



# Projet d'établissement

Projet de Soins 2023 - 2027



## SOMMAIRE

<b>1. LA PREADMISSION</b> .....	3
<b>2. L'ACCUEIL</b> .....	4
2.1. LES ELEMENTS DE CONFORT DE VIE .....	4
2.2. LES ELEMENTS DE DEPENDANCE .....	5
2.3. LES ELEMENTS MEDICAUX .....	5
2.4. L'HISTOIRE DE VIE ET L'ELABORATION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE.....	5
<b>3. LE SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT</b> .....	6
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'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE.....	13
3.2.3. ROLE DE L'INFIRMIERE COORDINATRICE .....	15
3.2.4. ROLE DU KINESITHEREPEUTE.....	16
3.2.5. ROLE DE LA PSYCHOLOGUE.....	17
3.2.6. PERMANENCE ET ARTICULATION DES SOINS.....	18
3.2.7. FONCTIONNEMENT PLURIDISCIPLINAIRE .....	19
3.2.8. LES SITUATIONS DE CRISES SANITAIRES.....	19
3.2.9. DOSSIER DE SOINS UNIQUE – IL EST ETABLI PAR LE MEDECIN ET L'EQUIPE SOIGNANTE .....	20
<b>4. L'HUMANITE</b> .....	21
4.1. LES PRINCIPES .....	21
4.2. LES OBJECTIFS .....	22
4.3. LES AXES D'AMELIORATION .....	23
<b>5. LISTE DES ANNEXES</b> .....	24

	<b>DIVERS</b> <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	---	---

## 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.

Si cela est possible et dans l'idéal, 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.

## 2. L'ACCUEIL

L'arrivée est souhaitable en présence de la famille l'après-midi entre 14 et 16 heures du lundi au jeudi et de sorte 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.

Les premières informations recueillies le sont à l'oral mais aussi à l'écrit via le dossier d'admission.

Le repas du jour d'entrée dans l'EHPAD peut être pris en commun avec 2 membres de la famille. 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'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...)

 EHPAD Les Collines	DIVERS <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	--	---

## 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. LES ELEMENTS MEDICAUX

-  Recueil des informations médicales
-  Choix du médecin traitant
-  Traitements à prévoir en lien avec la pharmacie
-  Choix du lieu d'hospitalisation en cas de besoin
-  Directives anticipées

## 2.4. 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 3 mois après son admission des objectifs pour son projet d'accompagnement personnalisé.

Ce délai permet de prendre le temps de bien connaître le résident.

### 3. LE SEJOUR DANS L'ETABLISSEMENT

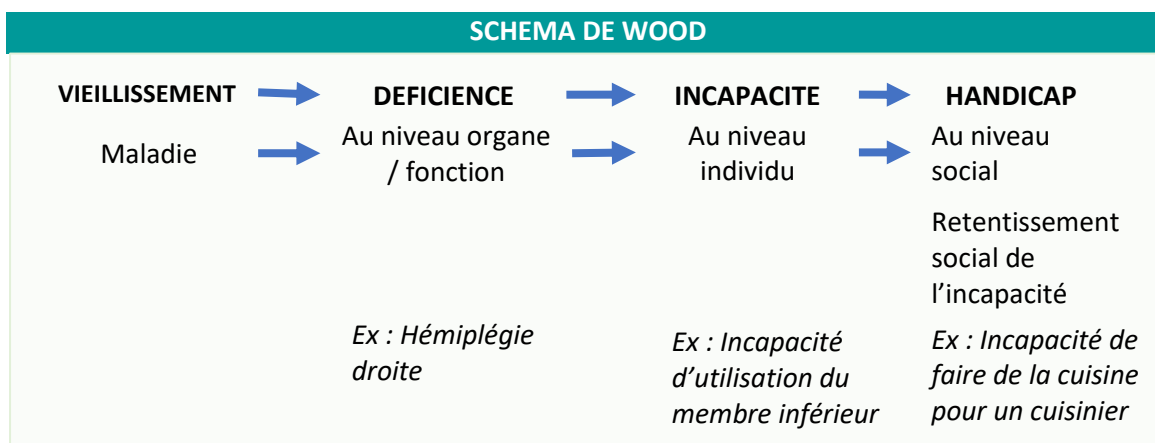
#### 3.1. LES PRISES EN SOINS SPECIFIQUES

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 :



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

Pour tous les résidents, il y a une évaluation de la marche par les soignants, par le kinésithérapeute 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 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 (consultation infirmière psychiatrique ou psychiatre)
- Report de soin si besoin

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.

