

PROJET D'ETABLISSEMENT

Ce projet d'établissement est composé du projet de vie¹ et du projet de soins².
Ils sont le fruit d'un travail collectif de membres volontaires du personnel de la maison de retraite.

¹ A partir de la page 2

² A partir de la page 18

PROJET DE VIE

LES OBJECTIFS LES AXES et LES ACTIONS

Accueillir dans l'institution

1. Améliorer l'accueil du résidant

- Créer une équipe mobile de premier contact avec le futur résidant4
- Améliorer le recueil de données concernant le futur résidant5

2. Recevoir dans l'institution

- Famille, amis6
- Ouverture sur l'extérieur.....7

Prendre globalement en charge le résidant

3. Respecter les droits des résidants

- Accepter le résidant dans sa globalité.....8
- Accepter les rythmes de vie10
- Éviter l'exclusion des personnes atteintes de démence.....11
- Accepter la dimension de sujet chez l'âgé12

4. Adapter la prise en charge

- Accompagner le résidant en fin de vie13
- Favoriser le relationnel14
- Intégrer les animaux dans l'institution.....15

Accroître la qualité de la prise en charge du résidant

5. Utiliser la démarche qualité

- Se servir de l'autoévaluation.....16

6. Se démarquer de la dimension soignante

- S'éloigner de la tenue de travail17

Créer une équipe mobile de premier contact avec le futur résidant

Dans le cadre d'une admission programmée, afin de préparer l'entrée du résidant dans l'institution, le premier contact sera confié à un groupe d'agents ayant pour mission de rencontrer la personne à son domicile, ou dans un établissement de soins ou d'hébergement.

Cette première rencontre doit permettre de :

- présenter l'établissement (remise du livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour...) et ses différentes prestations
- constituer un premier recueil de données concernant ses habitudes et son cadre de vie, ceci dans le but de maintenir son autonomie et son identité.

Dans le cadre de cette étape d'accueil il sera proposé au futur résident de visiter l'établissement et de partager un moment convivial lui permettant de découvrir la vie en collectivité et d'avoir une vision plus concrète de son futur environnement.

Aller à la rencontre du futur résidant pour rassurer, mieux connaître ses besoins et ainsi faciliter son séjour

Si le futur résidant décide de donner suite à sa demande d'admission, il lui sera proposé d'entrer, sauf urgence, de préférence en semaine entre 14 Heures et 16 Heures afin d'être accueilli dans les meilleures conditions possibles. Dans la mesure du possible il sera accueilli par les deux agents ayant établi le premier contact. Ceux-ci présenteront ensuite le nouveau résidant à l'ensemble de la communauté et du personnel de jour et de nuit. Cette présence au plus proche du résident permettra d'établir une observation précise sur ses rythmes quotidiens, d'être à l'écoute de ses désirs et souhaits afin de satisfaire au mieux ses besoins, de comprendre sa personnalité et d'évaluer son degré d'autonomie.

Il est précisé que cette équipe mobile de premier contact sera constituée à effectifs constants.

Améliorer le recueil de données concernant le futur résident

Pour mieux connaître les besoins du résidents, il a été élaboré une fiche d'habitudes de vie. Cette fiche sera remplie sur la base des éléments recueillis lors la première rencontre du résident avec l'équipe mobile puis actualisée périodiquement avec lui.

Bien entendu,

- d'une part, le résident est libre de renseigner ou de ne pas renseigner tout ou partie de cette fiche.
- d'autre part, il peut prendre à tout moment l'initiative de faire modifier des éléments de cette fiche.

Connaître le résident pour mieux répondre à ses besoins

Une copie de cette fiche sera remise au résident lors de son entrée dans l'institution et de chacun des changements accompagnée des explications nécessaires. Si le résident le souhaite, une copie de cette fiche sera également remise à sa famille ou à ses proches.

Famille, amis

La participation de la famille du résident aux activités de la vie quotidienne doit être favorisée.

A ce titre les familles seront :

- Consultées sur la vie de l'institution dans le cadre du conseil de la vie social
- Invitées à participer aux événements de l'institution
- Consultées et informées sur l'état de santé de leur parent s'il est hors d'état de manifester sa volonté, conformément à l'article L1111-6 du code de la santé publique.
- Invitées à participer aux soins

Pour maintenir et développer un climat de convivialité, la possibilité pour les familles et les amis de déjeuner et/ou de dîner avec le résident a déjà été mise en place et sera développée.

*Le maintien des liens
avec la famille est
indispensable*

Ouverture sur l'extérieur

*L'ouverture de
l'institution sur
l'extérieur est un
facteur
d'enrichissement*

Le dynamisme de la cité doit pouvoir venir "féconder" et enrichir la vie institutionnelle. Dans cette optique, il est intéressant de faire appel à des compétences extérieures pour:

- entretenir et développer les liens avec le tissu associatif,
- favoriser les expositions à thème intra-muros,
- poursuivre l'organisation de spectacles,
- ouvrir l'établissement aux conférences, débats, projections de films, etc...,
- faire connaître l'institution au moyen de brochures, plans, plaquettes et développer le travail de communication, etc...,
- finaliser et optimiser le site Web qui permettrait tant aux résidents qu'à l'institution de communiquer avec d'autres maisons de retraite et d'autres résidents,
- dans le cadre des échanges intergénérationnels le partenariat avec les écoles et la maison de retraite d'Effiat sera développé.

Accepter le résidant dans sa globalité

Il est fondamental de centrer les préoccupations de l'institution sur la personne afin que la vie en collectivité maintienne ce qui rend chacun unique et le distingue des autres. Le résident doit toujours être considéré comme une personne à part entière capable de penser, de choisir, d'aimer et de refuser.

Les droits des résidants sont énoncés dans la charte des droits et libertés des personnes accueillies :

Les droits des résidants sont une obligation pour l'institution

- Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne. (Article 4)

"Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

- Droit à la renonciation (Article 5)

"La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines."

- Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie (Article 10)

"L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice."

- Droit à la pratique religieuse (Article 11)

"Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et

opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services."

- Respect de la dignité de la personne et de son intimité (Article 12)

"Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé."

Accepter les rythmes de vie

Concilier les contraintes institutionnelles et les droits de résidents

Afin d'éviter une rupture trop brutale avec les habitudes et les rythmes de vie antérieure, il est nécessaire de respecter le droit au choix pour tout ce qui touche la vie quotidienne et personnelle.

Il est donc indispensable de concilier les contraintes d'une organisation collective avec les besoins individuels.

Dans ce but les résidents seront consultés sur le choix des horaires des différents instants de l'institution tels que par exemple les soins et les repas.

Bien entendu les horaires de coucher et de lever sont libres.

Eviter l'exclusion des personnes atteintes de démence

Tout mettre en œuvre pour éviter l'exclusion

Concernant la déambulation des personnes âgées atteintes de démences, afin d'éviter l'enfermement, l'isolement, les moyens de contention, il est nécessaire de maintenir la politique actuelle de l'institution : l'existence d'un système prévenant d'une sortie hors des limites définies de l'établissement, leur permettant de déambuler librement à l'intérieur comme à l'extérieur dans un espace de sécurité.

Dans le cadre du projet architectural, il a été mené une réflexion plus globale destinée à disposer d'espaces intérieurs collectifs..

Accepter la dimension de sujet chez l'âgé

Tout mettre en œuvre pour éviter l'exclusion

Reconnaître une vie affective chez la personne âgée, c'est aussi lui reconnaître le droit à une sexualité. Garant de ce droit, l'institution se gardera de toute attitude moralisatrice face à des comportements affectifs entre résidents. Au travers de la discussion, l'équipe aura un rôle d'information et de médiation face aux familles.

Plus que jamais la liberté, la circulation de la parole et l'écoute doivent être favorisées.

L'accompagnement de la fin de la vie et la lutte contre la douleur sont des nécessités que l'établissement a déjà intégrées et développe constamment

Accompagner le résidant en fin de vie

L'accompagnement du résidant en fin de vie doit être l'affaire de tous : familles, proches, équipe soignante dans sa totalité.

Pour permettre un accompagnement de qualité quatre axes seront développés:

- connaître le processus de fin de vie,
- attitudes de l'équipe,
- place de la famille,
- Accompagnement des autres résidents,
- se donner les moyens.

Connaissance du processus de fin de vie

Poursuite des formations d'accompagnement de fin de vie et de prise en charge de la douleur, ceci dans un souci constant d'amélioration de la qualité des soins auprès des résidents.

Attitudes de l'équipe

Outre la dimension technique de l'accompagnement approprié auprès de la personne âgée en fin de vie, le rôle de l'équipe est d'apporter présence, aide et réconfort.

Place de la famille.

La fin de vie est le temps de la famille. Dans cet objectif, les horaires de visite restent libres, et des informations régulières sont données aux familles sur l'état de santé de leur parent.

Dans la mesure du possible, la famille peut participer si elle le souhaite aux soins d'accompagnement, à la toilette mortuaire. Le rôle de l'équipe ne s'arrête pas à l'accompagnement du résident, mais également à celui des familles dans ces moments sensibles qu'elles traversent.

L'importance d'un bon recueil de données dès l'admission, permettra dans ces moments particuliers de mettre en place un accompagnement personnalisé respectant ainsi les dernières volontés du résident.

