

Maison de Retraite Médicalisée  
E.H.P.A.D

**LES COLLINES**

13 rue Gounod  
68400 RIEDISHEIM

**PROJET DE SOINS**

## - SOMMAIRE -

	PAGE
LA PHILOSOPHIE DE L'ETABLISSEMENT	3
PREADMISSION	4
L'ACCUEIL	5
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les éléments de confort de vie</li><li>▪ Les éléments de dépendance</li><li>▪ L'histoire de vie</li><li>▪ L'admission</li></ul>	
SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT	8
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Les prises en charge spécifiques</li><li>▪ L'organisation des soins</li></ul>	
Les axes d'amélioration DE 2011 A 2015	20

**LA PHILOSOPHIE DE L'ETABLISSEMENT  
DANS LE DOMAINE DES SOINS**

**NON PAS GUERIR MAIS SOIGNER**

ON NE GUERIT NI DE LA VIEILLESSE NI DE LA MORT



IL FAUT FAIRE EN SORTE QUE CHACUN PUISSE VIVRE LE PLUS  
HUMAINEMENT POSSIBLE LA VIEILLESSE ET LA MORT

## LA PREADMISSION

Si le Directeur prononce l'admission du résident, l'avis de l'équipe médico-soignante est primordial à la bonne adaptation du résident.

Un rendez-vous est pris avec le futur résident accompagné de la personne de confiance pour une visite de l'établissement. A cette occasion, il rencontre le médecin coordonnateur dans le cadre d'une consultation de pré-admission en présence de l'infirmier coordinatrice.

Lorsque, pour des raisons de santé, la personne âgée ne peut se déplacer, le médecin coordonnateur et l'infirmier coordinateur se rendent au domicile du futur résident ou à l'hôpital.

Cette rencontre permet également d'orienter, s'il y a lieu, le résident vers un hébergement en unité de vie protégée et d'expliquer à ses proches les particularités de cette prise en charge, décision pour laquelle le médecin traitant est consulté (cf. [projet spécifique](#)).

En cas d'inadéquation nette avec les possibilités de prise en charge au sein de l'institution, la personne est réorientée vers une structure adaptée (soins de longue durée, hospitalisation gériatriques, services d'aide à domicile). Dans tous les cas l'admission ne se fait pas sans accord de la personne âgée. Elle ne sera jamais acceptée en cas de refus express, même face à des pressions familiales.

L'entrée en institution doit faire partie du projet de vie du résident, cette première rencontre permet de s'assurer de son consentement et de comprendre les problématiques qui l'on conduit à entrer en institution. Lorsque l'altération des capacités de jugement ne permet plus de recueillir le consentement du résident, la décision d'entrée en institution est prise, dans son intérêt et en l'absence d'alternative, avec la personne de confiance et/ou son représentant légal.

La conclusion de cette visite est transmise au Directeur de l'établissement avant décision définitive.

## L'ACCUEIL

L'arrivée se fait en présence de la famille l'après-midi entre 14 et 16 heures de façon à ce que la disponibilité des soignants soit optimale. L'accueil se fait avec l'infirmière coordinatrice et un(e) soignant(e).

La chambre est aménagée avec des meubles et objets personnels avant l'admission afin que le/la résident(e) retrouve immédiatement des repères connus. De cette façon, il ou elle va pouvoir rejoindre sa chambre dans les meilleures conditions possibles grâce aux informations données sur le cadre de vie et ses possibilités d'aménagement par la famille.

Le premier repas peut être pris en commun avec 2 membres de la famille si elle le souhaite. Le personnel est attentif aux souhaits et besoins de la personne et l'aide soignant référente centralise ces informations dans le cadre du projet individuel de vie et du plan de soins.

Une information sur les habitudes de vie et les souhaits du résident est faite à l'équipe au moment des transmissions du jour de l'admission. Les premières actions mises en place mobiliseront tous les membres de l'équipe soignante mais aussi l'équipe hôtelière, la cuisine et l'animatrice. Le tout sera planifié dans le plan de soins et les transmissions écrites du dossier informatisé. Elles seront actualisées au jour le jour sur le plan de soins par les membres de l'équipe soignante. Les soignants référents en seront les garants.

Le résident sera présenté à l'équipe pluridisciplinaire lors de la première réunion suivant l'admission.

