



EHPAD *Les Collines*

## Projet de soins



|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

## SOMMAIRE

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1.</b> | <b>LA PREADMISSION.....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2.</b> | <b>L'ACCUEIL.....</b>   | <b>4</b>  |
| 2.1.      | LES ELEMENTS DE CONFORT DE VIE .....  | 4         |
| 2.2.      | LES ELEMENTS DE DEPENDANCE .....  | 5         |
| 2.3.      | L'HISTOIRE DE VIE ET L'ELABORATION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT<br>PERSONNALISE.....    | 5         |
| <b>3.</b> | <b>LE SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT .....</b>   | <b>6</b>  |
| 3.1.      | LES PRISES EN SOINS SPECIFIQUES .....   | 6         |
| 3.2.      | L'ORGANISATION DES SOINS .....  | 11        |
| 3.2.1.    | ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR .....   | 11        |
| 3.2.2.    | ROLE DE L'INFIRMIERE COORDINATRICE .....  | 12        |
| 3.2.3.    | ROLE DU KINESITHERAPEUTE.....   | 13        |
| 3.2.4.    | ROLE DE LA PSYCHOLOGUE.....   | 14        |
| 3.2.5.    | ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE.....   | 15        |
| 3.2.6.    | PERMANENCE ET ARTICULATION DES SOINS.....   | 16        |
| 3.2.7.    | FONCTIONNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE .....   | 17        |
| 3.2.8.    | LES SITUATIONS DE CRISES SANITAIRES.....  | 17        |
| 3.2.9.    | DOSSIER DE SOINS UNIQUE – IL EST ETABLI PAR LE MEDECIN ET L'EQUIPE<br>SOIGNANTE ..... | 17        |
| <b>4.</b> | <b>L'HUMANITUDE .....</b>   | <b>18</b> |
| 4.1.      | LES PRINCIPES .....   | 18        |
| 4.2.      | LES OBJECTIFS .....   | 19        |
| 4.3.      | LES AXES D'AMELIORATION .....   | 20        |
| <b>5.</b> | <b>ETAT DES LIEUX DU PLAN D' ACTIONS 2014-2018 .....</b>                              | <b>21</b> |
| <b>6.</b> | <b>LISTE DES ANNEXES .....</b>  | <b>22</b> |

|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

## 1. LA PREADMISSION

Dans un premier temps, l'IDEC, le médecin coordonnateur et la direction valident le dossier du candidat sur la plateforme viatrajectoire et établissent une liste d'attente.

En cas d'inadéquation nette avec les possibilités de prise en soin, le dossier est refusé en indiquant le motif (ex : Soins de longue durée, hospitalisation gériatriques, services d'aide à domicile).

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 préadmission en présence de l'infirmier coordinatrice.

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 soins, décision pour laquelle le médecin traitant est consulté (cf. projet UVP).

Dans tous les cas l'admission ne se fait pas sans accord de la personne âgée. Si celle-ci du fait de son état pathologique n'est plus en mesure de faire des choix éclairés pour elle-même, une recherche de son consentement sera nécessaire. 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 d'accompagnement personnalisé du résident, cette première rencontre permet de s'assurer de son consentement et de comprendre les problématiques qui l'ont 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 d'admission.

Dès lors, le résident est accueilli et intégré dans une réflexion d'accompagnement humaniste à l'appui de la philosophie de l'Humanitude.

|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

## 2. L'ACCUEIL

L'arrivée est souhaitable 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 une infirmière et un(e) soignant(e).

La chambre peut être 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 intégrer l'établissement 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'agent référent centralise ces informations dans le cadre du projet d'accompagnement personnalisé 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 et les transmissions suivant l'admission.

L'institutionnalisation reste un moment émouvant. La présence accrue et effective 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. La présentation de la psychologue dès les premiers jours permettra de rassurer le résident.