Accompagnement des autres résidents.

Dans cet espace collectif et de communication qu'est l'établissement, il ne faut pas occulter cette ultime étape de vie. Pour cela il décide nécessaire d'informer tant oralement que symboliquement les autres résidents sur les décès survenus. Pour les résidents qui le souhaite des moyens seront mis en place pour leur permettre d'assister aux obsèques.

*Passer de la
dimension donner
des soins à celle de
prendre soin*

Favoriser le relationnel

La personne âgée reste un Etre de relation, à ce titre il est important de passer du "donner du soin" à "prendre soin". Toutes les actions auprès de la personne âgée qu'elles soient curatives ou d'entretien de la vie doivent s'inscrire dans une dimension relationnelle. Cette dernière est indispensable à la vie et sous-tend toutes les démarches. Dans cette conception là, tout acte représente un moment privilégié où la personne âgée est entendue, écoutée.

Le nursing qui concerne l'hygiène du corps doit permettre d'établir une relation :

- prendre le temps de parler lors des " soins "
- toucher le corps de l'autre

D'autre part, " prendre soin » du corps qu'il est, c'est également " prendre soin " de son environnement, du milieu ambiant en le rendant plus convivial.

Une présence harmonieuse et raisonnée d'animaux est nécessaire pour que l'institution soit un véritable lieu de vie.

Intégrer les animaux dans l'institution

La présence des animaux en institution est indispensable afin de permettre aux résidents de ne pas être exclus de la vie sociale.

Le succès de l'activité d'éthologie, avec la présence d'un chien d'accompagnement, démontre l'intérêt de permettre et favoriser l'intégration des animaux dans l'institution.

Bien entendu, cette intégration doit être harmonieuse et raisonnée. En effet, s'il n'est pas toujours possible de répondre favorablement à toutes les sollicitations, il est indispensable de proposer des solutions aux clients désirants résider dans l'institution avec un animal de compagnie.

Dans cet esprit, le récent règlement intérieur énonce clairement la possibilité pour les résidents d'entrer dans l'institution avec un animal sous réserve que l'ensemble des conditions énoncées soient remplies.

Extrait du règlement de fonctionnement :

Les animaux sont admis dans l'établissement. Le résident peut s'installer avec son animal de compagnie si :

- il est en mesure d'en prendre soin,
- l'animal n'induit pas de nuisance et ne présente pas de risques pour les autres résidents, le personnel et les autres animaux présents dans l'établissement,
- il est à jour de ses vaccinations

La satisfaction de ces deux dernières conditions doit être attestée, par écrit, par un vétérinaire.

Si l'une de ces conditions précitées n'est plus remplie, la famille ou le représentant légal s'engage par écrit à reprendre l'animal.

Se Servir de l'auto-évaluation

L'amélioration constante et continue de la qualité des prestations servies doit être partagée par tous.

Les résultats des différentes auto-évaluations permettront d'une part de mettre en œuvre rapidement des actions correctrices et d'autre part d'élaborer de véritables plans d'amélioration de la qualité.

Dans ce but des auto-évaluations seront réalisées au moins tous les deux ans par des groupes de travail composés de personnes volontaires et représentant la diversité des fonctions de l'institution.

Les enquêtes de satisfactions des résidents et des familles seront réalisées périodiquement et permettront également de prendre en compte leurs remarques.

Le résidant n'est pas dans un environnement hospitalier, les tenues doivent s'adapter en conséquence.

S'éloigner de la tenue de travail

Les tenues de travail actuelles correspondent à la dimension soignante qui si elle doit être présente ne doit pas occulter l'essentiel à savoir que l'institution est un lieu de vie.

En effet, le parallélisme entre le domaine hospitalier et la tenue actuelle des agents ne permet pas véritablement de se démarquer des soins et au-delà de donner toute sa dimension de lieu de vie à l'institution.

On peut d'ailleurs observer qu'un médecin ou une infirmière se rendant à domicile pour prodiguer des soins ne porte généralement pas de tenue particulière.

Pour permettre cette mutation, il est nécessaire de rassurer à la fois le personnel, les résidants et les familles en expliquant les raisons de cette action et également en proposant des solutions satisfaisantes.

Il n'est bien entendu pas envisageable de donner des soins nécessitant une hygiène rigoureuse sans le port d'une tenue adaptée. A l'inverse, garder toute la journée de travail la même tenue, y compris pour le service des repas, n'est pas conforme aux règles d'hygiène.

Sur ce dernier point des solutions ont été apportées par le port d'une tenue complémentaire mais il est nécessaire d'aller au-delà.

Ceci ne pourra se faire que dans la concertation avec tous, personnel, résidants et familles l'objectif étant d'identifier les tâches pouvant être réalisées sans tenue de travail et celles nécessitant le port d'un vêtement particulier.

PROJET DE SOINS

LES OBJECTIFS, LES AXES et LES ACTIONS

ACCUEILLIR DANS L'INSTITUTION

7. Formaliser l'accueil du résidant et de sa famille.....21

ACCOMPAGNER LE RESIDANT AU QUOTIDIEN

8. Formaliser le déroulement des soins de base.....23

- Relation communication.....25
- Hygiène corporelle et tenue vestimentaire.....25
- Transfert déplacement –mobilisation.....26
- Temps Repas.....29
- Respect du sommeil.....29
- Elimination.....30

9. Aide et soins spécifiques.....31

- Troubles du comportement.....31
- Déclin cognitif.....33
- Troubles nutritionnels et/ou troubles de l'hydratation.....34
- Chutes et contention.....37
- Douleurs.....38
- Soins palliatifs et accompagnement de fin de vie.....39

10. Plan de soin personnalisé

ACCROITRE LA QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT DU RESIDANT

11. Définir le rôle des membres des équipes de soins.....42

- Optimiser l'organisation des unités d'hébergement.....43
- Définir les priorités de formation.....44
- Evaluer les pratiques professionnelles.....44

12. Accompagnement médical.....45

- Rôle du médecin coordonnateur.....45
- Médecin traitant.....46
- Gestion des médicaments.....48
- Intervenants extérieurs.....48

INTRODUCTION

La personne âgée est une personne avant d'être une personne âgée et/ou handicapée physique et/ou mentale. Elle est capable d'exprimer ses désirs et choix qui ne doivent pas être niés, ni imposés par l'accompagnement collectif qu'implique l'institution.

Ce projet, en lien avec le projet de vie, est l'aboutissement d'une réflexion pluridisciplinaire sur les dimensions du soin, en partant du « comment prendre soin de » aux soins médicaux et para-médicaux

Il a pour objectifs

1. d'accompagner le résidant pour que son séjour à l'E.H.P.A.D. d'Effiat ne soit pas une fin en soi mais une étape et une continuité de sa vie.
2. d'amener les professionnels à réfléchir sur l'évolution de leurs pratiques, en se démarquant le plus possible de l'organisation hospitalière et d'évoluer d'une approche gériatrique vers une approche gérontologique.

Dans un premier temps, l'inventaire de l'existant (auto évaluation 2007) a servi à alimenter notre réflexion et permis de déterminer les axes et les actions à développer :

- ✚ En respectant tous les temps du résidant dans le lieu de vie qu'est l'E.H.P.A.D.,
- ✚ En prenant en compte sa personnalité, son histoire, ses liens sociaux, son autonomie, ses éventuelles pathologies,
- ✚ En adaptant son environnement à ses capacités,
- ✚ En s'éloignant d'une prise en charge strictement médicale et soignante pour prendre au mieux en compte les besoins et désirs du résidant,
- ✚ En donnant à la personne le sentiment qu'elle sera accompagnée de manière individuelle sans subir l'organisation de la collectivité,
- ✚ En assurant la continuité des soins médicaux et para médicaux,

Ce projet a permis de mettre en mots les réflexions et actions déjà menées depuis plusieurs années, aussi, si nombre de ces objectifs sont déjà réalisés, d'autres nécessitent d'être formalisés.

ACCUEILLIR DANS L'INSTITUTION

FORMALISER L'ACCUEIL DU RESIDANT ET DE SA FAMILLE

Il est nécessaire d'accompagner le résidant et ses proches pour réussir le passage de cette étape qu'est l'entrée à l'E.H.P.A.D. d'Effiat.

Dans tous les cas l'accueil est programmé et organisé à l'avance en équipe élargie (soins, administrative, technique).

En lien avec le projet de création d'une équipe mobile de premier contact le résidant sera accueilli de préférence par les agents ayant établi ce premier contact.

Pour faciliter l'accueil par le personnel, l'entrée se fait de préférence du lundi au jeudi avant 16h00, sauf urgence.

➤ J-1 : Préparation de la chambre par les agents de l'unité :

- Nettoyage/ désinfection de la chambre (cf. fiche de nettoyage approfondi d'une chambre)
- Vérification du bon fonctionnement et de l'état des appareils mis à disposition (mobilier, appel malade, lumières,...) et faire les bons de réparation si besoin
- Faire changer le cordon de lumière au dessus du lit

➤ 2- Le matin de l'admission : vérification de la chambre par 1 agent du service :

- Propreté
- Mettre le linge hôtelier (faire le lit, serviettes de toilette, gant, serviette de table.)
- Mettre un bouquet de fleurs suivant la saison

➤ 3- Le personnel du bureau d'accueil reçoit le résidant, les formalités administratives ayant été réglées en amont avec notamment la remise d'un exemplaire du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour.