### Prise en soins des problèmes cutanés

Dans cette optique l'ensemble du personnel soignant est mobilisé dans le but de les prévenir dans un premier temps. (Ex : mise en place de dispositif type matelas à air, coussins de positionnement, coussins anti-escarres, etc.)

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

### 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.



	DIVERS <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	--	---

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.

- ⇒ **Annexe : Protocole conduite à tenir en cas d'épidémie de gastro-entérite**
- ⇒ **Annexe : Protocole conduite à tenir en cas de constipation**

#### **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 :

- 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).

- ⇒ **Annexe : Protocole d'accompagnement et de soins de fin de vie**

 **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.

⇒ ***Cf. Projet d'animation***

	DIVERS <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	--	---

### 3.2. L'ORGANISATION DES SOINS

#### 3.2.1. ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Elles sont encadrées par le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

**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 :**

- Il élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.
- Il 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.
- Il préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.
- Il évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide des référentiels spécifiques (AGGIR, PATHOS).
- Il 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 des soins.
- Il contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments, des produits et prestations. Il élabore une liste, par classes des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien de la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur).
- Il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'EHPAD 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.
- Il 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.
- Il élabore un dossier type de soins.

- Il établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale (RAMA) qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents.
- Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination.
- Il identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.
- Il réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.
- Il élabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour (...) pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir

	<b>DIVERS</b> <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	---	---

### 3.2.2. ROLE DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

#### **Missions globales :**

L'infirmier exerçant en pratique avancée (IPA) participe à la prise en soin globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies règlementairement et précisées dans un protocole d'organisation.

Dans le respect du parcours de santé du patient coordonné par le médecin traitant, l'IPA apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en soin du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux.

Il assure dans le respect des règles professionnelles et éthiques des soins de nature préventive et curative visant à promouvoir, maintenir la santé en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Il a un rôle de clinicien auprès des patients, de leurs proches et d'expert dans son domaine auprès des professionnels de santé.

#### **Activités essentielles :**

- ✚ Entretien, anamnèse et examen clinique du patient incluant le repérage des vulnérabilités.
- ✚ Observation et recueil des données à distance.
- ✚ Interprétation des données issues de l'entretien, de l'anamnèse et de l'examen clinique.
- ✚ Interprétation des signes et des symptômes en lien avec les pathologies identifiées et l'état de santé du patient.
- ✚ Interprétation des examens paracliniques.
- ✚ Suivi de l'observance des traitements tout au long du parcours de soins du patient.
- ✚ Identification des effets secondaires des traitements médicamenteux.
- ✚ Repérage des situations d'urgence.
- ✚ Orientation médicale, médico-sociale ou sociale en fonction de la situation.
- ✚ Formulation de conclusions cliniques et de diagnostic infirmier.
- ✚ Elaboration d'un projet de soins infirmiers avec la participation du patient, en cohérence avec le projet médical.

**Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention :**

- ✚ Renouvellement de prescriptions médicales en cours et adaptation de la posologie.
- ✚ Renouvellement de prescription médicale de produits de santé et d'actes infirmiers.
- ✚ Prescription et renouvellement de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire (médicaments et dispositifs médicaux).
- ✚ Prescription d'examens complémentaires en fonction de la pathologie et de la situation : examens biologiques, orientations vers un professionnel de santé...
- ✚ Renseignement de dossiers ou contribution à l'établissement de formulaires ouvrant droit à des prestations sociales ou médico-sociales.
- ✚ Prescription ou orientation vers un programme d'éducation thérapeutique.
- ✚ Réalisation d'actes techniques adaptés à la pathologie et à la situation du patient.

**Actions de prévention et d'éducation thérapeutique :**

- ✚ Etablissement d'un bilan éducatif partagé avec le patient et son entourage incluant les objectifs à atteindre.
- ✚ Conception et réalisation d'actions de prévention primaire et d'éducation thérapeutique.
- ✚ Organisation et planification des actions.
- ✚ Réalisation d'actions de dépistage individuelles et collectives.
- ✚ Conception et réalisation d'actions d'éducation à la santé.
- ✚ Suivi de la mise en œuvre des actions dans le parcours de soins.
- ✚ Réalisation d'actions dans le cadre de projets territoriaux de santé.

**Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient :**

- ✚ Participation à la coordination des activités entre le premier et le second recours, en ville et en établissement de santé.
- ✚ Elaboration, suivi et évaluation du plan personnalisé de santé (PPS).
- ✚ Enrichissement du dossier médical du patient rendant compte des actions menées, et des propositions visant à l'amélioration de la prise en charge.

