



PROJET DE SOINS

Version mars 2009

SOMMAIRE

	Page
Textes de référence	3
I. Le cadre du projet de soins	3
II. Les résidents	4
III. L'encadrement médical et paramédical	4
IV. La prise en charge du résident	5
1. La prise en charge médicale	5
2. La prise en charge paramédicale	10
3. La prise en charge psychologique	10
4. L'accompagnement du mourant	11
5. La prise en charge spécifique	11
6. La lutte contre la douleur	12
7. La prise en charge des urgences internes	12
8. La lutte contre les troubles nutritionnels et la déshydratation	12
9. La lutte contre les escarres	13
10. L'accompagnement de l'incontinence	13
11. Les relations avec les professionnels libéraux	13
V. Organisation et transmission de l'information	14
1. Le dossier médical	14
2. Le plan de soins individuel	14
3. Les réunions	14
4. Les protocoles de prévention ou d'action retenus	14
VI. Formation du personnel	15
VII. Evaluation du projet de soins	16
VIII. Les axes de progrès	17
Annexes	26

Textes de référence :

Conformément au décret 2005-560, article D.312-155-3 du 27 Mai 2005.

« Sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement, le Médecin Coordonnateur, avec le concours de l'équipe soignante élabore le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonne et évalue sa mise en œuvre».

A ce titre le Projet de Soins s'inscrit dans une logique constructive et participative de recherche de qualité globale, obligation imposée par la loi de 2002-2 dite de « rénovation sociale ».

Le projet de soins définit les objectifs généraux de la politique de l'établissement en matière de qualité, d'organisation et d'évaluation des soins, proposé dans la Convention tripartite 2009 – 2013.

Etabli dans le cadre d'une démarche participative, le projet de soins est un instrument fédérateur qui concerne tous les personnels de soins quelle que soit leur formation de base.

Pour autant, notre volonté est que le soin « n'envahisse pas la vie » de la maison.

Le soin est une fonction, au même titre que les autres. L'équipe soin aura donc le souci, d'inscrire son action dans la complémentarité des autres fonctions. Elle vient renforcer le dispositif existant par sa compétence et ses actions spécifiques.

Le partage de ces valeurs par l'ensemble du personnel de l'Etablissement est un impératif de base pour construire le projet de vie comme de soins du résident.

I - LE CADRE DU PROJET DE SOINS

La définition du projet de soins se retrouve dans l'arrêté du 26 Avril 1999 qui fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle (Doc.62/68 JO du 27/04/99 n°98).

Il prend en compte :

- Les besoins relatifs à l'état de santé des résidents,
- Les besoins relatifs à l'état de dépendance.

Le projet de soins de la Cité Saint Joseph se fixe comme principaux objectifs de :

- Améliorer l'accueil et l'accompagnement des résidents et de leurs proches en leur procurant du réconfort et un soutien psychologique dans le cadre d'une pratique professionnelle commune tournée vers la bienveillance,
- Lutter contre la douleur,

- Favoriser le retour ou le maintien de l'autonomie verbale, physique et intellectuelle des résidents,
- Prendre en charge la démence,
- Prendre en charge l'alimentation, l'hydratation, la gestion de l'incontinence et retarder le processus de grabatarisation,
- Limiter les risques de chutes de la personne âgée,
- Prévenir les risques d'escarres dans l'établissement,
- Mettre en place une méthode d'évaluation fiable, périodique et systématique - avec une volonté de rapprocher la fréquence des évaluations en ce qui concerne les hébergements temporaires.

Le projet de soins de la Cité Saint Joseph repose sur :

1 - Les valeurs de vie définies par la Congrégation Religieuse et le Conseil d'administration gestionnaire. Ces valeurs sont acceptées et partagées par tout le personnel de l'établissement : accueillir, accompagner, soigner jusqu'au bout de sa vie, les personnes âgées qui ont fait le choix, volontaire ou non de venir vivre au sein de la Cité Saint Joseph.

2 - Les valeurs professionnelles définies par l'adhésion à la Charte des droits et libertés de la Personne âgée dépendante.

II - LES RESIDANTS :

- o 87 personnes âgées sont accueillies dans la Maison dont 3 en accueil temporaire : la plus jeune a 63 ans et la plus vieille 102 ans.
- o Grille - GMP au 29/06/ 2008 : 776
- o Grille – PATHOS au 28/10/2008 : 156
- o Répartition de la dépendance
 - GIR 1 : 16
 - GIR 2 : 30
 - GIR 3 : 16
 - GIR 4 : 13
 - GIR 5 : 1
 - GIR 6 : 10

III - L'ENCADREMENT MEDICAL ET PARAMEDICAL :

- Médecin coordonnateur : 0.20 ETP
- IDE référente : 0.5 ETP
- Infirmières : 3.79 ETP
- Aides soignantes / AMP : 14.4 ETP
- Psychologue : 0,4 ETP
- Ergothérapeute / Psychomotricien : 0.5 ETP
- Diététicienne : 0.20 ETP

- Intervenants extérieurs :
 - Médecins libéraux (6)
 - Kinésithérapeute
 - Infirmières libérales
 - Pédicures
 - Podologues
 - Art-thérapeute
 - Gymnaste en gérontologie
 - Dentistes (2)

L'établissement est aussi signataire d'une convention avec l'hôpital de Tarbes.

Les relations avec l'équipe neurologique de l'hôpital de Mirande se sont particulièrement développées.

Sous réserve de demande du médecin traitant, l'équipe mobile de gériatrie d'Auch peut intervenir au sein de l'établissement.