➤ 4- Le personnel des unités prend le relais :

Un(e) infirmier(e) et un(e) aide soignant(e) ou un A. S. H. sont désignés pour accueillir le résidant. En fonction du planning, un agent « référent », présent le jour de l'entrée puis dans la semaine, a pour mission de faciliter l'intégration et d'apporter des repères au résidant et de répondre à ses attentes.

- Accueil et installation du résidant dans son lieu de vie en coordination avec l'équipe et la famille.
- Présentation de l'organisation générale et des objectifs de l'unité.
- Information donnée au résidant et aux accompagnants concernant « les droits et libertés de la personne accueillie » (charte à remettre)
- Recueil des données : Noté dans dossier de soins
 - Habitudes de vie,
 - Antécédents sociaux, familiaux et médicaux (soins prescrits),
 - Choix du médecin traitant
 - Choix du lieu d'hospitalisation

➤ 5- Les jours suivants :

Pour permettre au résidant de prendre ses repères :

- Visite complète de l'établissement proposée par l'animatrice.
- Informations données sur l'organisation des journées et les prestations proposées
- Inventaire à faire dans les 48 heures. Le linge est envoyé en 2 temps pour ne pas déstabiliser le résidant en le dépersonnalisant.
- Evaluation de l'autonomie pour une prise en charge adaptée aux possibilités et aux habitudes de vie (repas, nursing, déplacements, loisirs...)
- Etablir le plan de soins individuel (dossier de soins informatisé : P.S.I.)

➤ Actions à mettre en œuvre :

Evaluation de la qualité de l'accueil à 1 mois :

- Au près du résidant
- Au près de sa famille pour faire remonter les problèmes et/ou les points positifs
- Au près de l'équipe

Prévoir un bilan quotidien pendant une semaine, puis un bilan par semaine pendant le premier mois et une fois par mois pendant environ six mois en fonction de l'adaptation. Ce bilan sera réalisé en équipe lors des transmissions

Réalisation d'une fiche type pour l'entrée avec les différentes étapes à cocher

Donner le sentiment au résidant qu'il est attendu et faciliter son séjour.

ACCOMPAGNER LE RESIDANT AU QUOTIDIEN

Charte des droits et libertés de la personne accueillie :

Article 2

« La personne doit se voir proposer un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, à ses désirs et à ses habitudes de vie, dans la continuité des interventions. »

FORMALISER LE DEROULEMENT DES SOINS DE BASE

Extrait de textes réglementaires relatifs à la profession d'infirmier :

Article R. 4311-5 du Code de la Santé Publique

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage

Article R. 4311-4 du Code de la Santé Publique

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement [...] à caractère sanitaire [...], l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, [...] ou d'aides médico- psychologiques qu'il encadre [...] dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

RELATION COMMUNICATION

La communication est un moyen de transmettre des informations. Elle passe par le regard, la parole, le toucher, l'attitude. Le vieillissement et/ou l'entrée en institution, qui entraînent, bien souvent, une rupture avec l'environnement familial, social et une perte de repères, amoindrissent les capacités de communication

Pour établir une communication adaptée :

Il faut savoir, **sans jugement de valeur** :

- Ecouter la personne et connaître son histoire de vie
- S'adapter aux déficits moteurs, cognitifs et/ou sensoriels du résident.
- Faire exprimer les besoins et attentes de la personne et les appliquer dans la mesure du possible.
- Expliquer les gestes professionnels et les soins réalisés
- Apporter des conseils

Favoriser la communication entre :

- Résidents par la mise en relation systématique lors des activités de la vie quotidienne (repas- loisirs- fêtes...)
- Résidents- Familles en acceptant et respectant l'implication ou non de la famille
- Résident- Agents par une communication verbale et non verbale adaptée en toutes circonstances
- Agents- famille en établissant le contact, en restant à l'écoute, en répondant à leurs sollicitations, en les informant de la vie de l'institution
- Echanges d'équipe pour organiser un accompagnement commun.
- **S'adresser, en toutes circonstances, au résident pour éviter le sentiment d'abandon**

Ne pas négliger la communication non verbale :

- Attitudes : elles doivent être respectueuses et indiquer l'intention et l'attention du soignant envers le résident
- Regards : Il est essentiel pour entrer en relation. Il doit être franc et à la hauteur de la personne.
- Toucher : Il doit être professionnel, expliqué, accepté, adapté. Une formation doit être envisagée pour tout le personnel soignant
- Observer et analyser les attitudes et changements comportementaux

Différentes formations sont proposées et sont indispensables pour acquérir un savoir-faire et un savoir être permettant d'atteindre au mieux cet objectif.

- Connaissance du vieillissement
- Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés
- Maltraitance et valeur de soin
- Relation/ communication avec le résident et son entourage

Un atelier « Groupe de Paroles » est proposé par l'éthologue secondée par l'animatrice pour favoriser les échanges entre les résidents en perte de lien social.

L'éthologue est un professionnel qui intervient en individuel ou en collectif dans l'accompagnement psychologique et la mise en place d'actions psychosociales dont certaines sont basées sur la relation à l'animal (chien éduqué).

- **Actions à mettre en œuvre :**

Continuer les formations du personnel

Diversifier les compétences par recrutement d'Aides Médico-Psychologiques et de temps de psychologue

Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage

HYGIENE CORPORELLE ET TENUE VESTIMENTAIRE

La toilette est un soin relationnel qui donne l'occasion de détecter tous les signes d'évolution de l'état de la personne.

C'est un soin facteur de bien-être physique et moral. C'est un temps privilégié de relation et d'observation qui doit s'adapter aux habitudes de vie et aux capacités d'autonomie du résidant. Il doit être une préoccupation constante pour le personnel.

Il ne doit pas être tributaire d'une technique rigide. Pour cela l'équipe doit identifier les besoins à chaque moment.

Une évaluation de la qualité du soin doit être réalisée régulièrement et un réajustement sera fait si nécessaire.

Dans tous les cas :

➤ **Respect des habitudes**

Un recueil des habitudes de vie est accessible à tous les agents concernés (dossier de soins informatisé : P.S.I.)

➤ **Respect de l'autonomie**

Une évaluation des capacités du résidant est faite par l'ergothérapeute et/ou binôme IDE-AS/ASH. Il faut encourager à faire et faire participer le résidant ou lui proposer une aide totale. La participation du résidant, si minime soit elle, est un effort de réadaptation et préserve son autonomie

➤ **Respect de l'intimité et de la pudeur**

Ex : ne pas découvrir entièrement la personne même en chambre seule, mettre un paravent dans les chambres à plusieurs lits,...

➤ **Respect du choix et des désirs**

Ex : horaires, produits personnels, fréquence, modalités en notant si la personne avait l'habitude de se laver entièrement tous les jours, si elle avait l'habitude des bains ou des douches et prendre en considération ces données *dans la mesure où ça ne gêne pas les autres*, le résidant doit lui-même choisir les vêtements qu'il souhaite porter.

➤ **Respect de la sécurité**

Dans le cas d'une personne autonome, rester à portée de voix

➤ **Respect du confort et de l'ergonomie**

Pour le résidant et le soignant.

Ex : savoir faire un transfert lit – fauteuil, mettre un lit à bonne hauteur...

➤ **Respect de l'image du corps**

Habillage, rasage, coiffure, maquillage dans le respect des habitudes de vie.

Cela favorise une bonne estime de soi et facilite le lien social

Penser à l'hygiène des dents, de la bouche, des pieds.

Les bains sont proposés régulièrement. Outre l'hygiène, ils assurent relaxation et prévention des rétractions. *L'acquisition d'un système pour permettre une douche au lit est à l'étude pour les résidants en fin de vie notamment.*

La participation des familles est possible à condition que le résidant le souhaite.

Le projet architectural prévoit d'avoir une salle de bain avec douche dans chaque chambre ce qui permettra de répondre plus facilement à la demande de douche.

➤ **Respect de l'hygiène**

La vie en collectivité nécessite malgré tout de suivre des règles de base d'hygiène. Elles doivent être connues et appliquées par tous les soignants pour éviter la diffusion des infections.

Création en 2008 d'un référentiel des actes de soins de base avec l'E.H.P.A.D. d'Aigueperse qui sera 1 guide d'accompagnement pour les professionnels ; toilette, hygiène des dents....

*Soigner l'image
du corps*

TRANSFERTS- DEPLACEMENTS- MOBILISATION

Préserver les déplacements autant que possible, c'est préserver une part de liberté et de dignité du résidant et favoriser ainsi sa vie sociale. Cela lui permet également de conserver ses capacités motrices, son autonomie. La mobilisation est un principe de fonctionnement de l'équipe mise en pratique à tout moment

➤ **Lever**

Tous les résidants, sauf contre- indication médicale, sont levés pendant un temps adapté à leur état.