### 2.1. 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'habillement 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...)

|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

## 2.2. LES ELEMENTS DE DEPENDANCE

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

## 2.3. L'HISTOIRE DE VIE ET L'ELABORATION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE

L'Agent référent voit systématiquement les personnes admises et leur famille afin de faire un recueil de l'histoire de vie du résident.

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

Le tout sera planifié dans le plan de soins et dans les transmissions écrites du dossier informatisé par l'infirmier en collaboration avec l'agent référent.

Dans la semaine qui suit l'admission, une toilette évaluative sera réalisée par l'infirmière et une soignante afin d'évaluer la dépendance et les capacités du résident. De cette toilette découlera la formalisation de la grille AGGIR.

L'agent référent présente en réunion pluridisciplinaire les informations issues du recueil des habitudes de vie. Les professionnels et le résident s'il le souhaite et s'il est en capacité, formalisent des objectifs pour son projet d'accompagnement personnalisé.

### 3. LE SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT

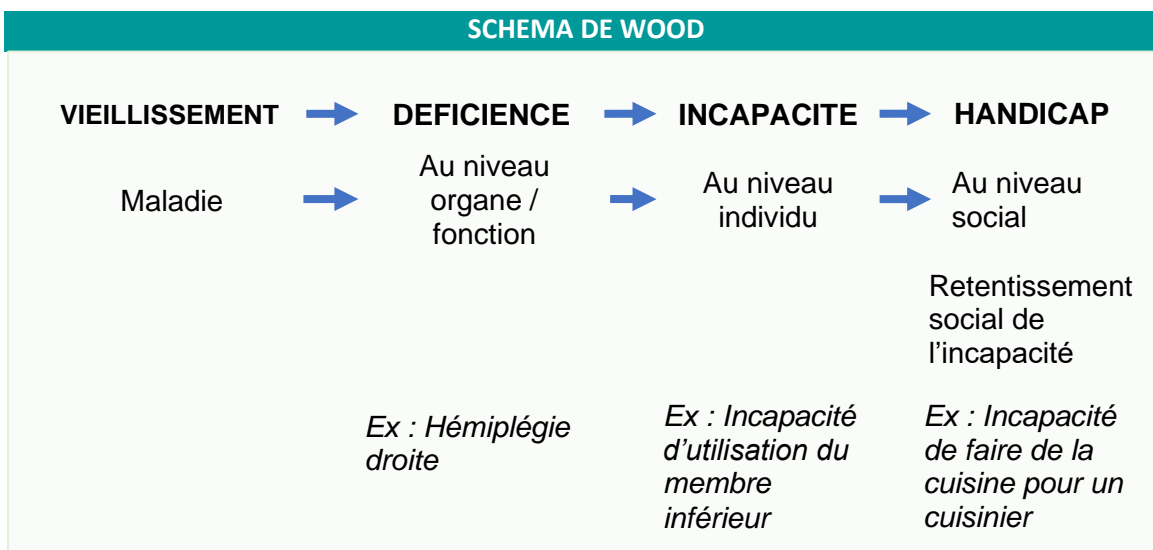
#### 3.1. LES PRISES EN SOINS SPECIFIQUES

En application de la philosophie Humanitude, le but de la prise en soins 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 :

- ✚ Traiter une cause curable de baisse de l'autonomie
- ✚ Maintenir la capacité des résidents
- ✚ Adapter la prise en soins 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 et une toilette évaluative est réalisée par l'équipe soignante.

