques mots personnalisés pour « reconnecter » la communication - Parler à ses collègues pendant qu'une aide est apportée - Précipiter le repas
Pour le sujet dément	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôler régulièrement son poids Le solliciter doucement, avec patience pour absorber les aliments - Lui laisser la possibilité de : <ul style="list-style-type: none"> ● mélanger les éléments de son repas ● manger debout s'il le souhaite ● grignoter des aliments mis à sa disposition (biscuits, fruits frais ou secs,...) l'essentiel est qu'il mange ● déambuler dans les couloirs 	

VI/ PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE LOCOMOTRICE

Un masseur kinésithérapeute, salarié à temps partiel dans l'établissement, intervient actuellement sur le site de la Mapad pour une quotité réduite de son temps de présence. S'il effectue essentiellement des soins d'urgence et de rééducation, il ne peut assurer qu'épisodiquement l'entretien des acquis auprès des résidents. La prise en charge régulière des complications de l'immobilisme au fauteuil et de l'alitement prolongé (activité musculaire, entretien orthopédique, stimulation fonctionnelle,...) ne

sera possible qu'avec la participation d'autres intervenants dans des conditions matérielles adaptées. Notre projet vise à résoudre cette problématique en proposant les moyens humains et matériels nécessaires à la mise en place d'une politique de prévention et d'entretien des capacités physiques des résidents de la Mapad. Cette politique serait guidée par le masseur-kinésithérapeute mais réalisée par les équipes en tenant compte de leurs compétences propres.

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.

Afin d'entretenir les capacités physiques des patients de la Mapad, une gymnastique douce hebdomadaire en groupe pourra être proposée. Celle-ci sera également menée par des membres de l'équipe animation après que l'équipe médicale et le kinésithérapeute en aient validé l'intérêt et les limites pour chaque résident sélectionné. D'une durée de 30 mns maximum, elle ne nécessite pas d'achat de matériel puisque celui-ci existe déjà et était utilisé par un intervenant extérieur dont le contrat s'est arrêté à la fin 2013.

Un programme d'action spécifique est déjà en cours dans l'établissement à propos de la prévention des chutes des résidents de la Mesnie. Pour compléter cette procédure, une action spécifique et individualisée pourra être effectuée par le masseur-kinésithérapeute en réponse à une ordonnance médicale. Chronophage, cette prise en charge individuelle consiste en des mises en situation avec travail des relevés du sol et des transferts faisant suite à la réalisation et à l'interprétation de bilans complexes et spécifiques (Tinetti, Berg,...) ainsi qu'à une étude et une modification éventuelle du lieu de vie du résident. Si cette action est réalisée hors du temps de présence habituel du masseur-kinésithérapeute salarié de la Mesnie, elle sera codifiée et rémunérée en actes équivalent à ceux applicables pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

VI/ SÉCURITÉ MÉDICAMENTEUSE ET SURVEILLANCE MÉDICALE

La prise des médicaments est sous la surveillance des infirmières et des aides-soignantes (en collaboration étroite avec les IDE). Les médicaments sont préparés à l'avance par le pharmacien référent de l'établissement sur prescription du médecin traitant consultable sur le dossier informatisé. Chaque résident a une fiche traitement. Le médecin coordonnateur a pour mission de limiter le risque iatrogène :

- La mesure de la clairance de la créatinine
- La surveillance des éventuelles interactions médicamenteuses

- La prévention des effets secondaires : troubles du transit, troubles de la vigilance...
- La limitation des médicaments psychotropes : benzodiazépines, neuroleptiques (tout particulièrement les phénothiazines)

Enfin, le médecin coordonnateur devra favoriser les diagnostics étiologiques des démences pour pouvoir faire bénéficier chaque résident des thérapeutiques médicamenteuses validées dans certaines démences (anticholinestérasiques et mémantine), et s'assurer de leur bonne utilisation en accord avec leur autorisation de mise sur le marché. Une surveillance toute particulière sera portée à la survenue d'épisodes dépressifs majeurs dont le diagnostic est particulièrement délicat chez la personne démente, ainsi qu'à leur traitement, préférentiellement par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

La surveillance médicale est assurée par le médecin traitant du résident, choisi par lui ou sa famille et proposé sur une liste de médecins intervenant dans l'établissement. Il donnera toutes indications aux infirmiers quant aux mesures spécifiques de la surveillance des pathologies somatiques chroniques du résident : mesures des constantes vitales (TA, pouls, saturation en oxygène), glycémie capillaire, surveillance de l'état cutané...