L'institutionnalisation reste un moment douloureux. La présence accrue du personnel pendant les quelques jours suivants l'admission est importante. Si l'admission est difficile, l'accueil reste un moment privilégié pour développer des liens d'empathie grâce à une écoute attentive de la souffrance possible des personnes admises.

## LES ELEMENTS DE CONFORT DE VIE

Les éléments d'observation recueillis sont les suivants :

- ⇒ Habitudes alimentaires
- ⇒ Horaires des repas, du lever, du coucher, de l'habillage et des soins
- ⇒ Utilisation de la communication interne (appels malades,...)
- ⇒ Habitudes de vie (occupations, loisirs, lecture, télévision)
- ⇒ Utilisation de l'espace privé (chambre, placard, lit) et commun (salle à manger, salon)
- ⇒ Repérage d'éléments d'inconfort physique (marche, douleur...)

## LES ELEMENTS DE DEPENDANCE

- ⇒ Locomotion (marche, fauteuil-roulant, déambulateur ...)
- ⇒ Hygiène
- ⇒ Continence
- ⇒ Détérioration intellectuelle
- ⇒ Troubles du comportement (fugues, agressivité...)
- ⇒ Alimentation
- ⇒ Utilisation de prothèses (visuelles, auditives...)

## L'HISTOIRE DE VIE ET L'ELABORATION DU PROJET DE VIE

L'Aide-Soignant référent voit systématiquement les personnes admises et leur famille afin de faire un recueil de l'histoire de vie des résidents. Elle utilise également l'histoire de vie rédigée par la famille avant l'arrivée dans l'établissement : ce document est d'autant plus important dans le cas où le résident est atteint d'une pathologie de type Alzheimer car il se révèle alors souvent être la source d'information écrite principale.

Le médecin de la personne, averti préalablement, fait une visite d'admission en utilisant le dossier type de l'établissement. Les actions gériatriques à programmer sont décidées en coordination avec le médecin coordonnateur en cas de besoin (kiné, consultation gériatrique).

De même, l'infirmier référent (répartition par étage) sera également garant des actions gériatriques menées.

Les principales informations concernant les résidents nouvellement arrivés sont présentées par la référente en réunion multidisciplinaire.

Le tout sera planifié dans le plan de soins et dans les transmissions écrites du dossier informatisé par l'infirmier en collaboration avec le/la soignant(e) référent(e).

Une information sera faite à l'équipe au moment des transmissions du jour de l'admission.

Quelques temps après l'entrée en institution une synthèse de tous les renseignements pris (feuille remplie par la famille dans le dossier de pré admission, renseignements recueillis lors de l'admission, au cours du début de vie dans l'institution par l'équipe et le/la soignant(e) référent(e) et au cours du rendez-vous avec la famille) est faite sous la forme d'une démarche de soin aide soignant simplifiée par le/la soignant(e) référent(e).

## LE SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT

Les soignants référents présentent en réunion pluridisciplinaire les informations recueillies et les actions mises en place depuis l'admission du résident pour évaluation.

Deux possibilités se présentent :

- Les actions mises en place conviennent au résident, dans ce cas un projet de vie est proposé.
- Les actions mises en place ne conviennent pas au résident, dans ce cas d'autres actions mieux appropriées seront proposées et mises en place. Une réévaluation sera effectuée lors d'une réunion pluridisciplinaire ultérieurement jusqu'à l'obtention d'une proposition de projet de vie mieux adaptée aux souhaits du résident.

Le but de la prise en charge est de favoriser le maintien de l'autonomie en fonction de l'histoire de vie et de la pathologie des résidents. Il faut détecter une baisse d'autonomie, l'analyser de façon à :

## LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

- ✓ Traiter une cause curable de baisse de l'autonomie
- ✓ Maintenir la capacité des résidents
- ✓ Adapter la prise en charge à l'évolution de l'état de santé ou de la dépendance
- ✓ Augmenter les ressources face aux capacités

Une évaluation gériatrique est assurée par le médecin coordonnateur.