Enfin, la Cité Saint Joseph a signé une convention avec Arpège.

IV - LA PRISE EN CHARGE DU RESIDANT

1. La prise en charge médicale

Elle est assurée par les différents professionnels cités précédemment dont les missions sont clairement définies et intégrées par tous. (Cf. en annexe les fiches de poste et fiches de fonction)

Le rôle du médecin coordonnateur :

Le médecin coordonnateur est l'interlocuteur du Directeur avec qui il forme une équipe, celle-ci étant responsable du projet de vie de l'établissement.

Compétent en gérontologie il doit « garantir une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise des dépenses de santé ».

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

- Elabore le projet général de soins s'intégrant dans le projet d'établissement avec le concours de l'infirmière référente, de l'équipe soignante et coordonne et évalue sa mise en oeuvre.
- Donne un avis sur les admissions notamment sur la compatibilité de l'état de santé des personnes avec les capacités de soins de l'institution.
- Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. A cet effet il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R.730 à R.736 du code de la santé publique.

- Évalue avec le concours de l'équipe l'état de dépendance des résidents et le valide.
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule à l'infirmière référente toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.
- Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- 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.
- Élabore un dossier type de soins
- Établit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents.
- Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre la Cité Saint Joseph et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels.
- Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination, prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.
- Est en relation avec les médecins traitants : Conformément à l'art 6 du code de déontologie médicale, il s'engage à respecter le droit que possède chaque résident de choisir son médecin traitant. Il répondra à toutes demandes d'informations de leur part qui entre dans le champ de ses attributions.
- Le médecin coordonnateur peut être conduit à prodiguer des soins en urgence à un résident. Dans ce cas il devra rendre compte au médecin traitant de son intervention.

Le rôle de l'infirmière référente :

Elle assure la responsabilité de la prise en charge globale des résidents au travers des fonctions de soin et d'accompagnement dans l'établissement et la réalisation des objectifs de la convention tripartite en la matière.

Elle travaille en étroite collaboration avec le médecin coordonnateur, la psychologue et la direction pour proposer, assurer la mise en œuvre du projet de soin et son évaluation.

Pour les résidents et leurs familles, l'infirmière référente :

- Participe à la décision d'admission.
- Prépare l'admission.
- Veille à la collecte des éléments concernant le dossier de soins et de suivi.
- Veille au suivi du séjour et des évolutions individuelles et collectives en terme de santé physique ou psychologique.
- Accompagne des résidents et leurs familles dans les situations particulières ou difficiles par le biais de conseil, d'information voire d'éducation et de formation en concertation et coopération avec l'équipe.

Pour l'équipe de soins l'infirmière référente est responsable :

- de la mise en œuvre de l'organisation de l'équipe d'accompagnement et de soins validée par la direction qui intègre le planning type : horaires d'activités des infirmières, A.S, AMP, agents de service.
- de la continuité du service et veille au respect du planning au quotidien, en assurant les remplacements en cas de congés, de maladie, formation...
- de la mise en œuvre de l'organisation des soins par les infirmières : au travers des plans de soins dont elle veille à la cohérence, à la pertinence par rapport aux besoins des résidents et à leur coordination.
- du respect des objectifs de soins, des règles de bonnes pratiques, des directives de la loi du 2 janvier 2002 et de la qualité des prestations telles que définies dans le projet de soins, par l'accompagnement technique qu'elle assure comme personne ressource, auprès des membres de l'équipe au travers de différentes actions qu'elle peut elle-même décider et mettre en œuvre ou proposer.
- de l'élaboration et du suivi des protocoles en matière de soins et d'accompagnement en particulier de ceux demandés dans la convention tripartite.

Elle accompagne les infirmières afin qu'elles assument pleinement leur fonction d'encadrement de l'équipe de soins et développent à cet effet les compétences nécessaires, dans le sens défini par leur décret de compétence.

Le rôle des infirmières :

Les infirmières sont responsables :

- de la coordination des soins,
- de l'encadrement des aides soignantes et des AMP,
- de la bonne application des traitements prescrits par les médecins traitants.

Elles sont les interlocuteurs privilégiés des médecins libéraux et de toute profession médicale ou paramédicale intervenant dans l'établissement.

De part leur fonction, les infirmières sont chargées de :

- * Réaliser des soins infirmiers,
- * La gestion interne du circuit du médicament,
- * Assurer une bonne relation avec les familles,
- * Assurer le suivi médicamenteux prescrit par le médecin traitant :
Distribution des médicaments aux heures définies, en surveillant la prise correcte.
Mise en place des traitements spécifiques s'il y a lieu et surveillance des effets du traitement.
- * Assurer et maintenir l'autonomie et le bien être de tous les résidants :
Utilisation de matériel adapté à chacun : lit électrique, matelas anti-escarres, fauteuil roulant, etc.
Stimulation à la marche, collaboration avec le kiné, les aides soignantes, les AMP pour compléter les exercices.
Stimulation intellectuelle, par la parole, le geste, en collaboration avec la famille et les personnels.
- * Assurer le suivi alimentaire quand cela s'avère nécessaire par :
Vérification des régimes spécifiques, adaptation des présentations afin de rendre certains régimes plus appréciés.
Vérification de l'utilisation des compléments alimentaires prescrits par le médecin traitant et la diététicienne.
En ce qui concerne les régimes alimentaires, le médecin coordonnateur et l'équipe médicale s'interrogent actuellement sur l'opportunité et la nécessité de certains régimes prescrits avant l'entrée du résidant au sein de l'établissement compte tenu de l'évolution de l'état de santé du patient et du fait que le vieillissement entraîne d'autres problématiques (perte du goût – seul le sucré subsiste plus longtemps- qui entraîne parfois un dégoût pour l'alimentation dans le cas d'un régime trop restrictif).
- * Assurer le suivi des protocoles spécifiques :
Lutte contre la douleur en liaison constante avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant : écoute spécifique de l'équipe soignante qui sera en mesure de définir, le lieu de la douleur, l'intensité, la durée - utilisation de fiches douleur. Travail de concertation et d'explication avec la famille.
Suivi des fins de vie : soins palliatifs assurés en accompagnement jusqu'à la mort avec le médecin traitant, l'équipe soignante et la famille (voir protocole).