**Activités paracliniques :**

- ✚ Actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
- ✚ Enseignement, tutorat et communication
- ✚ Contribution à la recherche
- ✚ Veille professionnelle

	<b>DIVERS</b> <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	---	---

### 3.2.3. 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.

⇒ **Annexe : Fiche de poste de la référente hôtelière**

#### **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
- Assure le remplacement du personnel infirmier de façon ponctuelle et en lien avec les besoins du service.

#### **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

⇒ **Annexe : Fiche de poste de l'infirmière coordinatrice**

### 3.2.4. ROLE DU KINESITHEPEUTE

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 kinésithérapique.
- Bilan de retour d'hospitalisation à comparer avec le bilan initial.
- Evolution, suivi longitudinal par bilans successifs annuels.

#### Prise en soins kinésithérapique 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

⇒ **Annexe : Fiche de poste du kinésithérapeute**



	DIVERS <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	--	---

### 3.2.5. 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.

⇒ **Annexe : Fiche de poste de la psychologue clinicienne.**

### 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 (cas d'urgence uniquement)
- ⇒ **Annexe : Protocole appel médecin**

#### 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.
  - La nuit : appel en premier lieu à l'infirmière d'astreinte (convention avec le GHRMSA).
- ⇒ **Annexe : Protocole de conduite à tenir en cas d'urgence**

#### En cas d'hospitalisation

- Le médecin prescrivant l'hospitalisation ou l'infirmière en service appelle le 15.  
Le dossier médical suit le résident.
- ⇒ **Annexe : Convention avec le Centre Hospitalier de Mulhouse**

#### En cas d'hospitalisation non urgente pour un problème gériatrique

- Un courrier est faxé dans le service où l'admission du résident est prévue. Les infirmières de l'EHPAD et d'un service de gérontologie du Centre Hospitalier de Mulhouse ou de Pfostatt se mettent en lien pour une admission directe.

#### Retour d'hospitalisation

- En principe aucun retour d'hospitalisation n'est effectué sans en avoir averti l'EHPAD.

#### 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.

	DIVERS <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	--	---

### 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.

L'établissement fait également intervenir dans ses locaux une infirmière hygiéniste dans le cadre d'une convention avec le GHRMSA. Cette dernière évalue et actualise le document d'analyse de risques infectieux (DARI).

⇒ **Annexe : Plan Bleu**

⇒ **Annexe : DARI**

### 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-gériatres français ayant développé le sujet depuis 1983), la communication humaine est fondée sur trois vecteurs :

<b>Le regard</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Horizontal : à la hauteur de la personne.</li> <li>⇒ Axial : face à la personne.</li> <li>⇒ Long : Qui dure.</li> <li>⇒ Proche : Près de la personne.</li> </ul>
<b>La parole</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Feed-Back (Echanges verbaux/non verbaux)</li> <li>⇒ Auto-Feed-back (Pas d'interaction avec le résident) Décrire ce que l'on fait.</li> </ul>
<b>Le toucher « Les 4P »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <u>Professionnel</u> : Pas de « Pince » pas de « Griffes » prise en « berceau »</li> <li>⇒ <u>Progressif</u> : Le toucher vient après le contact avec le Regard et la Parole</li> <li>⇒ <u>Permanent</u> : Permanence du toucher pendant le soin = <i>Apaisement</i></li> <li>⇒ <u>Pacifiant</u> : Pour apaiser le toucher doit être vaste/lent/doux</li> </ul>

L'idée de la démarche humanitude 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*

### L'individualisation de l'accompagnement

La démarche humanité 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'humanité 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 semestre 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.


	DIVERS <b>PROJET DE SOINS 2023-2027</b>	COL M1 DIV Projet de soins 2023-2027
---	--	---


- 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 compléments nutritionnels oraux 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 soignantes. 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 semestres.

 **Formation des soignants** : Intégration des formations en interne afin de former un maximum de personnes sur les sujets suivants : Humanitude, fin de vie, manutention relationnelle, etc.

## 5. LISTE DES ANNEXES

-  **Conduite à tenir en cas de gastro-entérite**
-  **Conduite à tenir en cas de constipation**
-  **Protocole d'accompagnement et de soins de fin de vie**
-  **Fiche de poste de la référente hôtelière**
-  **Fiche de poste de l'infirmière coordinatrice**
-  **Fiche de poste du kinésithérapeute**
-  **Fiche de poste de la psychologue clinicienne**
-  **Protocole appel médecin**
-  **Protocole de conduite à tenir en cas d'urgence**
-  **Convention avec le Centre Hospitalier de Mulhouse**
-  **Plan Bleu**