**Dans ce cadre, la démarche soignante retenue trouve son fondement dans l'application du schéma suivant :**

### SCHEMA DE WOOD

VIEILLISSEMENT ⇒ DEFICIENCE ⇒ INCAPACITE ⇒ HANDICAP

Maladie ⇒ au niveau organe / fonction ⇒ au niveau individu ⇒ au niveau social

- Retentissement social de l'incapacité -

*Ex. Hémiplégie droite*

*Ex. Incapacité d'utilisation du membre inférieur*

*(Ex. Incapacité de faire la cuisine pour un cuisinier)*

✓ **Marche et maintien de la mobilité**

Evaluation des troubles de la marche



- Intervention de l'ergothérapeute
  - Consultation spécialisée si nécessaire
  - Stimulation à la prise des repas en salle à manger quotidiennement – le maintien en chambre étant lié à l'état général de la personne – Le trajet est un exercice de gymnastique.
  - Stimulation à l'utilisation des aides techniques : déambulateur, autonomie en fauteuil roulant
- ✓ **Troubles cognitifs et souffrance psychique**

- En partant de l'histoire de vie, maintien d'un fil rouge par les pôles d'intérêts existants
- Détection et prise en charge des troubles cognitifs
- Travail en lien avec les consultations spécialisées
- Travail avec la psychiatrie de liaison et la psychologue de l'établissement (un gériopsychiatre du secteur intervient 1 fois par mois et une infirmière psychiatre tous les 15 jours)
- Détection et analyse des troubles du comportement en équipe multidisciplinaire

Concernant la prise en charge spécifique de résidents atteints de pathologies de type Alzheimer, il convient en outre de se référer au projet relatif à l'unité de vie protégée. Bien entendu les réflexions valables pour les autres résidents dans le cadre du projet de soins le sont également pour cette dernière mais d'autres éléments complémentaires sont précisés dans le projet dédié à cette unité.

✓ **Prise en charge des problèmes cutanés**

Dans cette optique l'ensemble du personnel soignant est mobilisé dans le but de les éviter. Une attention particulière est portée aux résidents à faible mobilité ou présentant une situation à risque.

✓ **Prise en charge de la douleur**

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites comme si ces lésions existaient. La douleur est toujours subjective. Chaque individu apprend à quoi s'applique le terme en raison d'expériences liées à des blessures du début de la vie.

Afin de garantir une prise en charge de qualité il est donc nécessaire de pallier à cet inconfort et une réflexion sur ce point sera menée dans le cadre d'un protocole spécifique.

De plus, en cas d'inadaptation de la structure pour garantir un traitement efficace de la douleur une réflexion sera menée en concertation avec le résident et/ou sa famille, le médecin coordonnateur, le médecin traitant et l'infirmier coordinatrice, afin d'envisager une prise en charge spécialisée (Intervention possible de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs ou de l'Unité Mobile de Gériatrie).

✓ **Prise en charge nutritionnelle**

La variation de poids est le meilleur indicateur nutritionnel. Une pesée est effectuée systématiquement à l'admission et 1 fois par mois (voir plus sur prescription médicale). En cas de perte de poids significative, un avis médical est demandé concernant les causes potentielles de dénutrition. Parallèlement, une feuille de surveillance alimentaire est mise en place.

En cas de dénutrition par carence d'apports, un suivi des apports est organisé et un régime hyper protidique, hyper calorique avec prescription de compléments oraux est mis en place sur prescription médicale. De plus, selon les besoins, la texture des repas sera adaptée à la personne.

Une consultation spécialisée est demandée si besoin.

Une attention toute particulière est portée sur l'hydratation, en raison de la perte de la sensation de soif concomitante à l'avancée en âge, avec la possibilité de proposer plusieurs boissons afin de rendre l'hydratation plus aisée. En cas de problème une feuille de suivi est également mise en place.

✓ **Prise en charge de l'incontinence**

Le statut urinaire des résidents est évalué dès l'arrivée, par l'aide soignant référente, avec l'aide de l'équipe, de façon à avoir une attitude cohérente dans le cadre du plan de soins. Par la suite, en fonction des modifications de son état général ou en cas d'inadéquation des aides mises en place une réévaluation est organisée afin

d'offrir une prise en charge adaptée de ce problème. De même, en cas de besoin une consultation incontinence peut être organisée.

✓ **Prise en charge des troubles du transit (constipation et diarrhée)**

En raison de la spécificité des patients gériatriques une attention toute particulière est portée sur ces points afin d'assurer une certaine qualité de la prise en charge et d'éviter des problèmes intercurrents.