Le rôle des aides soignantes/AMP :

En fonction de l'état de santé physique ou psychique de chaque résidant, l'Aide Soignante ou l'AMP doit mettre en oeuvre conformément aux plans de soin et d'aide, différentes actions d'accompagnement, d'aide à vivre et de soins, ayant comme objectif l'accompagnement personnalisé de chaque résidant dans son quotidien.

- * Elle dispense des soins d'hygiène et de confort au résidant
 - o Installer et mobiliser,
 - o Dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au confort : toilette, prévention d'escarres...,
 - o Dispenser des soins liés à l'alimentation, à l'élimination ...

- * Surveiller et observer le résidant et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé : notamment toute modification de l'état de santé et du comportement.
 - o l'état général et les réactions (hydratation, conscience...),
 - o l'état de la peau et des muqueuses,
 - o observer et mesurer les paramètres vitaux.

- * Recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins. Assurer les transmissions en direction de l'infirmière et des autres membres de l'équipe.

Dans l'ensemble de ces domaines, elle doit assurer la dimension relationnelle avec le résidant et son entourage (accompagnement fin de vie).

L'organisation mise en place doit permettre à l'aide soignante ou à l'AMP de se voir confier dans le cadre de la réglementation : des tâches soit régulières, soit ponctuelles, lui permettant de développer pleinement sa capacité d'initiative.

A cet effet, l'aide soignante ou l'AMP est associée à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du plan de soins et du plan d'aide (transmission, dossier de suivi).

Le rôle de la psychologue :

- Assurer une prise en charge psychologique individuelle et/ou collective des résidants, de leur entourage, et des soignants.
- Passation d'outils neuropsychologiques soit dans le cadre de l'EGS (évaluation gériatrique standardisée), ou à la demande des médecins traitants.
- Entretiens cliniques individuels auprès des résidants.
- Soutien psychologique des familles qui le souhaitent.
- Prévention, informations auprès des équipes de soins.
- Elaboration, mise en œuvre du projet de vie individualisé.
- Synthèses, apport d'éléments psychologiques susceptibles d'améliorer la prise en soins globale du résident (PSI, cahier de liaison, points fixes..).
- Participation aux réunions de travail au sein de l'établissement (projet de soin, commission maltraitance, restructuration..).

Le rôle de la diététicienne :

- Etablir les plans alimentaires de l'établissement,
- Participer à la réalisation des menus avec la commission en place et aux commandes,
- Contribuer à l'amélioration de la qualité des plats proposés,
- Assurer l'équilibre alimentaire des résidants,
- Assurer le respect des régimes prescrits par le médecin,
- Lutter contre la dénutrition, stimuler l'appétit et favoriser la prise des repas des personnes dépendantes.

Le secret médical :

L'établissement est particulièrement vigilant en ce qui concerne la notion de secret médical. Ainsi, une formation systématique des personnels a été mise en place.

La création du dossier informatisé PSI permet la séparation des informations purement médicales des autres informations accessibles aux autres membres du personnel de la Cité Saint Joseph (codes d'accès informatiques).

2. La prise en charge paramédicale

L'organisation des soins servira l'intégrité physique et mentale des résidants. La permanence de la surveillance paramédicale et les soins requis par l'état de santé des résidants sont assurés par des personnels qualifiés et compétents. Les soins sont personnalisés, tiennent compte des capacités physiques et psychiques de la personne âgée et favorisent sa dignité.

Les soins sur prescription médicale et ceux relevant du rôle propre d'une équipe pluridisciplinaire devront s'adapter en fonction de l'évolution de la population.

Des évaluations particulièrement attentives sont organisées à l'admission puis renouvelées périodiquement et systématiquement (suivi individualisé, EGS, projet de vie, grille AGGIR et PATHOS).

Les résidants en accueil temporaire bénéficient d'une évaluation en début et en fin de séjour afin de permettre aux aidants une adaptation de leurs pratiques au retour de la personne âgée dans son milieu de vie habituel.

3. La prise en charge psychologique

Elle s'établit au travers des modalités suivantes :

- En étroite relation avec l'équipe pluridisciplinaire, mise en œuvre des suivis individuels selon la demande de l'équipe (qui détecte une difficulté relationnelle, une baisse de l'élan vital, fin de vie...), la demande de la personne, la demande de l'entourage familial,
- Soutien de la sphère familiale,

- Formation/information auprès des soignants concernant les prises en charge spécifiques notamment dans le cas de pathologies démentielles,
- Passation de tests neuropsychologiques,
- Elaboration et participation à l'ensemble de la dynamique du projet de vie individualisé.

4. L'accompagnement du mourant

Fondé principalement sur une attitude d'écoute des dernières demandes du mourant, sur le soulagement de la douleur par un souci de confort très poussé et sur la sauvegarde de sa dignité.