Le lever se fait en fonction des capacités du résidant

Evaluation des besoins en aides techniques au moment des transferts

Rééducation aux différents transferts par l'ergothérapeute

Utilisation des appareils d'aide au lever (lève- malade, verticalisateur)

Connaissance des techniques de manutention et de notions d'ergonomie par les soignants

➤ **Déplacements**

Activation/ Stimulation de la marche autant que possible

Accompagnement si nécessaire

Aides aux déplacements appropriées (cannes, déambulateurs,...)

➤ **Installation au fauteuil**

Choix du matériel personnalisé et individualisé avec essais et mise en place par l'ergothérapeute en concertation avec l'équipe

Evaluation et suivi de la bonne installation au quotidien par l'équipe soignante et réajustement si nécessaire.

➤ **Mobilisation régulière**

Rééducation spécifique par l'ergothérapeute pour une bonne mobilisation des membres supérieurs
Ateliers « Réappropriation du corps » (gymnastique douce adaptée) animé par l'ergothérapeute et l'animatrice

Intervention de la kinésithérapeute sur prescription médicale.

➤ **Sécurité**

Sécuriser les espaces de déambulation :

○ Par une organisation pertinente de ces espaces – barres d'appui – sièges – absence d'obstacles (chariots, barre de seuil...)

○ Par un planning adapté de l'hygiène de ces espaces pour éviter les risques de chutes sur sol mouillé.

Vérification du bon état et du bon fonctionnement des aides aux déplacements

Centrale de dilution des produits d'entretien du sol prêts à l'emploi (meilleur dosage pour rendre le sol nettoyé moins glissant)

➤ **Prévention des escarres**

Changements de positions régulières pour les résidants alités.

Utilisation de matériel adéquat (matelas, coussin, mousses sur mesure, ...)

Surveillance, effleurage des points d'appui

Achat produit d'effleurage de prévention

Acquisition de matériel de positionnement (2008)

➤ **Formations manutention et ergonomie**

Pour assurer des transferts confortables et sécurisants pour les résidants comme pour le personnel soignant, la majorité des professionnels est formée aux techniques traditionnelles de manutention.

Les prochaines formations sont à envisager dans une optique ergonomique et non en techniques pré- établies. Elles seraient assurées par l'ergothérapeute sous forme d'ateliers pratiques après quelques rappels théoriques tous les ans et en fonction de la demande

Augmentation du temps ergothérapeute

➤ **Hygiène podale**

Formation du personnel concernant les soins de pédicurie afin que ne soient plus confiées au pédicure que les personnes diabétiques ou présentant des difficultés aux soins de pieds.

Acquisition de matériel adéquat.

**Préserver
l'autonomie, les
capacités
motrices et la
liberté du
résidant**

LE TEMPS REPAS

Le temps du repas doit être un moment chaleureux, de plaisir, d'échanges et de communication.

C'est un moyen de maintenir le lien social.

Nutrition et vieillissement sont étroitement liés, la nutrition étant un des facteurs pouvant influencer sur le vieillissement physiologique et pathologique.

➤ **Respecter l'équilibre alimentaire :**

Le plan alimentaire est validé par le CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition) pour chaque saison.

Les menus sont proposés par une diététicienne et validés par une commission commune avec l'E.H.P.A.D. d'Aigueperse composée des cadres de santé, des responsables cuisine, de la diététicienne, des responsables des services économiques.

➤ **Respecter le choix du résidant :**

Une fiche de non goûts avérés est remplie à l'entrée du résidant. Elle peut être modifiée tout au long du séjour.

Les commandes sont faites suivant une fiche individualisée.

➤ **Adapter les textures aux capacités du résidant :**

Elles sont adaptées au résidant (Mixé pour risque de fausses routes, Haché pour les difficultés de mastication, Normal)

Elles sont modifiées en fonction des plats pour éviter la monotonie et garder l'appétence, le goût et la texture. (Ex : le résidant peut manger certains aliments hachés et d'autres mixés)

Laisser au maximum la personne manger seule, même si elle ne mange pas proprement, dans la limite du respect des autres et lui laisser le temps.

➤ **Installation à table :**

Les repas sont proposés dans la salle de jour ou à la salle de restaurant pour les résidants les plus autonomes.

Le placement est discuté en équipe avec le résidant à son arrivée en fonction des affinités. Il peut évoluer en fonction de sa demande.

➤ **Environnement :**

L'environnement doit être calme, la radio et la télévision coupées.

Le personnel doit adopter, en toute circonstance, un ton calme.

Lumières allumées dès la baisse de la luminosité

➤ **Respecter le rythme et la durée du repas**

Les repas sont répartis sur la journée de la façon suivante :

petit déjeuner à partir de 7h30, déjeuner à partir de 12h, collation à 15h30 et dîner vers 18h. La durée du déjeuner et du dîner est de 1 heure

L'objectif est de servir le dîner à 19h pour équilibrer le temps entre les repas et réduire le jeun pendant la nuit. Cela sera possible grâce à l'augmentation de l'effectif des Aides Soignants et des Aides Médico- Psychologiques..

Cet objectif sera réalisé progressivement. Le dîner sera servi à 18h30 en 2008 et à 19h00 en 2009.

➤ **Service :**

Les résidants qui le souhaitent peuvent participer au service du repas.

Le menu est annoncé pour que chacun le connaisse.

A la fin du repas, les personnes sont accompagnées en chambre ou laissées en salle à leur convenance.

Une procédure est formalisée et affichée.

➤ **Expression et suivi de l'avis et des attentes du résidant :**

Auprès du personnel

Visite quotidienne du cuisinier et hebdomadaire de la diététicienne

Commission hôtelière, commission d'élaboration des menus

Concilier une offre alimentaire équilibrée et une prise en compte des attentes des résidents

*Préserver le
temps repas, la
convivialité, le
plaisir de manger*

➤ **Occasions particulières : Pour suivre le rythme calendaire et varier le quotidien**

Au moment des fêtes, les tables sont décorées en fonction du thème et les menus sont améliorés, un apéritif est servi.

Des croissants sont proposés le dimanche et de la brioche les jours fériés.

Le dernier vendredi de chaque mois, un gâteau est offert pour fêter les anniversaires du mois.

Les familles sont bien évidemment conviées.

Des barbecues sont proposés tous les étés par petits groupes pour permettre des échanges hors du quotidien.

Des repas avec les familles sont proposés plusieurs fois par an.

➤ **Actions à mettre en œuvre :**

Courbes de poids : actuellement, seuls les résidents physiquement autonomes sont pesés. Pour que l'ensemble des résidents le soit, il est prévu l'acquisition de deux plates- formes de pesée fin 2007.

A l'entrée, demander la taille (notée sur la carte d'identité) pour établir l'Indice de Masse Corporelle (I.M.C.)

La dentition est suivie régulièrement et RDV chez le dentiste dès que nécessaire.

Actuellement, seuls les résidents autonomes pour les transferts dans la voiture peuvent se rendre chez le dentiste extérieur.

RESPECT DU SOMMEIL

Le sommeil de la personne âgée est moins profond. Il est ponctué d'éveils plus fréquents et plus longs.

Une bonne qualité de sommeil aura une influence sur le bon déroulement de la journée.

➤ **Respecter les habitudes d'horaires concernant le lever et le coucher du résidant**

Donner la possibilité au résidant de se lever et de se coucher selon son habitude, ne pas imposer le coucher.

Actuellement, les résidants nécessitant l'aide de deux agents pour les transferts sont couchés avant l'arrivée de l'agent de nuit soit avant 20h30.

Par le renforcement de l'équipe soignante en début de nuit et l'acquisition de matériel d'aide aux transferts, les résidants en perte d'autonomie pourraient être couchés selon leurs désirs.

➤ **Connaître et respecter les rites du résidant**

Fermeture des volets, ouverture des fenêtres, nombre de couvertures, veilleuses allumées ou non,...

➤ **Respecter les rythmes veille/ sommeil**

Le travail des agents de nuit est organisé afin de ne pas réveiller le résidant (change, médicament,...)

➤ **Donner la possibilité au résidant de faire la sieste.**

En moyenne 30 minutes

➤ **Installation au lit**

Conserver l'organisation de l'environnement pour favoriser un endormissement dans de bonnes conditions.

Vérifier régulièrement l'état de la literie et changer matelas et oreillers dès que nécessaire.

➤ **Prévenir l'apparition de troubles du sommeil**

Organiser des activités dans la journée (sorties à l'extérieur, animations, ...)

Prévoir un long temps d'exposition à la lumière

➤ **Environnement sonore**

Veiller à être discret dans les déplacements (chaussures discrètes, ...)

Utilisation du mode vibreur pour les appareils de communication (récepteur appel malade, téléphones,...)

➤ **Apprendre à détecter les troubles du comportement nocturne.**

➤ **Prévention de l'insomnie**

Il faut rechercher les causes de l'insomnie

- ennui, inactivité
- facteurs environnementaux (lumière, bruit, température élevée, literie,...)
- facteurs psychiatriques, psychologiques (dépression, angoisse, stress,...)
- facteurs organiques (douleurs, incontinence, cardiopathie,...)

➤ **Sécuriser les nuits**

Les passages des agents de nuit sont réguliers mais discrets pour ne pas perturber le sommeil.