➔ **Voir Conduite à tenir en cas d'épidémie de gastro-entérite et le Protocole Constipation en annexe.**

✓ **Soins palliatifs**

L'objectif est le maintien des résidents en fin de vie à la Maison de Retraite. La seule indication d'hospitalisation est l'impossibilité de gérer le confort de la personne. L'assistance de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs sera sollicitée dans les situations complexes. C'est la décision de niveau de soins palliatifs qui est l'étape la plus difficile à gérer chez des résidents qui ont un état général fortement dégradé.

Ce niveau de soins est déterminé d'abord en équipe multidisciplinaire au vu d'indicateurs de qualité de vie détériorés ou de mauvais pronostic vital à court terme.

Un travail avec le résident et la famille est pratiqué à ce moment à l'occasion d'une réunion qui associe également l'aide soignant référent, le médecin coordonnateur et/ou traitant ainsi que l'infirmière coordinatrice. Le niveau de soins est expliqué et des objectifs permettant un confort maximum de la personne en fin de vie sont fixés à ce moment-là.

Le contrôle de la douleur est un objectif encore plus important ainsi que le traitement des symptômes de fin de vie.

La prise en charge sociale : la présence de la famille est favorisée au maximum, les horaires de visites sont élargis. La présence est permise jour et nuit en fonction des sensibilités des familles.

La présence des soignants est renforcée auprès des résidents en fonction des possibilités de l'équipe de soins.

La spiritualité des personnes en fin de vie est prise en compte. Discussions avec les familles de l'histoire de vie de la personne et prise en compte de la religion du résident, notamment avec la possibilité de faire intervenir des représentants religieux à la demande du résident (sur le moment ou si le souhait a été exprimé préalablement).

➔ **Voir protocole d'Accompagnement et de Soins de fin de vie en annexe.**

✓ **Les contentions**

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

Le bénéfice des mesures de contention est incertain, celles-ci exposent à de nombreuses complications. Sur le plan psychologique, le vécu de la contention est souvent douloureux pour le résident et ses proches.

Le recours à la contention physique est donc limité au maximum et s'appuie sur les recommandations en vigueur :

- prescription médicale après évaluation du rapport bénéfice-risque
- réflexion pluridisciplinaire autour d'alternatives possibles
- information du résident et de ses proches
- utilisation d'un matériel adapté qui préserve la dignité du résident
- surveillance étroite des complications
- réévaluation médicale régulière

Les barrières de lits sont considérées comme un moyen de contention sauf circonstance particulière (lorsqu'une seule barrière est mise en place à la demande du résident, pour l'aider à la mobilisation dans le lit par exemple). En dehors des situations particulières, il conviendra d'élargir le cadre de notre réflexion sur la contention physique, ses aspects médicaux, psychologiques, éthiques, par le biais des formations ou dans le cadre de l'analyse des pratiques.

✓ **L'animation**

Le soin, à la condition d'être personnalisé, peut être une animation en tant que telle. Cela passe par une présence effective du soignant à ce moment là, ainsi qu'une stimulation à la participation du résident. C'est aussi l'explication du soin donnée aux résidents même les plus dépendants.

L'animation donne lieu à un projet spécifique, créé, notamment, en concertation avec les bénévoles intervenants dans l'établissement qui ont un important rôle à jouer en ce domaine.

## L'ORGANISATION DES SOINS

### ✓ Rôle du médecin coordonnateur

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur :

- Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général et l'organisation des soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre,
- Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution,
- Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement,
- Evalue et valide l'état de dépendance des résidents ainsi que les états pathologiques des résidents,
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité de soins,
- Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits,
- Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement,
- Elabore le dossier type de soins et organise son utilisation par les intervenants extérieurs,
- Etablit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins, l'évolution de l'état de dépendance et des états pathologiques des résidents,
- Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels,
- Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés ou d'autres formes de coordination.

✓ **Rôle de l'Infirmière coordinatrice**

L'infirmière coordinatrice est responsable :

- De la gestion et de la qualité des soins
- De la gestion et du développement des ressources humaines de son équipe (infirmiers, aides soignants, agents de service hospitalier), ainsi que de leurs formations
- De la gestion du matériel de soins et de l'organisation du circuit du médicament
- Du service hôtelier dans son ensemble (cuisine, lingerie, entretien, ASH), en collaboration avec la référente hôtelière.