L'établissement fait appel à l'association Arpèges qui se propose d'accompagner les personnes en fin de vie et leur entourage.

Les soins palliatifs :

L'équipe prend en compte plusieurs paramètres afin de définir un accompagnement le plus individualisé possible : âge, personnalité, culture, croyances, réactions (face à la maladie, face à la douleur), niveau de conscience.

Pendant cette phase de fin de vie, les soins de confort se substituent aux soins curatifs. Aider à vivre le plus dignement possible, offrir un confort maximal sont les principes qui priment à cette période de la vie de la personne.

Ainsi, la personne en fin de vie ne doit pas être considérée comme un être ayant fini d'avoir des attentes et des désirs.

L'accompagnement de la famille :

L'accueil et l'accompagnement de la famille et des proches prennent à ce moment-là une dimension très importante. Contrairement à notre société qui escamote à tort la mort, nous n'occulterons pas le décès d'un résidant qui sera annoncé et célébré selon sa volonté et celle de sa famille.

L'établissement met à disposition des locaux d'accueil spécifiques pour l'entourage des personnes en fin de vie.

5. La prise en charge spécifique

Une approche spécifique est recherchée sur l'environnement des résidents souffrant de détériorations intellectuelles ou de maladie d'Alzheimer, sur leur accompagnement quotidien et sur les activités avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire (IDE, AS, AMP, psychologue, psychomotricienne).

Ces professionnels peuvent apporter un soutien indispensable à cette population, à l'équipe et aux familles dont il faut solliciter le plus large accès à l'information et à la structure.

Une évaluation appréciée par le personnel soignant et la famille permet une prise en charge évolutive dans un environnement qui doit s'adapter.

L'équipe doit respecter un rythme de vie régulier et un accompagnement serein, conditions fondamentales pour un maintien fragile de l'équilibre. L'organisation sera adaptée pour un meilleur accompagnement favorisant l'autonomie des résidents.

En collaboration avec la famille ou le représentant légal, la Cité Saint Joseph s'efforce d'assurer la sécurité physique et psychique des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sans entraver leur liberté.

6. La lutte contre la douleur

Elle fait partie des objectifs du projet de soins et se met en place au travers de différents axes :

L'infirmière référente est également référente douleur au sein de l'établissement.

L'établissement organise une formation régulière du personnel soignant concernant l'identification de la douleur et de sa prise en charge. Il dispose de protocoles/procédures de prévention et de traitement de la douleur.

Un suivi de la consommation d'antalgiques est effectué systématiquement. Un des projets de l'établissement est de sensibiliser les médecins traitants intervenant en son sein sur l'importance des tracés morphiniques et de la mise à jour plus régulière du PSI.

7. La prise en charge des urgences internes

L'établissement dispose de protocoles de conduite à tenir pour le personnel soignant face à des situations d'urgence.

Une AS est référente en ce qui concerne la gestion des chutes. Une fiche est établie et transmise au médecin traitant qui doit la signer. Ainsi, ce dernier peut en connaissance de cause réévaluer sa prise en charge médicale si besoin est.

L'établissement bénéficie d'une bonne coopération avec le réseau de médecins locaux qui sont en mesure d'intervenir rapidement (y compris le week-end) en cas de besoin. La prise en charge des urgences somatiques est donc de bonne qualité.

8. La lutte contre les troubles nutritionnels et la déshydratation

L'établissement dispose également de protocoles/procédures de prévention et de traitement des troubles nutritionnels : suivi mensuel du poids, fiches déshydratation,...

De plus, la Cité Saint Joseph s'est assuré le concours d'une diététicienne afin d'offrir une alimentation adaptée aux besoins et aux envies des personnes accueillies.

Le personnel de l'établissement est régulièrement informé et formé sur le repérage des personnes souffrant de troubles nutritionnels et sur leur prise en charge. On constate d'ailleurs que le personnel est particulièrement vigilant quant à l'état des résidants et alerte systématiquement les infirmières dès qu'un problème se présente.

La cité Saint Joseph dispose par ailleurs d'une commission Menus et les points fixes avec le personnel de cuisine permettent de coordonner l'intervention.

9. La lutte contre les escarres

Régulièrement le personnel est informé et formé sur le repérage des escarres et suit les différents protocoles de prévention et de traitement des escarres.

En cas de besoin, l'établissement dispose de matériel adapté (matelas, coussin à eau,...).

Lors de l'admission, un bilan standardisé de chaque résidant est réalisé afin de détecter les escarres existants ou les risques d'escarres à venir.

10. L'accompagnement de l'incontinence

Lorsque le résidant intègre l'EHPAD, on constate malheureusement le plus souvent, que son incontinence est fixée et que le travail de l'établissement est d'accompagner la prise en charge de cette incontinence.

Pour cela, nous disposons du matériel nécessaire et adapté. Les rythmes du résidant sont pris en considération en ce qui concerne les passages réguliers aux toilettes ou les changes. Une réévaluation des besoins du résidant est réalisée régulièrement.

11. Les relations avec les professionnels libéraux

La volonté de l'établissement est de favoriser les relations de partenariat avec les professionnels de santé.

Une réunion avec tous les médecins intervenant au sein de l'établissement est réalisée annuellement sous la conduite du médecin coordonnateur qui évoque certaines problématiques médicales liées à la prise en charge gériatrique.

L'établissement souhaite par ailleurs que les personnes accueillies maintiennent leurs relations avec leur médecin traitant.