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



|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

### **Prise en soins de la marche et du maintien de la mobilité**

Pour tous les résidents, il y a une évaluation de la marche et si possible des actions pour le maintien de celle-ci conformément à la philosophie Humanitude à travers :

- Des actions soignantes (ex : accompagnement à la marche jusqu'à la salle à manger ou lors de la toilette)
- Les interventions de l'ergothérapeute et du kinésithérapeute (sur prescriptions médicales)
- La stimulation à l'utilisation des aides techniques (ex : déambulateur, autonomie en fauteuil roulant)
- L'atelier gymnastique douce (1 fois par semaine)

### **Prise en soins des troubles cognitifs**

- En partant de l'histoire de vie, maintien d'un fil rouge par les pôles d'intérêts existants
- Application des vecteurs d'Humanitude (ex : le regard, la parole, le toucher)
- Détection et prise en soins des troubles cognitifs avec validation du médecin coordonnateur
- Travail en lien avec les consultations spécialisées

Concernant la prise en soins spécifique de résidents atteints de pathologies de type Alzheimer, il convient de se référer au projet relatif à l'unité de vie protégée. Bien entendu les réflexions valables pour tous les 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 soins des troubles du comportement**

- Détection et évaluation continue des troubles du comportement
- Discussion et analyse en réunion pluridisciplinaire et avec le médecin coordonnateur
- Préférentiellement mise en place de thérapie non médicamenteuse
- Si échec de la thérapie non médicamenteuse, mise en place d'une thérapie chimique
- Si les troubles du comportement sont trop importants, l'établissement se réservera la possibilité d'intégrer le résident en unité de vie protégée.

### **Prise en soins de la souffrance psychique**

- Détection et évaluation continue de la souffrance psychique
- Intervention de la psychologue
- Travail en lien avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur
- Travail en lien avec les consultations spécialisées : L'IDE de psychiatrie intervient 1 fois par mois et le psychiatre se déplace sur sollicitation.

|   |                              |  |                   |   |  |
|---|------------------------------|--|-------------------|---|--|
|  | EHPAD<br><i>Les Collines</i> | DIVERS<br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> |                   | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |  |
|   |                              | Indice : 1                                   | Date : 01/03/2019 |   |  |

### **Prise en soins des problèmes cutanés**

Dans cette optique l'ensemble du personnel soignant est mobilisé dans le but de les prévenir. Une attention particulière est portée aux résidents à faible mobilité ou présentant une situation à risque. Une échelle de BRADEN est systématiquement effectuée par une infirmière afin d'évaluer ce risque potentiel. La situation sera discutée avec le médecin coordonnateur et/ou le médecin traitant dans le but de proposer une consultation de télémédecine si le résident n'est pas mobile.

### **Prise en soins de la douleur**

La prise en compte de la douleur est primordiale dans la prise en soins. Elle est toujours subjective et chaque douleur est à évaluer et à reconnaître.

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

Conformément au protocole, des échelles de la douleur sont effectuées à l'issue des soins en amont d'une consultation médicale avec le médecin traitant.

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'infirmière coordinatrice, afin d'envisager une prise en soins spécialisée (Intervention possible de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs ou de l'Unité Mobile de Gériatrie).

### **Prise en soins nutritionnelle et hydrique**

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) et un suivi des biologiques (albumines) est réalisé tous les 6 mois pour l'ensemble des résidents. 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, un régime hyper protidique, hyper calorique avec prescription de compléments oraux sont 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.



|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

Lors des périodes de grandes chaleurs, la priorité est de veiller à la bonne hydratation des résidents en proposant des tournées régulières de boissons.

#### **Prise en soins de l'incontinence**

La priorité est au maintien de la continence par l'accompagnement des résidents aux toilettes même lorsque ceux-ci sont porteurs de protections.

L'incontinence des résidents est évaluée dès l'arrivée, par les soignants, avec l'aide de l'équipe de jour et de nuit, de façon à avoir une attitude cohérente dans le cadre du plan de soins.

Un protocole individuel d'incontinence est réalisé pour chaque résident par la référente protection de l'établissement qui met à disposition les protections adaptées nécessaires.

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 soins adaptée de ce problème. De même, en cas de besoin une consultation incontinence peut être organisée.

#### **Prise en soins 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 soins et d'éviter des problèmes intercurrents. Un relevé journalier des selles est tracé dans le logiciel de soins.