Suite à l'extension des locaux (2009), il sera nécessaire de renforcer l'équipe soignante de nuit (3 agents au lieu de 2 actuellement)

*Respecter le
sommeil pour
améliorer le temps
d'éveil*

ELIMINATION

Il faut essayer au maximum de reculer le moment de l'éventuel passage de la continence à l'incontinence

➤ **Respect de la continence**

Le résidant est accompagné aux toilettes à heures régulières

Etre à l'écoute des demandes des résidants

Etre attentif aux difficultés d'habillage, de locomotion, de verbalisation du besoin,...

Détecter rapidement les troubles de l'élimination afin de mettre en place un accompagnement adapté

➤ **Constipation :**

Dès l'identification des résidants à risque, une fiche de suivi est mise en place.

➤ **Accompagnement psychologique des troubles de l'élimination**

Préserver la dignité du résidant en adoptant un accompagnement individualisé, lui éviter le sentiment de honte et une perte de confiance en soi et lever les tabous.

➤ **Adapter le matériel et l'environnement aux possibilités de la personne**

Pour lui laisser un maximum de possibilités de faire seul et essayer de lever les obstacles qui peuvent freiner son autonomie.

Ex. : Mise en place de chaises garde- robes si le résidant ne peut accéder seul aux toilettes en attendant la finalisation du projet architectural. (Fauteuil roulant trop large pour passer actuellement dans la porte des toilettes).

➤ **Accompagnement de l'incontinence :**

Chaque cas est particulier, l'accompagnement ne peut et ne doit être qu'individuel.

Un temps d'évaluation est pris pour rechercher systématiquement les causes et éventuellement corriger des facteurs extrinsèques et/ou temporaires (épisode infectieux, toux, gêne environnementale, désorientation,...)

Identifier la nature des fuites.

Une stratégie est élaborée en équipe pluridisciplinaire avec le choix d'une catégorie adaptée de protection. Repérer le moment pour amener aux toilettes

Un accompagnement aux toilettes est proposé en systématique :

- au lever
- fin de matinée
- après le repas
- en fin d'après midi
- au coucher

Information, proposition et recueil du consentement du résidant

Evaluation régulière tout au long du séjour et adaptation en fonction des besoins.

➤ **Informations**

Des résidants et des familles

➤ **Actions à mettre en œuvre :**

Revoir les techniques de pose à transmettre aux nouveaux agents

Avec le fournisseur de protections (nouveau, formations du personnel, ...) à développer.

*Maintenir
l'autonomie
mictionnelle pour
préserver la dignité*

*Préserver les bonnes
pratiques de
l'accompagnement
de l'incontinence.*

AIDE ET SOINS SPECIFIQUES

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Les troubles du comportement du sujet âgé, dément ou non, sont fréquents. Ils peuvent prendre plusieurs formes (agressivité, cris, repli sur soi, refus des soins, révolte, déambulation, agitation, perte de l'élan vital, ...)

Ce sont des modes de relation porteurs de sens qu'il faut savoir décoder pour établir une communication qui soit un dialogue et non une confrontation.

Il faut donc savoir réagir de façon adéquate, connaître les attitudes à adopter et celles à éviter, savoir isoler sans exclure si besoin.

Il faut comprendre, trouver ce qui le motive et instaurer une relation de confiance sécurisante et apaisante.

➤ Identifier la cause du trouble du comportement

Problème somatique (déshydratation, hyperthermie, douleur, infection débutante, fécalome,...)

- Effets secondaires à une prise médicamenteuse
- Ethylisme
- Modifications de l'environnement
- Pathologies métaboliques et endocriniennes (hypoglycémie, hyperthyroïdie)
- Pathologies neurologiques (épilepsie, méningite)
- Pathologies psychiatriques (démences, psychoses,...)
- S'assurer de la satisfaction des besoins fondamentaux (faim, soif, isolement, insécurité, ...)

➤ Savoir faire la différence entre :

- traits de caractère
- réactions face au vieillissement
- états dépressifs
- troubles psychiques

➤ **Connaissance de l'histoire de vie du résidant, ses habitudes de vie, son niveau social, sa religion :**

➤ **Convention avec le C.M.P. Ste Marie (psychiatre, infirmier spécialisé en psychiatrie), présence de professionnels éthologue,...**

➤ Communication

Calmer la personne en entrant en relation avec elle par des techniques bien précises (formations)

➤ Accompagnement de l'équipe :

L'accompagnement de personnes présentant des troubles du comportement peut générer une souffrance, une lassitude du personnel qui doit être soutenu par l'échange des pratiques en équipe, de jour comme de nuit avec un projet individualisé commun à tous avec des évaluations régulières des résultats.

Une fiche- guide pour la prise en charge des comportements agressifs et des cris a été réalisée par un groupe de travail et mise à disposition de tous les agents

➤ Actions à mener :

Organiser avec le médecin psychiatre des réunions à thème sur la démence, les troubles du comportement, pour le personnel et les familles

Demande de création d'un temps de psychologue pour les résidants, familles, agents

Demande de création de postes d'Aide Médico-Psychologiques et d'éducateurs spécialisés pour leurs compétences particulières.

Comprendre pour mieux accompagner

DECLIN COGNITIF

Comme tous les organes de notre corps, le cerveau est sensible au vieillissement et il peut être altéré par différentes lésions.

➤ **Comprendre :**

Les fonctions cognitives regroupent le langage, la mémoire, le raisonnement et le jugement, la perception.

➤ **Dépister :**

Savoir repérer et communiquer les premiers signes d'un déclin cognitif pour agir le plus rapidement possible.

Evaluations des fonctions cognitives (M.M.S.E., test de l'horloge, test des 5 mots) réalisées par le médecin psychiatre, l'éthologue ou l'ergothérapeute.

➤ **Diagnostiquer :**

Le diagnostic de démence est posé par le médecin.

Il faut savoir faire la différence entre la perte de mémoire inhérente à la vieillesse et celle liée à une pathologie.

Causes à éliminer : déshydratation, médicaments, anxiété, états dépressifs, la confusion temporaire liée à une modification de l'environnement.

➤ **Adapter :**

- Soins de base

Ils sont évalués et adaptés en fonction des possibilités du résident.

- Activités :



ateliers adaptés proposés par l'ergothérapeute et l'éthologue après une évaluation afin de répartir les résidents en fonction de leurs capacités :

- Groupes « Eveil et communication » : pour des résidents présentant une démence avancée et en perte de lien social.

- Programmes d'activités cognitives : pour lutter contre le déclin cognitif.



activités proposées par le personnel soignant

➤ **Mettre l'accent sur l'accompagnement des résidents présentant une démence avancée :**

Afin qu'ils ne soient pas délaissés car ils sont peu demandeurs en raison de leurs capacités d'expression limitées. Il faut leur proposer des massages (formations du personnel), des promenades en extérieur, des soins d'esthétique, de la lecture à voix haute, des ateliers chants avec l'animatrice, leur parler ...

Demande d'augmentation du temps d'ergothérapeute, d'AMP

*Comprendre et
dépister pour
adapter
l'accompagnement*

TROUBLES NUTRITIONNELS ET/OU TROUBLES DE L'HYDRATATION

1/ Troubles nutritionnels

« La dénutrition des personnes âgées est maintenant reconnue dans tous les pays industrialisés. Elle contribue à accroître la mortalité et la morbidité en favorisant notamment les chutes (fractures), la déminéralisation osseuse, les infections, les escarres et donc la perte d'autonomie... La dénutrition représente l'un des premiers facteurs de la fragilité, de perte de qualité de vie et de vieillissement pathologique. »

Pr. Thierry CONSTANS

La dénutrition traduit la carence d'apport alimentaire (apports en protéines et en énergie)

La malnutrition est un terme général englobant la pathologie liée à l'insuffisance d'apports (dénutrition) et la pathologie métabolique liée aux surcharges (obésité, hyperlipidémie,...)

➤ Causes :

- Démence (perte des apprentissages)
- état inflammatoire ou infectieux
- capacités diminuées (denture défectueuse, déficit des membres supérieurs, tremblements, douleurs articulaires,...)
- affections buccales, oesophagiennes ou stomacales

➤ Conséquences :

- fonte musculaire
- perte d'autonomie
- chutes
- fractures
- escarres
- constipation

➤ Actions menées :

Dès que l'on note qu'un résidant est en perte d'appétit, la fiche de surveillance alimentaire est mise en place sur 3 jours pour relever les ingestas. Cette fiche est ensuite confiée à la diététicienne pour étude.

Les résultats sont donnés au médecin qui reste juge d'une prescription de compléments alimentaires qui ne peuvent être efficaces que si le résidant ingère au minimum 1200 cal/j. En dessous de ce seuil, ils sont inefficaces.

Les médicaments sont distribués après le début des repas car pris à jeun ils coupent l'appétit

➤ Actions à mettre en œuvre :

Mise en place de la M.N.A. (Mini Nutritional Assessment) qui est une échelle validée de dépistage de la malnutrition. (P.S.I.)

Augmentation du temps de présence dans les services de soins de la diététicienne pour un meilleur dépistage et un suivi auprès de l'équipe

Rechercher toutes les solutions possibles afin d'enrichir les apports alimentaires (fromages, lait ou jambon dans la soupe ou la purée, ...)

Acquisition de matériel ergonomique d'aide au repas.