V – ORGANISATION ET TRANSMISSION DE L'INFORMATION :

1. Le dossier médical

Spécifique à l'établissement, il est ouvert lors de l'admission du résidant. Il est la propriété de l'établissement et du résidant ou de la personne de confiance désignée. C'est un outil incontournable qui contient, en dehors des renseignements de type administratif, l'historique médical du résidant et tous les soins, examens, analyses, traitements, prescriptions diverses, rapport de consultation dont bénéficie le résidant. Ce dossier est impérativement tenu à jour, et conservé dans les rangements prévus à cet effet dans l'infirmerie.

2. Le plan de soins individuel :

Etabli dès l'entrée du résidant, il est réévalué régulièrement en fonction des besoins et nécessités liés à la prise en charge afin de répondre aux attentes du résidant.

L'évaluation des soins s'inscrit dans la démarche qualité : repérer les écarts, mettre en place des audits internes de contrôle des tâches, ...

Elle fait partie du rapport annuel d'activités que le médecin coordonnateur doit fournir aux tutelles. Il comporte l'analyse statistique chiffrée des événements survenus pendant l'année.

3. Les réunions :

Temps fort de la participation, les réunions doivent permettre de :

- réfléchir et discuter les orientations et méthodes de travail,
- évaluer les actions mises en place,
- permettre un compte rendu aux différentes équipes.

Actuellement, au sein de l'établissement, il y a :

- des transmissions infirmières : tous les jours à 13h00,
- une transmission le soir entre équipe de jour et équipe de nuit,
- une réunion annuelle des infirmières avec la Direction une fois par semaine,
- une réunion avec le médecin coordonnateur, les médecins traitants, la Direction et les infirmières,
- une réunion hebdomadaire entre le médecin coordonnateur et la Direction,
- le point fixe quotidien de 10h45 à 11h00 pour l'ensemble des services.

4. Les protocoles de prévention ou d'action retenus :

L'établissement a listé et validé un certain nombre de protocoles :

- Conduite à tenir en cas de décès
- Régime sans sel
- Conduite à tenir en cas :
 - * de constipation

- * de diarrhée
- * de régime diabétique
- * d'urgence
- * de crise convulsive
- * d'épistaxis
- * pour escarre stade 1
- * plaie superficielle
- * hypothermie
- * hyperthermie
- * hypertension
- * hypoglycémie
- * insomnie
- * « malaise »
- * angoisse
- * relevé de chute
- * douleur

VI – FORMATION DU PERSONNEL

La formation institutionnelle s'intègre au projet de soin. Ainsi en 2008, l'établissement a participé à des formations sur les thématiques suivantes :

- Accompagnement auprès des personnes âgées et personnes âgées dépendantes,
- AMP 1^{ère} et 2^{ème} année,
- Formation complémentaire PSI,
- Techniques psychoporelles – communication non verbale,
- Démarche qualité,
- Formation évaluation Angélique,
- VAE Aide soignante,
- PATHOS,
- Evaluation Grille AGGIR,
- Secours civique (secourisme),
- Accompagnement soin palliatif,
- Le nouveau droit social en pratique,
- Gestion de communication de crise.

Les prévisions de formation pour 2009 sont les suivantes :

- Accompagnement auprès des personnes âgées et personnes âgées dépendantes,
- AMP 2^{ème} année,
- Formation complémentaire PSI,
- Connaissance de la personne âgée et approche de son environnement,
- Le bien-être des soignants – gestion du stress,
- Techniques psychoporelles – communication non verbale,
- Tutorat,
- Projets de soins,
- Convention tripartite,

- Secours civique (secourisme),
- La conduite du changement en institution – Travail d'équipe et bienveillance,
- Accompagnement soin palliatif,
- Cuisinier pour tout lissé, haché,
- Le projet individualisé du résidant,
- Le nouveau droit social en pratique,
- Communication d'aide et d'accompagnement fin de vie,
- Organisation de la restauration collective dans le cadre de l'HACCP,
- Gestion de communication de crise.

Besoins à court et moyen terme :

La communication avec les personnes atteintes de pathologies démentiennes
La bienveillance

VII – EVALUATION DU PROJET DE SOINS :

Elle porte sur trois axes :

- le résidant,
- sa famille,
- les soignants.

En ce qui concerne le résidant :

Une évaluation gériatrique standardisée (EGS) est systématiquement réalisée à l'arrivée, à J+1 mois et tous les ans. Elle peut également être réalisée à la demande de l'équipe médicale en cas de modification substantielle de l'état de santé du résidant.

Le suivi du projet de vie individualisé et le point réalisé avec la famille (Directeur, Médecin coordonnateur / Infirmière référente / psychologue) complètent cette démarche d'évaluation.

Ses résultats s'apprécieront par :

- la qualité de l'évaluation de l'état de santé, de dépendance, d'environnement social et affectif de la personne âgée,
- le degré d'écoute de la souffrance physique et psychique des personnes âgées,
- le maintien ou la récupération des capacités résiduelles, le niveau de réadaptation et de réinsertion dans la vie sociale interne et externe,
- la qualité du décodage du sens des discours et des comportements apparemment incohérents des résidents souffrant de détériorations intellectuelles importantes.

En ce qui concerne la famille :

Au sein de la Cité Saint Joseph, la famille fait partie intégrante du projet de vie du résidant. En effet, le personnel est à l'écoute de chacun et disponible en fonction des besoins. Un questionnaire vient compléter cette démarche une fois

par an et les résultats font l'objet d'une analyse pour intégrer au mieux les besoins et attentes des familles.