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

#### **Prise en soins palliative**

Autant que faire se peut, l'objectif est le maintien des résidents en fin de vie en EHPAD. 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 et/ou éventuellement celle de l'HAD si des soins infirmiers sont nécessaires la nuit.

C'est lors des réunions pluridisciplinaires que l'équipe soignante signale et élabore une réflexion au sujet des situations nécessitant une prise en soins palliative.

Chez ces résidents qui ont un état général fortement dégradé, un niveau de soins palliatif sera déterminé avec le médecin traitant, la famille et le médecin coordonnateur. Ce niveau est expliqué et des objectifs permettant un confort maximum de la personne en fin de vie sont fixés à ce moment-là. Il sera ensuite diffusé à l'ensemble de l'équipe soignante pour application.

Des dispositions particulières sont prévues en cas de prise en soins palliative :

|   |  |   |                   |
|---|--|---|-------------------|
|  | <p style="text-align: center;">DIVERS<br/><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b></p> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |  | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

- La prise en soins 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 et de la psychologue est renforcée auprès des résidents et familles en fonction des possibilités.
- La spiritualité des personnes en fin de vie est prise en compte à la demande du résident et/ou de sa famille (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 démarche Humanitude encourage la limitation maximale des contentions. Une réflexion est menée par l'ensemble du personnel car le bénéfice est incertain, qu'elles exposent à de nombreuses complications et le vécu de la contention est souvent douloureux pour le résident.

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
- Réévaluation toutes les 24h conformément au protocole contention et aux obligations légales.
- 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 et infirmière régulière

Les barrières de lits sont considérées comme un moyen de contention sauf circonstance particulière (mise en place à la demande du résident).

### **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.

⇒ ***Voir Projet d'animation***

|   |  |   |                   |
|---|--|---|-------------------|
|  | DIVERS<br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |  | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

### 3.2. L'ORGANISATION DES SOINS

#### 3.2.1. ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

**Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui est présent dans l'établissement 2 demi-journées par semaine :**

- 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 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.

|   |                              |  |                   |   |
|---|------------------------------|--|-------------------|---|
|  | EHPAD<br><i>Les Collines</i> | DIVERS<br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> |                   | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |
|   |                              | Indice : 1                                   | Date : 01/03/2019 |   |

### 3.2.2. ROLE DE L'INFIRMIERE COORDINATRICE

#### **Elle 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 en collaboration avec la responsable des Ressources Humaines.
- De la gestion du matériel de soins et de l'organisation du circuit du médicament en collaboration avec le médecin coordonnateur.
- Veille à la diffusion et l'intégration de la philosophie Humanitude dans la prise en soins
- Des différents référents terrain (Humanitude, nutrition, contention, protection, etc.)
- Du service hôtelier dans son ensemble (cuisine, lingerie, entretien, ASH), en supervision 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 du personnel soignant
- Élabore avec les équipes le projet de soins
- Travaille en collaboration avec le médecin coordonnateur

#### **Elle coordonne les actions du service avec :**

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

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

|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

### 3.2.3. ROLE DU KINESITHEREPEUTE

Le kinésithérapeute d'établissement occupe un poste à temps partiel (40%).

Ses objectifs sont axés sur le maintien de l'autonomie du résident, la lutte contre la douleur et le confort de vie à travers plusieurs parties :

#### 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. Il concourt également au maintien de l'autonomie des résidents.
- Mise en place des aides techniques en collaboration avec l'ergothérapeute.
- 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 soins à adopter.
- Historique des chutes : la fréquence et l'intensité des chutes seront des signaux d'alerte pour une éventuelle prise en soins kinésithérapiques.
- Bilan de retour d'hospitalisation à comparer avec le bilan initial.
- Evolution, suivi longitudinal par bilans successifs annuels.