➔ **Voir fiche de poste de la référente hôtelière en annexe.**

L'infirmière coordinatrice :

- Effectue le contrôle de la qualité des soins
- Réalise l'évaluation de son personnel
- Élabore avec son équipe le projet de soins
- Travaille en forte collaboration avec le médecin coordonnateur

L'infirmière coordinatrice coordonne les actions de son service avec :

- Le corps médical
- L'administration
- L'animatrice
- La psychologue
- Les services prestataires (pharmacie,...)
- Les résidents et les familles
- L'ergothérapeute
- Le kinésithérapeute

➔ **Voir fiche de poste de l'infirmière coordinatrice en annexe.**

✓ **Rôle du kinésithérapeute**

Le kinésithérapeute d'établissement occupe un poste à temps partiel (40%), il intervient 4 demi-journées par semaine. Ses objectifs sont axés sur le maintien de l'autonomie du résident, la lutte contre la douleur et le confort de vie.

**Evaluation des troubles de la marche et de l'équilibre :**

L'entretien avec le résident et l'étude de son dossier médical permettra de connaître les différentes pathologies et antécédents ayant affectés son autonomie.

Lors du bilan d'entrée différents tests d'évaluation sont retenus. C'est au cours de cette évaluation que seront définis le risque de chute et le pronostic sur le maintien de l'autonomie du résident. Sur cette base, des recommandations sont faites aux équipes soignantes sur les modalités de prise en charge à adopter.

Historique des chutes : la fréquence et l'intensité des chutes seront des signaux d'alerte pour une éventuelle prise en charge kinésithérapique.

Bilan de retour d'hospitalisation à comparer avec le bilan initial.

Evolution, suivi longitudinal par bilans successifs annuels.

#### **Prise en charge kinésithérapique individuelle :**

Sur prescription du médecin traitant ou en accord avec lui suite à une demande de soins, le résident bénéficie de soins individuels de rééducation fonctionnelle, de physiothérapie, masso-kinésithérapie, de kinésithérapie respiratoire ou de soins palliatifs.

Les actes seront pratiqués dans la salle de kinésithérapie ou en chambre si l'état de santé du résident le nécessite.

#### **Prise en charge globale et collective**

Des ateliers "équilibre" sont proposés pour des petits groupes de 6 à 8 résidents, ces ateliers dits de prévention s'adressent à ceux dont les évaluations sont favorables et/ou qui n'ont pas de traitement individuel.

Dans la même logique seront proposés des ateliers balnéothérapie et ateliers préventions de risque de chutes. Concernant les ateliers balnéothérapie, un grand nombre de résidents ne pourront en bénéficier sauf augmentation de notre effectif afin de dégager des aides soignantes susceptibles d'y participer.

#### **Compte rendu des soins et bilans**

Les informations, le suivi des soins quotidiens et tous les bilans sont transcrits sur le PSI.

La réunion pluridisciplinaire hebdomadaire permet également la transmission de ces informations et l'élaboration du projet de vie individuel de chaque résident

➔ **Voir fiche de poste du kinésithérapeute en annexe.**

✓ **Rôle du psychologue**

Le psychologue de l'établissement occupe un poste à temps partiel (50%), il intervient 5 demi-journées par semaine. Il est confronté à un réseau relationnel complexe, où il va devoir intervenir en médiateur, avec un rôle de soutien, d'explication et d'assistance.

**Le psychologue et le résident :**

- Accompagner l'adaptation à la vie de l'institution.
- Soutien individuel face aux situations de perte et de deuil.
- Accompagnement en fin de vie.
- Etablir une évaluation des capacités psychiques et cognitives.
- Mettre en œuvre des activités à visée thérapeutique (stimulation cognitive, ateliers mémoire).
- Proposer des temps de rencontre et d'expression (groupe de conversation).

**Le psychologue et la famille :**

- Rencontrer les familles au moment de l'entrée en institution.
- Possibilité d'écoute et d'aide aux familles.
- Associer les familles à l'élaboration de projet de vie de leur proche.
- Accompagner les familles du résident en fin de vie.