Ses résultats s'apprécieront par l'importance des relations et de la collaboration avec la famille et l'entourage du résidant.

Par ailleurs, l'établissement travaille actuellement sur un projet d'accompagnement de l'aidant familial.

En ce qui concerne les soignants :

L'établissement dispose d'une politique de qualité avec des procédures et outils clairement identifiés. Une référente qualité garantit le bon fonctionnement du suivi qualité et des commissions ont lieu toutes les semaines. Des fiches d'amélioration de la qualité sont en place.

La Cité Saint Joseph réalise également une évaluation régulière de ses pratiques professionnelles par le biais d'audits internes, d'audits externes, de l'évaluation angélique.

Des entretiens annuels permettent de prendre en compte les attentes de l'équipe. En cas de besoin, l'infirmière coordonnatrice est présente pour une évaluation sur le terrain. Enfin l'établissement dispose d'un plan de formation continu adapté aux besoins des résidants et aux nécessités de professionnalisme de l'établissement.

Un groupe de parole avec un intervenant extérieur va être mis en place afin de pouvoir travailler sur la souffrance potentielle de l'équipe.

VIII – LES AXES DE PROGRES

AXE 1 / LA PHILOSOPHIE DU PROFESSIONNEL DE SANTE AU SEIN DE LA CITE ST JOSEPH

La santé, ce n'est pas qu'une affaire de maladie, ou d'absence de maladie, c'est aussi :

- un état de bien être physiologique, social, psychologique, culturel, sans que l'un soit préjudiciable à l'autre,
- une qualité de vie,
- avoir confiance.

Le personnel de soin est là pour appliquer ces théories dans le respect du résidant. Pour cela, il serait nécessaire d'avoir plus de temps pour offrir un réel accompagnement de qualité au résidant. Or les effectifs actuels ne peuvent répondre entièrement aux objectifs ambitieux de notre politique de soins, il serait donc nécessaire d'augmenter les effectifs.

Demande de Moyens supplémentaires :		2009 - 2014	2009	
♣ Infirmière référente :		+ 0.5 ETP	+ 0.5	Rapport méd. coordonnateur 2007
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amélioration suivi des protocoles Soins – Hygiène – Ménage ➤ Relation avec les Familles (Entretien) ➤ Coordination services extérieurs (Hôpitaux – Cliniques) ➤ Gestion des Plannings ➤ Suivi des projets individualisés ➤ Projets de service et de l'Institution (Mise en place et suivi) ➤ Amélioration Démarche Qualité ➤ Préparation Accueil Entrée Résidants (Histoire de Vie) 			
♣ Infirmière :		+ 1.5 ETP	+ 0.5	Rapport méd. coordonnateur 2007
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Remplacement du 0.5 ETP IDE Coordinatrice ➤ Amélioration suivi des Résidants et mise en place d'actions liées au projet individualisé ➤ Le suivi des traitements (piluliers sur 2 semaines) ➤ La démarche des soins infirmiers ➤ Transmissions ciblées 			
♣ Secrétaire :		+ 1.0 ETP		02/05/2008
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Suivi des résidants ➤ Accueil ➤ Secrétariat de direction 			
♣ ASH :		+ 2.0 ETP		Rapport méd. coordonnateur 2007
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Meilleur suivi des protocoles ménage chambre ➤ Eviter les remplacements du type : 1 ASH pour 2 couloirs (Foyer RDC) quand 1 ASH en repos. ➤ Aide à l'installation des résidants (logement + salles de restauration, animation) 			
♣ Gouvernante (responsable ASH)		+ 0.5 ETP	+ 0.5	02/05/2008
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contrôle de l'application des procédures 			
♣ Psychologue		+ 0.5 ETP	+ 0.2	Rapport méd. coordonnateur 2007
♣ Assistante Sociale		+ 0.1 ETP		
♣ AS – AMP :		+ 4.0 ETP	+ 2.0	Rapport méd. coordonnateur 2007
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place projet individualisé (0.5 ETP) ➤ + Temps auprès du Résidant (confort – écoute - prévention) ➤ Animation thérapeutique et préservation de l'Autonomie 			

Demande de Moyens supplémentaires :	2009 - 2014	2009	
♣ Aide Kiné ou psychomotricien	+ 1.0 ETP	+ 0.5	Rapport méd. coordonnateur 2007
➤ Aide à la déambulation chambre salles			
➤ Installation pour activités.			
➤ Mobilisation MS et MS			
♣ Médecin Coordonnateur	+ 0.2 ETP	+ 0.2	Rapport méd. coordonnateur 2007
♣ Ergothérapeute	+ 0.5 ETP	+ 0.5	
♣ Diététicienne	+ 0.1 ETP	+ 0.1	
➤ Animation autour des repas, formation du personnel			
♣ Animateur	+ 0.5 ETP		
♣ Agent polyvalent	+ 0.5 ETP	+ 0.5	02/05/2008
➤ Déménagement résidants			
➤ Livraison produits d'hygiène			
➤ Informatique			
➤ Courrier			
➤ Jardinier			

Récapitulatif de la demande de Moyens supplémentaires

	Période 2009 - 2014	2009
TOTAL :	+ 12.9 ETP	+ 5.5 ETP

BESOIN en personnel AS / AMP

Objectifs par rapport au projet de vie

D'après une expérimentation réalisée depuis le mois de mars 2008 (Projet de vie individualisé), nous avons besoin de :