#### Prise en soins kinésithérapiques individuelle

Sur prescription du médecin traitant ou en accord avec lui après 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 en salle kinésithérapie ou chambre si l'état de santé du résident le nécessite.

#### 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.***

|   |  |   |                   |
|---|--|---|-------------------|
|  | DIVERS<br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |  | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

### 3.2.4. ROLE DE LA PSYCHOLOGUE

La psychologue de l'établissement occupe un poste à temps partiel (50%). Ses missions se déclinent en plusieurs parties :

#### **Avec le résident**

- Accompagner l'adaptation à la vie de l'institution.
- Suivre individuellement le résident face à ses situations de perte et de deuil.
- Accompagner la fin de vie.
- Etablir une évaluation des capacités psychiques et bilan cognitif avec l'ergothérapeute.
- Mettre en œuvre des activités à visée thérapeutique (stimulation cognitive, atelier de médiation animale).
- Coordonner les projets d'accompagnement personnalisés

#### **Avec la famille**

- Rencontrer les familles à leur demande et en cas de problème.
- Accompagner les proches du résident en fin de vie.

#### **Le psychologue et l'équipe**

- Coordonner les interventions du Centre Médico Psychologique
- Réfléchir sur les pratiques professionnelles et la relation d'aide.
- Former le personnel 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 d'accompagnement personnalisé chaque résident.
- Soutien face à la souffrance et au deuil.

#### **Compte rendu et bilans :**

Les informations et tous les bilans sont transcrits sur le logiciel de soins.

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

|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

### 3.2.5. ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE

L'ergothérapeute de l'établissement occupe un poste à temps partiel.

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 soins 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 d'évoluer trop rapidement vers un état 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 en collaboration avec le kinésithérapeute.
- Prévention des escarres, notamment au fauteuil roulant.
- Aménagement de l'environnement en chambre.
- Réalisation de bilan cognitif avec la psychologue.

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

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

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.***

|   |  |   |                   |
|---|--|---|-------------------|
|  | DIVERS<br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |  | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

### 3.2.6. 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 gérontologie 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. En dehors de ces horaires, les médecins peuvent se connecter via le logiciel de soins à distance afin de modifier un traitement. 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.



|   |   |   |                   |
|---|---|---|-------------------|
|  | <b>DIVERS</b><br><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |   | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

### 3.2.7. FONCTIONNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE

L'approche des problèmes de soins médicaux, infirmiers, des problèmes psychologiques, sociaux ou spirituels se fait de façon pluridisciplinaire.

Une réunion pluridisciplinaire a lieu une fois par semaine. Elle réunit médecin, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, IDEC, infirmiers, aides-soignantes, animatrice, référente hôtelière et agents hôteliers. Le but est de formaliser un projet d'accompagnement personnalisé puis évoquer les cas complexes et établir une stratégie de prise en soins tenant compte des opinions de tous les professionnels approchant le résident.

D'autres professionnels sont invités si nécessaire (médecin traitant, infirmier psychiatrique, soins palliatifs).

### 3.2.8. LES SITUATIONS DE CRISES SANITAIRES

L'EHPAD « Les Collines » est lié au GHRMSA, centre hospitalier de référence, afin d'assurer la gestion d'éventuelles crises 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 soins.

⇒ **Voir Plan Bleu en annexe.**

### 3.2.9. DOSSIER DE SOINS UNIQUE – IL EST ETABLI PAR LE MEDECIN ET L'EQUIPE SOIGNANTE

- ✚ Le dossier individuel est intégré au logiciel de soins, il permet la mise en œuvre de plan de soins individualisés et réactualisés mensuellement. 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 avec les zapettes mises à la disposition des soignants. De plus, les objectifs de la toilette évaluative sont affichés dans l'armoire de chaque résident.
- ✚ 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 rendus d'hospitalisation, examens biologiques et radiologiques. Il est mis à disposition des médecins traitants à chacune de leur visite.