*Optimiser
l'accompagnement
alimentaire et
hydrique*

➤ **Nutrition et démence :**

La perte de poids est précoce et évolutive, la déambulation augmente les besoins énergétiques et les apports alimentaires peuvent diminuer quand il y a refus de manger.

Repas plus nombreux, variés, ambiance calme, soigner la présentation, prendre du temps, adapter la texture et enrichir les plats.

S'adapter au comportement de la personne tant dans l'élaboration que dans la distribution des repas (ex : déambulation, position debout, permission de manger avec les doigts, ...) quitte à se démarquer des codes de « bonnes manières ».

Idée : plutôt que de faire manger un résidant ayant perdu l'apprentissage de l'utilisation des couverts, le stimuler en lui proposant des aliments qui se mangent avec les doigts.

2/ Troubles de l'hydratation

Les besoins quotidiens en eau sont de 1,5 à 2l. (boissons et alimentation comprises) par jour. Le rein vieillit et perd ses capacités à lutter contre la déshydratation. Il faut donc être particulièrement vigilant.

➤ **Causes :**

- perte de la sensation de soif
- démence (troubles de l'orientation, perte de la soif,...)
- traitements diurétiques
- hyperthermie
- épisodes diarrhéiques

➤ **Conséquences :**

- confusion, somnolence
- chutes, malaises
- perte d'autonomie
- constipation
- décès (ex : canicule 2003)

➤ **Actions menées :**

Les signes sont connus et affichés

Fontaines à eau avec gobelets, possibilité d'eau gélifiée et prescription par le médecin traitant de perfusion à visée hydratante en cas de nécessité.

Les boissons chaudes sont de préférence servies dans des bols ou de grandes tasses, les plats en sauce sont privilégiés,...

Carafes et verres sont à disposition dans les chambres.

Fiche de consignes en cas de forte chaleur.

Alertes aux transmissions dès que changement de comportement d'un résidant.

Plan canicule avec agents supplémentaires qui assurent un accompagnement spécifique pendant les périodes de forte chaleur .

➤ **Actions à mettre en œuvre :**

Projet de pictogramme d'alerte placé dans la chambre de résidant à risque de déshydratation afin que chaque personne entrant dans la chambre donne à boire au résidant. (Agent, famille, ...)

*Optimiser
l'accompagnement
alimentaire et
hydrique*

➤ **Points d'attention :**

- Servir en quantité raisonnable, quitte à resservir ensuite.
- Penser à soigner la présentation, surtout pour les menus hachés
- Demander à chaque fois les souhaits pour ne pas mettre obligatoirement la même chose tous les jours, notamment au moment du petit déjeuner et du goûter.
- Proposer aux familles présentes de prendre la collation avec leur parent.
- Les repas pris en chambre sont servis sur des plateaux préparés au dernier moment
- Hygiène des mains avant et après le repas
- Hygiène de la bouche après le repas

Si le résidant est alité :

- veiller à la bonne installation dans le lit,
- relever la personne à deux soignants si nécessaire,
- relever la tête de lit et mettre l'adaptable à hauteur.
- ouvrir les volets, donner lunettes et appareils dentaires,
- donner une carafe d'eau pour prendre les médicaments si besoin.
- Réinstaller en fin de repas
- Eteindre la lumière
- Si le soleil gêne, il faut tirer les volets

Si le résidant a besoin d'être aidé pour manger :

- S'asseoir en face de lui ou sur le côté
- Plus bas que lui pour qu'il baisse légèrement la tête, ce qui lui permettra de déglutir plus facilement et éviter des fausses routes.

CHUTES ET CONTENTION

Les chutes sont une des premières causes d'hospitalisation entraînant une perte d'autonomie voire à terme un décès.

La prévention des chutes ne justifie pas le recours systématique à une contention quelle qu'elle soit.

1/ CHUTES

➤ Causes :

- Environnementales (ex : mauvais chaussage, sol glissant...)
- Troubles de l'équilibre, de la sensibilité profonde
- Troubles de la vue, de l'audition
- Démence
- Médicaments
- Dénutrition
- Pathologies infectieuses, osseuses et articulaires, neurologiques
- Transferts à risque

➤ Conséquences

- fractures diverses (col du fémur, crâne,...)
- Plaies
- Perte d'autonomie,...
- Hospitalisation
- Décès

➤ Actions menées:

Procédure à suivre en cas de chute

Fiche de déclaration de chute (P.S.I.) systématique avec signalement au médecin traitant

Mobilisation régulière des résidents (atelier « réappropriation du corps », séances de rééducation aux résidents présentant des risques de chutes,...)

Matériel et manutention adéquats pour les mobilisations

Education des résidents aux différents transferts

Eliminer les causes de la chute (environnement, médicaments,...)

➤ Actions à mettre en œuvre :

Projet de mise en place d'ateliers relever du sol avec l'ergothérapeute

Evaluer le risque de chute en systématique à l'entrée (grille d'évaluation P.S.I.)

(Augmentation du temps de présence de l'ergothérapeute)

Remise en service du parcours de marche.

Formation du personnel aux gestes d'urgence auprès des personnes âgées

2/ CONTENTION

Définition de la H.A.S. (Haute Autorité de Santé),

LIMITER LES RISQUES DE LA CONTENTION PHYSIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE, Oct. 2000 :

« 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 »

« Parmi les moyens utilisés, on peut citer les moyens spécifiques comme :

- les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures ;
- les attaches de poignets et de chevilles ;
- les sièges gériatriques, les sièges avec un adaptable fixé ;
- les barrières de lit. »

Des alternatives à la contention physique et/ou chimique sont systématiquement recherchées en étudiant les bénéfices/risques. Les équipes soignantes sont formées à la recherche de ces alternatives. (Plan de soin)

La contention physique est exceptionnelle, limitée dans le temps et réalisée uniquement sur prescription médicale y compris pour les barrières de lit.

➤ Actions menées

- installation avec les outils appropriés (fauteuil avec assise inclinable,...)
- maintien de la déambulation
- barrières de lit mises ou non après prescription médicale suite à une réflexion d'équipe en fonction de l'état du patient. (éviter les barrières chez des patients agités, veiller au bon verrouillage et au bon état des barrières)

Eviter le passage de la chute à la contention

« [...] toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [...] »

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La douleur est subjective, il faut croire toute personne se plaignant de douleur. Toute douleur doit donc être prise en compte, évaluée ou traitée qu'elle soit d'ordre physique et/ou psychique.

➤ **Actions menées :**

Equipes sensibilisées à reconnaître les premiers signes d'une douleur qu'elle soit d'origine physique et/ou morale (modification du comportement,...) y compris celles induites par les soins (hygiène, installation, mobilisation, pansement,...)

- Transmissions aux différents professionnels concernés (médecin, I.D.E., AS, ergothérapeute, éthologue...)
- Evaluation des traitements mis en place
- Présence d'une éthologue pour l'accompagnement de la douleur morale
- Formation des professionnels à la douleur
- Convention avec une équipe mobile de soins palliatifs

➤ **Actions à mettre en œuvre:**

- Formaliser un outil d'évaluation de la douleur
- Favoriser l'intervention de l'Hospitalisation à Domicile (loi du 22 février 2007) par une convention
- Créer un temps de psychologue
- Généralisation de la formation sur la douleur à tous les professionnels
- Formation des professionnels aux techniques de toucher massage
- Kit Douleur à l'initiative de la Direction Générale de la Santé destinée à améliorer les pratiques professionnelles dans le domaine de la lutte contre la douleur et des soins palliatifs à destination des équipes en E.H.P.A.D. (outil adapté à la gériatrie)
Sera disponible auprès de la D.R.A.S.S.

Etre attentif aux premiers signes pour agir rapidement et de manière efficace

SOINS PALLIATIFS ET ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE

« Les soins palliatifs et l'accompagnement concernent les personnes de tous âges atteintes d'une maladie grave, évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. [...]. Les soins prodigués visent à améliorer le confort et la qualité de vie et à soulager les symptômes : ce sont tous les traitements et soins d'accompagnement physiques, psychologiques, spirituels et sociaux envers des personnes et leur entourage. »

Précision du programme national de développement des soins palliatifs en 2002

➤ Actions menées :

Le résidant est autant que possible accompagné sur place jusqu'au bout par les équipes soignantes en privilégiant les soins de confort.

Une grande partie du personnel est formée

La douleur physique est prise en compte (convention avec équipe de soins palliatifs, médecin,...)

La famille est accompagnée avec possibilité de présence continue (collation, repas, lit) et bénéficie du soutien de l'équipe. Elle est toujours invitée à s'impliquer dans l'accompagnement.

Complémentarité entre les soignants et les autres intervenants.

Connaissance et respect des souhaits des résidants, notamment de leurs convictions religieuses.

Présence d'un agent lors de la mise en bière ou du départ de corps.

➤ Actions à mettre en œuvre :

Généraliser la formation au toucher- massage à visée antalgique et relaxante.

Formaliser l'information donnée aux autres résidants.

Kit Soins Palliatifs (idem que Kit Douleur)

*Accompagner
jusqu'au bout de la
vie.*

Quelques dates :

Décret n° 2006-122 de la loi du 22 avril 2005 : relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico social en matière de soins palliatifs

Loi du 22 Avril 2005 : loi relative au droit des malades et à la fin de vie dite loi Léonetti qui établit le droit des malades à l'arrêt ou la limitation de thérapeutiques dites actives.

Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002 n° 2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement

Plan triennal de développement des soins palliatifs 1999-2001 dit plan Kouchner

Loi du 9 Juin 1999 : visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

Circulaire DGS/275/3D du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale dite circulaire Laroque

Plan de soin personnalisé

Le temps d'observation est un temps important pour faire connaissance avec le résidant. Cela permet à l'équipe soignante de s'adapter au mieux à ses besoins et ses désirs.

L'E.H.P.A.D. dispose, depuis décembre 2006, d'un dossier de soin informatisé (PSI) regroupant :

- le dossier médical,
- le dossier infirmier
- le dossier administratif
- le dossier de rééducation
- le dossier psychologue
- le dossier d'animation

Il est accessible à tous les agents par un code personnel limitant les accès suivant leur fonction

➤ **Recueil des informations :**

A l'entrée et au fil du séjour, l'histoire de vie et les habitudes de vie du résidant sont consignées par l'I.D.E, AS, dans le dossier de soin informatisé sur interrogation du résidant et/ou de ses proches.

➤ **Observation :**

Observation des capacités résiduelles du résidant qui sert de support à l'élaboration du plan de soin

Bilan d'autonomie réalisé par l'ergothérapeute si nécessaire.

Evaluations des fonctions cognitives (M.M.S.E., test de l'horloge, test des 5 mots) réalisées par le médecin psychiatre, l'éthologue ou l'ergothérapeute si besoin.

➤ **Elaboration du plan de soin personnalisé :**

Un plan de soin type sur 24h est appliqué à chaque résidant entrant et réévalué à J+2. Il est élaboré au moment des transmissions en équipe pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, Médecin traitant, Cadre de santé, Infirmières, Aides Soignantes, A.S.H., Animatrice, Ergothérapeute, Ethologue,...).

Il est ensuite validé et imprimé par quinzaine. Cela permet d'avoir une trame de travail pour les IDE et les AS/ASH....

Pour assurer la traçabilité, chaque agent valide sur ce plan de soin l'acte réalisé.

Au bout d'une semaine, on élabore la grille AGGIR.

➤ **Transmissions :**

Elles ont lieu à chaque changement d'équipe (nuit/matin, matin/soir, soir/nuit).

Elles prennent la forme de transmissions ciblées. Toutes les observations sont consignées dans le dossier de soin informatisé, horodatées et validées par les agents.

Lors du chevauchement des équipes matin et soir, les transmissions sont l'occasion d'un temps d'échanges pluridisciplinaires plus important permettant la recherche de solutions aux problèmes posés et l'adaptation des plans de soins ou de faire un bilan d'adaptation.

➤ **Evaluation et adaptation :**

Formaliser un bilan quotidien pendant une semaine, puis un bilan par semaine pendant le premier mois et une fois par mois pendant environ six mois en fonction de l'adaptation.

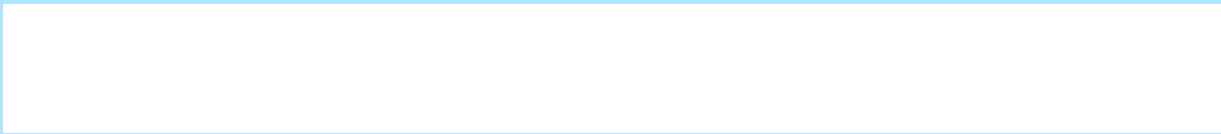
Organiser la réactualisation des plans de soins de manière régulière. (qui quand comment)

Systématiser le bilan cognitif à 1 mois de l'entrée.

Création d'un poste d'éducateur spécialisé compétent pour la mise en place de projets individuels

*Observer,
évaluer et
adapter*

ACCROITRE LA QUALITE D'ACCOMPAGNEMENT DU RESIDANT



DEFINIR LE ROLE DES MEMBRES DES EQUIPES DE SOINS

OPTIMISER L'ORGANISATION DES UNITES D'HEBERGEMENT

Afin de mettre en œuvre les actions définies dans ce projet, il est indispensable que chaque professionnel connaisse, identifie le cadre de ses activités, soit formé, que ses pratiques soient évaluées, que les horaires de travail et les activités soient organisés pour s'adapter au rythme du résident.

Une organisation structurée permet une plus grande flexibilité et disponibilité dans les tâches à accomplir.

➤ **Elaboration des fiches de poste et d'activités :**

Pour définir le rôle des membres des équipes de soins

Elles sont actuellement en cours de réalisation et de validation.

Eviter la spécialisation, instaurer la polyvalence

➤ **Organisation du travail :**

Pour ne pas perdre de vue la chaîne des actions qui lie un intervenant à un autre et permettre la continuité de l'accompagnement, il faut créer un environnement de travail structuré ce qui permet de limiter les dysfonctionnements préjudiciables à la vie quotidienne des résidents et faciliter les tâches.

L'organisation de l'environnement matériel est formalisée ce qui évite une perte de temps inutile.

Les agents sont formés à l'ensemble des activités. Celles-ci sont affichées sous forme de calendrier (qui fait quoi quand) qui sera transformé en diagramme d'activités pour savoir qui a fait quoi.

Des procédures sont élaborées et accessibles à chaque agent.

L'objectif 2007 était d'instaurer la polyvalence et de décroiser les deux unités. Il est en grande partie réalisé dans un esprit de solidarité.

Optimiser le temps de présence de chaque personnel en fonction des tâches à réaliser :

- présence IDE journalière de 7h à 19h30

- sur 24h, présence d'AS en continu

Privilégier le binôme IDE/AS par le renforcement des effectifs (IDE et AS/AMP)

Pour les activités liées au soin quotidien, un référentiel sera réalisé en 2008 en collaboration avec l'E.H.P.A.D. d'Aigueperse.

Un livret d'accueil, réalisé par un groupe de travail est remis à chaque nouvel agent et stagiaire.

Des réunions régulières permettent de faire le point et de réajuster l'organisation générales des unités d'hébergement..

➤ **Evaluation de la charge de travail :**

Possible à tout moment avec P. S. I. si les plans de soins sont à jour

Formaliser un état des lieux régulier des activités et de la charge de travail pour une répartition adaptée du personnel

**Organiser,
impliquer et
responsabiliser**

DEFINIR LES PRIORITES DE FORMATION

Les formations sont définies en fonction des objectifs de ce projet :

- Connaissance du vieillissement
- Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés
- Relation communication avec le résidant et son entourage
- Maltraitance et valeurs de soins
- Accompagnement de fin de vie
- Les troubles du comportement
- La prise en charge de la douleur
- Soins d'esthétique

Parmi les formations nouvelles à privilégier à partir de 2008 :

- Toucher- massage
- Manutention et ergonomie
- Soins de pédicurie
- Les gestes d'urgence auprès des personnes âgées
- Plaies et cicatrisation (IDE)

*Former et évaluer
les pratiques
professionnelles*

EVALUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Evaluation annuelle du personnel

Objectif 2008 :

Audit interne

Dans le cadre de la poursuite de la démarche qualité et afin de préparer les futures visites d'accréditation, des audits internes seront réalisés par des agents des maisons de retraite d'Aigueperse et d'Effiat formés à cet effet.

ACCOMPAGNEMENT MEDICAL

**Assurer et
sécuriser
l'accompagnement
médical**

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 décline en 4 articles la qualification, les missions, la rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un E.H.P.A.D. (mentionné au I de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles).

Extrait Article Art. D. 312-155-3. :le médecin coordonnateur :

- 1- *Elabore, 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 »*
- 2- *Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir [...]*
- 3- *Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement.[...]*
- 4- *Evalue et valide l'état de dépendance des résidents ;*
- 5- *Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, [...]*
- 6- *Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. [...]*
- 7- *Contribue à la mise en oeuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;*
- 8- *Elabore un dossier type de soins ;*
- 9- *Etablit un rapport annuel d'activité médicale, [...]*
- 10- *Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre 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 ;*
- 11- *Collabore à la mise en oeuvre de réseaux gérontologiques coordonnés [...]* »

Le médecin coordonnateur de l'E.H.P.A.D. est présent à 0.2 E.T.P à raison d'une fois par semaine et est joignable à tout moment. Une augmentation de son temps de présence à 0.5 E.T.P. est prévue pour 2008 conformément aux dispositions du décret n° 2007-547 du 11 avril 2007.

MEDECIN TRAITANT

Chaque résidant a le choix de son médecin traitant sachant que les deux médecins vacataires rattachés à l'établissement prennent en charge 88 résidants et que 6 autres médecins assurent le suivi de 12 résidants.

Le résidant reste libre de changer de médecin traitant à tout moment.

Une astreinte médicale commune avec l'E.H.P.A.D. d'Aigueperse est arrêtée tous les mois par le directeur. Elle permet une couverture médicale 24h/24h.

Le résidant a le choix de son lieu d'hospitalisation si besoin

GESTION DES MEDICAMENTS

Le médecin a une totale liberté de prescription des médicaments.

Le résidant a le libre choix de la pharmacie (officine de ville). Jusqu'à présent, l'établissement se charge de la logistique (transmettre les ordonnances aux pharmacies concernées et récupérer les médicaments des résidants.)