5 AS / AMP le matin

toilettes, douches et prise des déjeuners
aide aux repas des dépendants en chambre et en salle de restauration

4 AS / AMP l'après midi

Animation, couchers, minimum de respect de la diète nocturne
Aide aux repas des dépendants en chambre et en salle de restauration

1 AS / AMP la nuit

Calculs des besoins totaux

= 10 pers/ jour sans compter la nuit
7 heures / salarié
70 heures pour l'équipe / jour
490 heures / semaine **soit 14 ETP** (= 490 / 35 heures)

Pour les remplacement des congés annuels

5 semaines par salarié
175 heures non travaillé par an
2 450 heures non travaillées pour 14 ETP
1 645 heures travaillées par ETP (35 x 47 semaines)

= Besoins supplémentaires pour remplacer les départs en congés annuels
1.49 ETP (2450 / 1645 h)

Besoin total : 15.5 ETP pour les objectifs minimum fixés

Calcul des ressources

Actuellement :

12.5 ETP formalisé
1.33 ETP pour les remplacements (175 x 12.5 / 1645)

Nombre d'ETP actuel : 13.8 ETP

Objectifs d'embauche

Manque donc : **1.7 ETP**

Après expérimentation sur les **projets de vie individualisés**, conduite sur 8 résidants, les besoins nécessaires pour la généralisation du processus auprès de tous les résidants.

2 heures par semaine pour 4 soignants

= 8 heures soit

0.5 ETP

Objectif à court terme :

Embauche de : 2 ETP

AXE 2/ OBJECTIF QUALITE

L'établissement souhaite poursuivre sa politique qualité, notamment en ce qui concerne le soin.

Cette démarche s'inscrit dans un cadre réglementaire, mais doit aussi répondre aux attentes et besoins des résidants et à certaines exigences professionnelles.

Pour mémoire, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale fixe l'évaluation interne et externe comme une priorité en consacrant la place de l'utilisateur.

Le décret du 15 mai 2007 renforce cette orientation : « l'évaluation doit porter sur la capacité de l'établissement à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes et ainsi la réponse qui y est apportée ».

Enfin l'article L.312-8 du CASF préconise de procéder à l'évaluation des activités et prestations délivrées au regard des recommandations de bonnes pratiques validées par l'ANESMS (Agence Nationale pour l'Evaluation Sociale et Médico Sociale).

La Cité Saint Joseph procèdera donc à une évaluation interne des quatre domaines d'application recensés par l'ANESMS :

- l'effectivité du droit des usagers,
- l'établissement dans son environnement,
- le projet d'établissement et ses modalités de mise en œuvre,
- l'organisation de l'établissement.

Cette continuité de la politique qualité de l'établissement s'inscrit en réponse aux objectifs signés dans le cadre de la convention tripartite et contribue à fournir des réponses aux besoins définis par le département.

Le projet d'extension de l'E.H.P.A.D. renforcera les moyens mis en œuvre dans le cadre du projet d'établissement.

En améliorant la qualité de la prise en charge des résidants :

- par la création d'une unité Alzheimer,
- en renforçant la qualité des soins et en améliorant les prises en charge spécifiques notamment en terme de suivi psychologique,
- en prévenant le risque de maltraitance envers les résidants, qu'il soit physique, verbal ou environnemental, qu'il soit causé par un membre du personnel ou un autre résidant.

En mettant en œuvre un projet architectural permettant de prendre en compte les besoins des résidents :

- l'ensemble des chambres sera aux normes de surface et d'accessibilité,
- diminuer les chambres doubles,
- améliorer le fonctionnement intérieur,
- renforcer certains pôles et disposer de nouveaux services.

En offrant aux salariés de meilleures conditions de travail :

- par un soutien de l'équipe renforcé par la présence d'un psychologue extérieur,
- avec un aménagement plus rationnel au niveau architectural : ensemble plus cohérent, adapté à l'activité,
- par une continuité des plans de formations, en optimisant le passage de la formation à l'action, et en facilitant la transmission des savoirs.

En adaptant le projet de soins. A cette fin, l'équipe devra développer et évaluer différentes actions :

- renforcer le système de prévention actuel,
- continuer à mettre à jour les procédures,
- développer le partenariat avec des intervenants extérieurs : secteur psychiatrique, bénévoles, réseau de soins palliatifs,...
- renforcer l'équipe et planifier des temps de parole de groupe ou d'individuels, pour le personnel, avec l'appui d'un psychologue.

AXE 3/ PROJETS INDIVIDUELS DE VIE

Expérimentés depuis février 2008 au sein de l'établissement, 8 projets ont été réalisés sur cette année d'expérimentation.

Deux référents (soignant/non soignant) sont présents pour garantir une approche globale du résident. Ils procèdent à un recueil de données (histoire de vie et habitudes de vie), auprès de la personne et de son entourage.

Puis une réunion de synthèse et de validation (Référents, Direction, Médecin coordonnateur, Ide, Psychologue...) est organisée.

A partir des éléments recueillis par les référents, les données médicales, socio psychologiques, l'équipe pluridisciplinaire élabore une liste d'objectifs et d'actions à mener dans le but de personnaliser la prise en charge de la personne.

Un mois après, le projet est réactualisé si besoin est. Puis un an après la mise en place, un bilan est réalisé afin de prendre en compte l'évolution de l'état de santé physique et psychique et les désirs de la personne. Ce bilan permet une réactualisation du projet individualisé.

L'expérimentation de projets individuels de vie sera étendue à l'ensemble de la population de l'établissement.

