



PROJET DE SOINS

SOMMAIRE

I – INTRODUCTION	P. 1
II – ORGANISATION DES SOINS	P. 2
A – Réorganisation globale interne	P. 2
B – Structure de l'équipe de soins	P. 4
1 – Médecin coordonnateur	
2 – Infirmière coordinatrice	
3 – Infirmières	
4 – Aides-soignantes et Agents	
5 – Psychologue	
6 – Ressources externes	
C – Soins assurés par l'équipe	P. 6
1 – Soins de base	
2 – Suivi médical	
III – LES AXES DE SOINS	P. 7
A – Objectifs de soins liés aux perturbations de santé des résidents	P. 8
1 – Prévention des chutes	
2 – Nutrition et régimes	
3 – Contention physique	
4 – Prévention des escarres	
5 – Lutte contre les infections	
6 – Conservation des capacités physiques	
7 – Prise en charge des résidents psychiquement perturbés	
B – Supports de soins	P. 12
1 – Dossier médical	
2 – Les transmissions	
3 – L'organisation des soins, fiches de postes	
C – Accueil et Animation	P. 13
1 – Accueil	
2 – Animation	
D – Réseaux de soins	P. 15

I – INTRODUCTION

Concourir au bien-être du Résident en donnant selon une formule connue « de la vie aux années et non des années à la vie », telle est la principale ambition du projet de soins qui se veut en cohérence avec les orientations du projet d'établissement.

Le projet de soins doit reposer sur les valeurs fondamentales suivantes :

- Le respect et la prise en compte de la dignité de l'être humain, qu'il soit en situation d'usager ou de soignant. Cette valeur contribue au développement d'un projet de vie de l'un ou de l'autre à court ou long terme.
- La compétence professionnelle et individuelle.
- La responsabilité qui comprend une dimension individuelle et professionnelle. Elle engage autant la responsabilité des usagers que celle des équipes professionnelles. Cette responsabilité se traduit par un contrat entre les divers partenaires.

Trois postulats doivent être pris en compte :

- L'homme est un être bio-psycho-social qui a la capacité et le droit de choisir son projet de vie.
- La santé est un état dynamique susceptible de variations qui nécessite un processus d'adaptation de la personne à son environnement.
- Les soins, qu'ils soient liés aux fonctions d'entretien ou de continuité de la vie ou curatifs, visent à offrir à un individu ou à une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à son ou leurs besoins de santé.

Le projet de soins précise en premier lieu les modalités d'organisation des soins (la réorganisation globale interne d'avril 2009, la composition de l'équipe de soins, les soins assurés par celle-ci), et en deuxième lieu les cinq grands axes de soins.

II – ORGANISATION DES SOINS

Prendre soin des résidents, veiller à leur sécurité, maintenir pour chacun une autonomie maximale et une qualité de vie digne, impliquent une alliance de tous les acteurs de la prise en charge. Cela implique aussi, même si l'on considère que chacun a un rôle à jouer, et qu'il n'en existe pas de mineur, que chaque fonction soit clairement identifiée, que les rôles de chacun soient définis, et les délégations réglementées.

L'équipe chargée de « prendre soin » des résidents, est une équipe pluridisciplinaire, qui dispose de ressources internes auxquelles il faut pouvoir ajouter en cas de besoins des ressources externes plus spécialisées.

A – RÉORGANISATION GLOBALE INTERNE

En avril 2009, une nouvelle organisation du service de soins a été mise en place avec pour projet d'améliorer la prise en soins individualisée des résidents en s'appuyant sur les concepts et les pratiques de la philosophie de « l'humanité ».

Ce projet n'a pu voir le jour que grâce au travail d'équipe de tous les membres de l'établissement.