Chaque résidant a sa boîte de stockage personnelle dans la pharmacie fermée à clé.

Circuit du médicament :

- 1/ prescription médicale datée et signée
- 2/ ordonnance transmise à la pharmacie du résidant par un agent technique de l'établissement
- 3/ retour des médicaments prescrits dans un sachet individuel
- 4/ dépôt dans le bac de stockage du résidant dans l'armoire à pharmacie
- 5/ préparation par l'I.D.E. du traitement à donner dans un semainier en suivant la prescription
- 6/ distribution des médicaments par l'I.D.E.
- 7/ vérification de la prise par l'I.D.E. ou l'A.S.

➤ **Actions à mettre en œuvre :**

Conventionnement avec les officines de ville visant à la sécurisation du parcours du médicament et de l'approvisionnement en produits de santé pour le résidant qui le souhaite ceci afin de sécuriser et tracer le circuit du médicament. (En attente de la convention type prévue au nouvel art. L. 5126-6-1 du code de la santé publique de rendre transparentes et évaluables les relations pharmacies de ville / E.H.P.A.D.)

Veiller à ce que les armoires à pharmacies soient en permanence fermées à clé.

INTERVENANTS EXTERIEURS

➤ **Psychiatre**

Un médecin psychiatre et un infirmier spécialisé en psychiatrie interviennent suite à une convention signée avec le C.M.P. Sainte Marie de Clermont Ferrand. Ils assurent actuellement une vacation tous les 15 jours.

Ils accompagnent les résidants présentant un déclin cognitif et/ou des troubles du comportement.

Le médecin psychiatre intervient à la demande du médecin traitant.

➤ **Equipe mobile de soins palliatifs : (convention)**

Elle intervient sur demande du médecin traitant

➤ **Kinésithérapeute :**

Intervient uniquement sur prescription médicale

➤ **Pédicure :**

Intervient à raison d'une demi-journée par mois sur prescription médicale.

Une formation serait à envisager pour les soignants pour limiter l'action du pédicure aux résidants diabétiques ou ayant des soins nécessitant la compétence d'un pédicure.

➤ **Hospitalisation à domicile. :**

Suite :

- au décret n°2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'H.A.D. dans les E.H.P.A.D.,

- à l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en H.A.D. des résidants de l'E.H.P.A.D.

- au décret n°2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans des E.H.P.A.D.

L'objectif est de pouvoir proposer aux résidants des soins techniques spécifiques complémentaires aux soins dispensés par l'établissement pour éviter une hospitalisation ou la réduire en durée afin d'éviter de déstabiliser le résidant. L'H.A.D. dispense 7j/7 et 24h/24 des soins identiques à ceux dispensés à l'hôpital (nutrition parentérale, perfusion intraveineuse, soins de nursing lourds, ...)

Le conventionnement est une obligation

*Assurer et
sécuriser
l'accompagnement
médical*

CONCLUSION

Ce projet de soins est le résultat d'une réflexion pluridisciplinaire

Il se devait d'être un outil concret devant servir de référence à tous les intervenants .et non un document conceptuel, idéaliste avec des objectifs irréalisables.

La démarche qui en découle est basée sur l'observation, la mise en place d'actions, d'évaluation et de réajustement continuels afin d'améliorer l'accompagnement du résident dans sa vie quotidienne.

Il met en évidence, des besoins en formation pour le personnel, de renforcement des équipes soignantes habituelles IDE, AS, AMP, d'achat de matériels.....mais surtout l'idée qu'il faut anticiper la nécessité d'intégrer des métiers actuellement peu présents auprès des personnes âgées à l'exemple des éducateurs spécialisés, éthologue, pour répondre à un réel besoin d'élargir les compétences, d'introduire de nouvelles techniques, et d'être créatif.

Ce projet permet de valoriser, s'il en est encore besoin, le travail d'accompagnement des professionnels auprès des personnes âgées.

Ce projet est aussi et surtout un engagement de tous les professionnels de l'EHPAD d'Effiat envers le résident accueilli.

ANNEXES

Tableau récapitulatif des axes et actions

Textes de références :

- Extrait du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 modifiée du 30 juin 1975
- Décret n° 2007-660 du 30 avril 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile intervenant dans des EHPAD
- Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD

RECAPITULATIF

AXES	ACTIONS	CALENDRIER
Accueil	Formaliser l'évaluation de la qualité de l'accueil Réaliser d'une fiche guide	Fin 2007 2008
Relation communication	Continuer les formations du personnel Diversifier les compétences par création de postes AMP et d'1 temps de Psychologue	Plan de formation Convention tripartite 2008/2013
Hygiène corporelle	Créer 1 référentiel des soins l'E.H.P.A.D. d'Aigueperse Former le personnel aux soins de pédicurie avec achat de matériel adéquat. Réfléchir à l'acquisition du système « Douche au lit » pour les résidants en fin de vie	2008 Plan de formation 2009
Transfert- déplacement- mobilisation	Acquisition de matériel de positionnement Former le personnel à l'ergonomie (augmenter le temps d'ergothérapeute) et aux soins de pédicurie Eviter risque de chute : mise en place de centrales de dilution des produits d'entretien pour éviter les sols glissants. Prévenir des escarres (achat produit d'effleurage)	2008 Plan de formation Convention tripartite 2008/2013 2008 2008
Temps repas	Servir le dîner à 18h30 en 2008 puis à 19h00 en 2009 par renforcement des équipes AS Peser tous les résidants (achat de plate- forme de pesée)	2008 et 2009 Fin 2007
Respect du sommeil	Sécuriser les nuits par renforcement de l'équipe	Convention tripartite 2008/2013
Elimination	Revoir périodiquement les techniques de pose	2008
Troubles du comportement	Organiser avec le médecin psychiatre des réunions à thème Demander création d'un temps de psychologue, de postes d'Aide Médico- Psychologiques et d'éducateurs spécialisés.	2008 Convention tripartite 2008/2013
Déclin cognitif	Mettre l'accent sur l'accompagnement des résidants présentant une démence avancée (par la création d'un temps de psychologue, de postes d'Aide Médico- Psychologiques et d'éducateurs spécialisés, ergothérapeute)	Convention tripartite 2008/2013
Nutrition	Mettre en place la M.N.A (dépistage malnutrition) Augmenter le temps de présence dans les services de soins de la diététicienne Achat de matériel ergonomique d'aide au repas.	2008 A partir de 2008 2008 2008
Hydratation	Créer 1 pictogramme d'alerte	Fin 2007
Chutes	Evaluer le risque de chute et mettre en place 1 atelier relever du sol avec ergothérapeute (augmenter le temps d'ergothérapeute) Remettre en service le parcours de marche Former le personnel aux gestes d'urgence	Convention tripartite 2008/2013 2008 Plan de formation
Douleur	Mettre en place d'1 grille d'évaluation de la douleur Intervention de l'Hospitalisation à Domicile Former tous les professionnels à la douleur Formation aux techniques de toucher massage Kit Douleur Accompagner psychologiquement (créer un temps de psychologue)	2008-2009 Dés conventionnement Plan de formation Plan de formation Dés diffusion Convention tripartite 2008/2013
Soins palliatifs	Former le personnel au toucher- massage Kit Soins Palliatifs	Plan de formation Dés diffusion
Plan de soins	Formaliser les bilans. Organiser la réactualisation des plans de soins Systématiser le bilan cognitif à 1 mois de l'entrée.	Fin 2007 Fin 2007 Fin 2007
Organisation des unités d'hébergement	Créer 1 référentiel de soins avec l'EHPAD d'Aigueperse Renforcer binôme IDE/AS-AMP par renforcement des équipes de soins	2008 Convention tripartite 2008/2013
Gestion des médicaments	Conventionnement avec les officines de ville	
Intervenants extérieurs	Intervention de l'Hospitalisation à Domicile	Dés conventionnement

BIBLIOGRAPHIE

Dossiers :

- « Auto évaluation EHPAD Effiat » 2007
- « Recommandations des bonnes pratiques de soins en EHPAD »-2004
- « Guide référentiel de la qualité de soins » –DDASS DU Puy de Dôme

Documents Internet :

- « Canevas pour broder un projet de vie en institution » [http : // membres.lycos.fr/papidoc](http://membres.lycos.fr/papidoc)
- « Les liens d'humanité » [http : // perso.wanadoo.fr/cec-formation.net/philohumanitude.html](http://perso.wanadoo.fr/cec-formation.net/philohumanitude.html)

Ouvrages :

- « Projet de vie avec les personnes âgées et dépendantes en institution », C. Mémin-BAYARD Editions
- « Construire le projet de vie en maison de retraite » Richard Vercauteren, M. C. Vercauteren- J. Chapeleau pratiques du champ social –Editeur ERES
- « L'évolution des métiers en gériatrie », Y. Lamy ENSP Editeur
- « Organiser les services de soins. Le management par la qualité », M. Balle -M. N. Champion-Daviller Editions MASSON

Revue :

- « Décideurs en gérontologie » :
 - mars 1997
 - octobre 2005
 - août/sept 2006
 - février/mars 2007
 - Juin/juillet 2007
- « Gérontoscopie » :
 - Août/sept 2006
- « Soins en gérontologie » :
 - Mars/avril 2006