## 4. L'HUMANITUDE

### 4.1. LES PRINCIPES

L'humanité est une philosophie où le soignant doit s'adapter au patient, qui doit toujours être considéré comme une personne. Ceci se réalise en respectant et développant les spécificités liées à sa nature humaine, notamment par deux vecteurs : **la communication et la verticalité.**

#### **La communication**

Selon Rosette Marescotti et Yves Gineste (Psycho-géiatres français ayant développé le sujet depuis 1983), la communication humaine est fondée sur trois vecteurs :

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Le regard</b>                 | ⇨ Horizontal : à la hauteur de la personne.<br>⇨ Axial : face à la personne.<br>⇨ Long : Qui dure.<br>⇨ Proche : Près de la personne.  |
| <b>La parole</b>                 | ⇨ Feed-Back (Echanges verbaux/non verbaux)<br>⇨ Auto-Feed-back (Pas d'interaction avec le résident) Décrire ce que l'on fait.  |
| <b>Le toucher<br/>« Les 4P »</b> | ⇨ <u>Professionnel</u> : Pas de « Pince » pas de « Griffes » prise en « berceau »<br>⇨ <u>Progressif</u> : Le toucher vient après le contact avec le Regard et la Parole<br>⇨ <u>Permanent</u> : Permanence du toucher pendant le soin = <i>Apaisement</i><br>⇨ <u>Pacifiant</u> : Pour apaiser le toucher doit être vaste/lent/doux |

L'idée de la démarche humanité est de favoriser le lien social de la personne en perte d'autonomie, et en particulier avec son soignant par ces trois vecteurs. Le lien social doit être au cœur de tous les gestes "techniques" de soins ou autres.

#### **La verticalité**

L'immobilité et l'absence de verticalisation sont responsables de nombreux troubles.

La position debout et marche a des impacts positifs sur les systèmes : musculaire, osseux, respiratoire, digestif, nerveux central, cardiaque-circulatoire.

La verticalité est également importante d'un point de vue psychologique, la station debout remettant la dignité humaine au cœur du parcours de soins pour les patients en perte d'autonomie

⇨ *20 minutes de verticalisation par jour = Pas de grabatisation*

|   |  |   |                   |
|---|--|---|-------------------|
|  | <p style="text-align: center;">DIVERS<br/><b>PROJET DE SOINS 2019 - 2023</b></p> | COL M1 DIV Projet de soins<br>2019 - 2023 |                   |
|   |  | Indice : 1                                | Date : 01/03/2019 |

### **L'individualisation de l'accompagnement**

La démarche humanitude met également en avant l'idée que les particularités de chaque résident doivent être valorisées jusqu'au bout, y compris pour ceux lourdement dépendants.

Ceci doit s'effectuer de façon judicieuse tout en gérant les risques globaux dans un EHPAD, lieu de vie communautaire et sécurisant, se fait souvent au détriment des libertés individuelles.

⇒ *Valoriser et respecter autant que possible les désirs particuliers et individuels de chacun des résidents.*

### **L'application de l'humanitude par les soignants**

Cette philosophie s'adresse en priorité aux soignants dans l'EHPAD. Cela se traduit par :

- La bienveillance et le respect des individualités.
- L'offre de soins de qualité, prodigués dans le respect et la dignité de la relation soignant/patient.
- La sensibilisation à l'importance des vecteurs de communication principaux (le regard, la parole, et le toucher), mais également par la création d'un lien entre un patient et son soignant.
- L'application de la « capture sensorielle » : Technique de soins basée sur la capture de l'attention de la personne soignée caractérisée par la permanence du toucher, du regard et de la parole. L'objectif : apaisement, détente musculaire.

#### 4.2. LES OBJECTIFS

##### **Constat :**

- La réalisation et le suivi des toilettes évaluatives sont en place.
- Les feuilles de toilettes évaluatives ne sont pas forcément lues et le suivi manque de traçabilité
- Le toc-toc est affiché partout et appliqué par le personnel formé. Il convient de sensibiliser les nouveaux agents et de réaliser un audit.