VII/ COLLABORATION AVEC LES FAMILLES ET L'ENTOURAGE

Les liens du résident avec son entourage, familial ou non, seront maintenus et encouragés, ainsi que la vie de couple. Le maintien d'une vie relationnelle affective stable du résident dément est un atout majeur pour la prévention des troubles du comportement. Les familles seront invitées à participer à la vie de l'unité : partage des repas, sorties éventuelles, décoration des locaux, participation aux animations de loisirs...

Enfin, les familles pourront bénéficier d'une information sur un plan général et sur un plan individuel. Ainsi, les familles, ayant pu anticiper les modifications de l'état de santé de leur proche, seront plus facilement partie prenante du projet de soins individualisé.

Des réflexions sont menées par un groupe de travail sur le thème « couple et sexualité » et des réunions d'informations et d'échanges sont proposées aux familles avec les soignants.

VIII/ COMMUNICATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Sur un plan déontologique, chaque résident a le choix des intervenants médicaux et paramédicaux qui prendront en charge sa santé : médecin traitant, lieu d'hospitalisation, kinésithérapeute, biologiste, radiologue, pharmacien...Le médecin coordonnateur de l'établissement aura donc pour tâche de coordonner l'action de chaque professionnel de santé intervenant à la Mapad dans le respect du projet de soins et du code de déontologie. Le dossier de soins informatisé individuel, tenu à jour, rapportera tous les événements marquants de la vie et de la santé du résident et sera à disposition de ces professionnels de santé qui devront, eux aussi, transmettre toutes informations et recommandations qu'ils jugeront utiles. Une convention de

partenariat a été signée avec le CH. de Falaise et l'EPSM de Caen, pour proposer dans les meilleures conditions d'éventuelles hospitalisations en mode d'entrée directe. L'objectif est de limiter au maximum ces hospitalisations pour élaborer des prises en charge adaptées et éviter ces hospitalisations.

IX/ FORMATIONS DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

La maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont des pathologies complexes, chroniques et d'évolution longue. Tout membre de l'équipe soignante, à son niveau, doit pouvoir bénéficier de formations externes lui permettant d'améliorer ses pratiques. La psychologue de l'établissement réunit l'équipe soignante régulièrement pour permettre à chaque membre de l'équipe de pouvoir exposer ses difficultés rencontrées au contact des résidents déments avec troubles du comportement.

Enfin, des sessions de formation sont et/ou seront organisées avec des intervenants extérieurs experts sur des sujets qui pourraient intéresser l'équipe, en invitant tous les professionnels de santé extérieurs intervenant dans l'établissement :

- Prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement :
 - ✓ « Humanitude »
 - ✓ « Snoezelen »

- Prise en charge de la douleur
- Formation « fin de vie », soins palliatifs
- Formation « bientraitance »
- Formation « consolidation des savoirs dans le domaine des démences et maladies apparentées »

X/ CONCLUSION

Ce projet de soins en unité de soins Alzheimer concentre tous ses objectifs sur le maintien de la qualité de vie des résidents qui y vivent et propose un complément thérapeutique non médicamenteux à la prise en charge de la démence. Ces pathologies neurodégénératives qui sont des maladies longues et pour lesquelles il n'existe pas encore de traitements curatifs, nécessitent une prise en charge difficile pour l'équipe soignante et pour l'entourage du résident. Dans le respect constant de l'individu malade, toutes les actions de soins décrites ci-dessus permettront aux résidents de rester dignes dans leur maladie en limitant, dans la mesure du possible, les souffrances physiques et psychiques occasionnées par leurs pathologies.

Dans ce cadre, « un accueil de jour », voir un accueil de nuit, permettrait de répondre davantage à ces objectifs de respect de qualité de vie des résidents et/ou des aidants.