**Le psychologue et l'équipe :**

- Réfléchir sur les pratiques professionnelles et la relation d'aide.
- Formation du personnel par la mise en place d'exposés ou de débats sur des thèmes liés à la psychologie de la personne âgée.
- Aider à la compréhension et à la communication avec les personnes âgées.
- Travailler en équipe sur le projet de vie de chaque résident.
- Prévenir les phénomènes d'usure de l'équipe.
- Soutien face à la souffrance et au deuil.

**Compte rendu et bilans :**

Les informations et tous les bilans sont transcrits sur le PSI.

La réunion pluridisciplinaire hebdomadaire permet également la transmission de ces informations et l'élaboration du projet de vie individuel de chaque résident.

➔ **Voir fiche de poste de la psychologue clinicienne en annexe.**

✓ **Rôle de l'ergothérapeute**



L'ergothérapeute de l'établissement occupe un poste à temps partiel (30%), il intervient trois demi-journées par semaine et travail en forte collaboration avec le psychologue et le kinésithérapeute.

La finalité de son intervention est la sauvegarde d'un maximum d'autonomie et d'indépendance dans la vie quotidienne de la personne âgée. Il est donc important pour lui d'intervenir directement sur le quotidien et l'environnement de la personne afin que ce dernier soit le mieux adapté à ses capacités. A travers ses interventions et conseils aux agents comme aux résidents, l'ergothérapeute participe à l'amélioration de la qualité et des modalités de prise en charge de l'ensemble de l'équipe soignante et hôtelière.

L'ergothérapeute est amené à évaluer les capacités de chaque résident lorsqu'il arrive en EHPAD. Cette évaluation a pour but de cerner la problématique de la personne, s'il y en a une. Elle sera répétée dans le temps afin de voir l'évolution de l'autonomie et de l'indépendance de la personne en ayant pour but de lui proposer des solutions pour optimiser cette autonomie et cette indépendance.

**Ses objectifs sont :**

- Le maintien de l'autonomie et de l'indépendance du résident.
- De favoriser des actions faites à l'aide d'aide technique ou d'adaptation de l'environnement plutôt que d'être assisté par une tierce personne.
- D'éviter au résident de devenir grabataire.

**Ses moyens sont :**

- La mise en place d'aides techniques adaptées.
- Intervention dans la vie quotidienne de la personne (toilette, repas, habillage, déplacement).
- Installation au fauteuil roulant pour favoriser la mobilité et le confort.
- Prévention des escarres, notamment au fauteuil roulant.
- Aménagement de l'environnement en chambre.

**Compte rendu des soins et bilans**

Les informations, le suivi des soins quotidiens et tous les bilans sont transcrits sur le PSI.

La réunion pluridisciplinaire hebdomadaire permet également la transmission de ces informations et l'élaboration du projet de vie individuel de chaque résident

➔ **Voir fiche de poste de l'ergothérapeute en annexe.**

✓ **Permanence et articulation des soins**

- En cas de baisse de l'état général**

- appel du médecin traitant (médecin de ville ou coordonnateur).
- en cas d'absence, appel de S.O.S. médecin puis appel du 15.

→ **Voir protocole Appel Médecin en annexe.**

❑ **En cas d'urgence**

- appel au médecin traitant (médecin de ville ou coordonnateur).
- en cas d'absence, appel au 15 et orientation, le cas échéant, vers SOS médecin.

→ **Voir protocole de conduite à tenir en cas d'urgence en annexe.**

❑ **En cas d'hospitalisation**

- le médecin prescrivant l'hospitalisation se met en relation avec un médecin senior des urgences. Le dossier médical suit le résident.

→ **Convention CHM et DLU.**

❑ **En cas d'hospitalisation non urgente pour un problème gériatrique**

- le médecin traitant contacte un médecin senior d'un service de gériatrie du Centre Hospitalier de Mulhouse ou de Pfastatt pour une admission directe.

❑ **Retour d'hospitalisation**

- aucun retour d'hospitalisation n'est effectué avant avis médical du médecin coordonnateur.