 **Objectifs :**

- Toutes les toilettes évaluatives sont revues 1 fois par mois sauf urgence.
- Faire une toilette évaluative une semaine après admission, à chaque changement d'état du résident et après le retour d'hospitalisation. Programmer les TE chez les résidents tous les 3 mois minimum
- Mettre les codes-barres avec le logiciel de soin sur la feuille TE pour qu'elle soit mieux lue et en améliorer la traçabilité.
- Travailler les toilettes évaluatives en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé et le plan de soin.





 **Moyen :**

- Inclure la toilette évaluative dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé et dans le logiciel de soins.
- Avoir le matériel adapté : verticalisateur, kit position Canoë...












#### 4.3. LES AXES D'AMELIORATION

 **Contention :** vers zéro contention sans plan de compensation. Favoriser la prise en soins non médicamenteuse pour diminuer les neuroleptiques. **Alimentation :** réduire les fortimels en investissant dans des blenders et en réalisant nos recettes nous-même. Développer le « manger main » en partenariat avec le prestataire cuisine. **Projet de nuit :** Finaliser les projets de nuit afin de respecter le sommeil des résidents, respecter les habitudes de vie de nuit et diminuer les changes. **Animation :** Développer l'animation réalisée par les soignante. Créer un espace sensoriel en unité de vie protégée et former les soignants. **Hygiène :** Respect des protocoles de changes et diminution de changes la nuit **Toilettes évaluatives :** Réévaluer les TE tous les 3 mois. **Formation des soignants :** Intégration des formations en interne afin de former un maximum de personnes sur les sujets suivants : Humanité, fin de vie, manutention relationnelle, etc.

## 5. ETAT DES LIEUX DU PLAN D' ACTIONS 2014-2018

| Axes  | Actions à prévoir de 2014 à 2018   | Réalisation  |
|---|--|--|
| <i>DEVELOPPER<br/>DES RELATIONS<br/>AVEC LES<br/>INTERVENANTS<br/>EXTERIEURS ET<br/>LES AUTRES<br/>STRUCTURES</i>   | <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>  | <div style="text-align: center;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquis. Bonne collaboration avec les médecins libéraux.</li> <li>- Livret thérapeutique réalisé.</li> </ul>   |
| <i>AMELIORATION<br/>DE LA QUALITE<br/>DES SOINS</i>   | <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>               | <div style="text-align: center;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projets individuels de vie réalisés.</li> <li>- Soins personnalisés développés</li> <li>- Démarche qualité en cours</li> <li>- Projet de médiation animal acquis, adoption d'un chien et intervention d'une association.</li> </ul> |
| <i>ASSURER UNE<br/>INTERVENTION<br/>DU PERSONNEL<br/>SOIGNANT<br/>ADAPTEE A<br/>L'EVOLUTION<br/>DE LA<br/>DEPENDANCE<br/>ET DE LA SOINS<br/>DE TRAVAIL<br/>SOIGNANT</i> | <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 soins des personnes désorientées, ...).</li> </ul>                                   | <div style="text-align: center;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquis. Organisation adaptée en fonction de l'état de santé des résidents</li> <li>- Acquis. Fiches de postes mises à jour</li> <li>- Acquis par la formalisation des protocoles.</li> </ul>                                      |
| <i>MAINTENIR ET<br/>DEVELOPPER<br/>LES<br/>COMPETENCES<br/>DES AGENTS</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par des formations spécifiques : personnes atteintes de pathologies de type Alzheimer, évaluation et prise en soins 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> | <div style="text-align: center;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquis. Toutes les formations des sujets évoqués ont été réalisées.</li> <li>- Utilisation des tablettes remplacée par des zapettes.</li> </ul>   |

## 6. LISTE DES 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**