AXE 4/ TRANSMISSIONS CIBLEES

L'ensemble des informations concernant les résidents doit être transmis et partagé par tous, pour permettre la continuité et la sécurité de la prise en charge.

Les transmissions ciblées constituent un temps de partage des informations qui permet de proposer en équipe la meilleure réponse, en terme de prise en charge, à une situation donnée

Une amélioration de l'organisation de ces temps d'échanges professionnels est en cours de mise en œuvre.

Par ailleurs afin d'aider l'équipe à maîtriser ses transmissions une formation sera proposée en interne dans le courant de l'année 2009.

AXE 5/ RENOVATION ET CREATION D'UNE UNITE ALZHEIMER

Rénovation et humanisation de l'EHPAD

Nous avons lancé depuis 2003, à la mesure de nos capacités financières (soit deux logement par an), un programme de rénovation des logements, afin de les rendre plus fonctionnels (meilleure accessibilité), plus sécurisés et plus confortables. Ceci correspond à une demande de la part des personnes âgées et de leur famille.

En 2008 et 2009, nous rénovons 16 chambres situées dans le bâtiment dit "foyer".

Ces logements seront donc adaptés et répondront aux contraintes d'accessibilité, d'hygiène, de sécurité, d'esthétique, et de qualité environnementale suivante :

- Pour faciliter le déplacement des personnes dépendantes avec fauteuil roulant, nous adaptons la chambre avec un dimensionnement spécifique de la chambre et de la salle d'eau et des ouvertures, une douche sans bac facilitant la toilette des dépendants, avec sol en pente et siphon de sol pour l'évacuation, la mise en place d'un volet électrique qui permettra aux résidents de gérer eux-mêmes la luminosité de leur logement et la chaleur directe du soleil (logement plein sud)
- Pour une meilleure hygiène des locaux et des résidents, nous installons une VMC et des WC suspendues afin de faciliter l'entretien des sols,
- Pour une meilleure sécurité du résident, nous installons des portes coupe feu à l'entrée de la chambre, un éclairage plus lumineux de la salle de bain, des matériaux antidérapants au sol
- Pour correspondre à la demande actuelle et embellir les chambres qui n'ont pas été rénovées depuis 1970, nous installons des matériaux plus adaptés au goût des résidents (meuble, miroir, carrelage, peinture, papier peint, sol), des appliques murales plus modernes
- Pour renforcer les performances thermiques de chaque chambre et ainsi réaliser des économies d'énergie, nous installons des cloisons d'isolation thermique placées sur les murs extérieurs, un double vitrage, une VMC double flux afin de récupérer la chaleur du bâtiment d'hiver.

Création d'une unité de vie « Alzheimer »

Il nous semble évident que ces travaux s'inscrivent dans une vision plus globale de notre activité. L'étape ultérieure de cette première tranche de travaux sera la création d'une unité de vie pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Cette unité sera **directement associée à l'EHPAD**. Nous avons choisi :

- un positionnement équilibré (ni central, ni relégué)
- d'opter pour une écriture architecturale certes « familière » mais porteuse de dynamisme et capable de rejaillir sur l'existant,
- de repositionner autour de cette « unité » certains services qui font aujourd'hui défaut et qui rempliront ainsi une fonction de « passerelle » et obligeront à ce « voisinage ».

Restructuration de l'EHPAD

La construction de l'unité Alzheimer, dans la mesure où elle met en service 15 nouveaux lits, doit permettre non d'augmenter la capacité d'accueil de la Cité mais de :

- mettre aux normes de surfaces et d'accessibilité certaines chambres non encore rénovées,
- réorganiser la structure (position de l'administration, amélioration des circuits...),
- compléter l'offre de services (kinésithérapie, ergonomie, animation...).
- permettre la transformation des chambres doubles en chambres individuelles sans changer le nombre de places autorisées.
- répondre aux besoins internes, en évitant aux résidents atteints de ce type de dépendance d'être placés dans un autre établissement,
- recevoir un public extérieur soit en accueil de jour soit en accueil permanent,

Concernant l'unité de vie « Alzheimer », nous avons trois objectifs médicaux :

- **Au niveau du résident** : Isolement et traitement des personnes âgées qui présentent des troubles du comportement les plus gênants pour eux-mêmes, pour les autres résidents, ainsi que pour toute personne venant dans l'établissement.
- **Au niveau du personnel** : développement d'une culture « Alzheimer » ayant pour vocation à se répandre dans tout l'établissement.
- **Lieu « Passerelle »** : Lieu de test et d'atelier de toute sorte permettant les échanges entre les résidents en unité et ceux de la maison de retraite.

ANNEXES

TEXTES LEGISLATIFS :

- Loi 2002-2 dite de « rénovation sociale »
- Décret du 29/07/2004 concernant les actes professionnels et les règles professionnelles de la profession d'IDE
- Circulaire de 1996 concernant la profession d'Aide soignante
- Loi du 4 Mars 2002 concernant le droit à l'information des personnes
- Mise en place des Conventions Tripartites et renouvellement tous les 5 ans
- Article L – 1110- 4 et L – 1110-7 dossier de soins à communiquer aux résidents et aux familles
- Décret du 21/08/2000 concernant la grille AGIRR N° 2008-821
- Charte des droits et liberté des résidents en établissements
- Charte Alzheimer – Ethique et société 2007
- Circulaire DGS du 26/08/1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en fin de vie
- Loi N° 2002 - 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Charte de l'ASP (association des soins palliatifs) 1993