❑ **Les visites**

- les visites des médecins traitants se font (en dehors des situations urgentes) de 8 H 00 à 12 H 00 et de 13h à 18h. L'infirmier est tenu informé des changements éventuels de traitement ou d'une prise de RDV éventuelle.
- les intervenants extérieurs (orthophonistes, pédicures, ...) sont en relation avec l'équipe soignante et communiquent, si besoin par l'intermédiaire du dossier médical papier ou informatique, en cas d'absence de l'infirmier.

➤ **Fonctionnement multidisciplinaire**

L'approche des problèmes de soins médicaux, infirmiers, des problèmes psychologiques, sociaux ou spirituels se fait de façon multidisciplinaire. Une réunion multidisciplinaire a lieu une fois par semaine et réunit médecin,

psychologue, infirmiers, aides soignantes, animatrice et agents hôteliers pour évoquer les cas complexes et établir une stratégie de prise en charge tenant compte des opinions de tous les professionnels approchant le ou la résident. D'autres professionnels sont invités si nécessaire (médecin traitant, kinésithérapeute...).

➤ **Les situations de crises sanitaires**

La Maison de Retraite « Les Collines » est liée au Centre Hospitalier de Mulhouse, centre hospitalier de référence, afin d'assurer la gestion d'éventuelles crise sanitaires dans le cadre de son plan bleu. En cas de survenance de ce type de situation les deux établissements agiront de concert afin d'en assurer la prise en charge.

➔ **Voir Plan Bleu en annexe.**

➤ **Dossier de soins unique – Il est établi par le médecin et l'équipe soignante**

Le dossier individuel est informatisé, il permet la mise en œuvre de plan de soins individualisés et réactualisés tous les jours. Sur la base d'un plan de soins type, se greffent toutes les actions d'aides spécifiques à chaque résident (toilette, habillage, incontinence...).

Le programme de soins individualisé est l'outil de travail de chaque soignant pour la journée. La signature de chaque acte réalisé est un gage de qualité et de traçabilité. Elle se fait directement auprès du résident et au moment de l'acte grâce aux tablettes tactiles mises à la disposition des soignants.

Le dossier médical comprend le motif d'entrée, les pathologies, la dépendance, l'examen clinique d'admission et le traitement médical.

Le dossier médical papier comprend les mêmes données et les observations médicales des médecins, traitements et les divers comptes rendu d'examens complémentaires, comptes rendu d'hospitalisation, examens biologiques et radiologiques. Il est mis à disposition des médecins traitants à chacune de leur visite.

<b>AXES</b>	<b>ACTIONS A PREVOIR DE 2014 A 2018</b>
<p>Développer des relations avec les intervenants extérieurs et les autres structures</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la collaboration avec les médecins libéraux (réflexion sur les modalités d'intervention...)</li> <li>- Création d'un livret thérapeutique dans le cadre de la réintroduction des médicaments dans le budget des EHPAD</li> </ul>
<p>Amélioration de la qualité des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement des projets individuels de vie</li> <li>- Développement des soins personnalisés</li> <li>- Maintenir et développer la démarche qualité en ce domaine à travers des groupes de travaux pluridisciplinaires</li> <li>- Développer le projet de médiation animale avec l'adoption d'un chien.</li> </ul>
<p>Assurer une intervention du personnel soignant adaptée à l'évolution de la dépendance et de la charge de travail soignant</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer une organisation du travail des aides soignantes en adéquation avec l'état de santé des résidents.</li> <li>- Mise à jour de l'ensemble des fiches de postes.</li> <li>- Développement des protocoles (bienveillance, chutes, prise en charge des personnes désorientées, ...).</li> </ul>
<p>Maintenir et développer les compétences des agents</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par des formations spécifiques: personnes atteintes de pathologies de type Alzheimer, évaluation et prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et la fin de vie, ainsi que des formations de promotion de la bienveillance.</li> <li>- Formations à l'utilisation du projet de soins informatisé (tablettes).</li> </ul>

**ANNEXES**

- Conduite à tenir en cas de gastro-entérite
- Conduite à tenir en cas de constipation
- Protocole Soins palliatifs
- Fiche de poste Référente hôtelière
- Fiche de poste Infirmière coordinatrice
- Fiche de poste Kinésithérapeute
- Fiche de poste Psychologue clinicienne
- Fiche de poste Ergothérapeute
- Protocole Appel Médecin
- Conduite à tenir en cas d'urgences
- Plan Bleu