Ses objectifs sont nombreux :

- Assurer un meilleur suivi des soins en proposant un service personnalisé 7 jours sur 7 et en s'adaptant au rythme de chaque résident.
- Evaluer régulièrement la dépendance.
- Chercher des ajustements permanents à l'évolution individuelle de chaque résident.
- Proposer des bains et des douches au minimum une fois par semaine.
- Respecter la pudeur et donner plus de repères en limitant le nombre d'intervenant par résident.
- Favoriser la verticalisation des résidents.
- Stimuler les fonctions cognitives.
- Spécialiser le service de restauration.
- Limiter la propagation des épidémies (gastro-entérites, bronchites).
- Tenir compte du projet d'ouverture d'une UPAD.
- Mettre en place de bonnes pratiques gériatriques.

Un travail préalable a eu lieu avec :

- Une analyse et une synthèse en équipe pluridisciplinaire.
- Une formation « humanitude » pour tout le personnel.
- Une évaluation-diagnostic par le suivi des dix principaux postes du personnel de jour et de nuit (charge, organisation et répartition du travail).
- La création d'un plan de soins individualisé de chaque résident intégrant la notion de « toilette évaluative ».
- La saisie informatique de ces plans de soins et leur appropriation par l'équipe.
- La réorganisation des locaux-ménage et des salles de bains collectives.
- Une implantation de points informatiques dans chaque unité.

Les actions mises en place :

- Un remaniement en profondeur des plannings et des fiches de poste.
- La journée débute par un binôme Agent-Aide-soignant par unité, en sectorisant les AS, AMP et Agents.
- Le petit déjeuner est servi à la carte.
- Les médicaments du matin sont distribués en même temps que le petit déjeuner.
- L'utilisation systématique du Plan de Soins informatisé.
- La mise à jour des habitudes de vie.
- La réorganisation du service de nuit avec la suppression du ménage, une diminution du repassage, une participation en binôme au coucher des résidents, un horaire de distribution des somnifères retardé.
- La spécificité de l'unité des Camélias (code d'accès, repas pris avec les résidents, animations spécifiques par l'AMP ou l'AS de l'unité).
- La création d'un temps quotidien dédié à la rééducation à la marche pour les résidents à haut risque de chute.
- La création de nouvelles animations et des ateliers spécifiques pour les résidents atteints de troubles cognitifs.
- L'ouverture d'un service spécifique pour la restauration.
- La nomination de référentes en fonction de leurs souhaits et de leurs compétences personnelles.
- La prise en charge des prises de sang par les infirmières de l'EHPAD.
- Une limitation du recours aux intérimaires

B – STRUCTURE DE L'ÉQUIPE DE SOINS

1 - Le médecin coordonnateur :

L'existence au sein de l'EHPAD d'un médecin coordonnateur compétent en gérontologie répond à un objectif de santé publique garantissant une meilleure qualité de prise en charge gérontologique et une maîtrise adaptée aux réponses de santé.

Sa fonction a été créée par décret (26/04/1999) dont l'article 6 en définit ses missions (voir annexe 1). Le médecin coordonnateur en place depuis le 01/11/2008 (0,3 ETP) a rempli les conditions nécessaires à sa fonction. Il a dans le même temps cessé son activité libérale de médecin traitant dans l'établissement.

2 - L'infirmière coordinatrice :

Une infirmière coordinatrice a pris cette fonction le 20/10/2008 (1 ETP). Elle travaillait jusqu'à présent dans le service de soins et a suivi pendant 2 ans une formation spécifique délivrée par la faculté des sciences d'Aix en Provence avec l'obtention d'un diplôme universitaire validant sa fonction.

Ses multiples missions sont en annexe 2.

3 - Les infirmières :

Nous disposons actuellement d'un effectif de 1,6 ETP d'infirmières occupé par 2 personnes à temps partiel. Les résidents peuvent compter sur la présence d'une infirmière 7 jours sur 7.

A ce jour, les infirmières assurent les soins infirmiers dans le cadre de leur décret de compétence, la préparation et la distribution des médicaments.

Elles s'occupent des suites à donner après les visites des médecins : prise de rendez-vous pour consultations spécialisées, transports, appel aux familles, etc.

Elles s'assurent de la transcription des informations utiles dans le dossier médical du résident et de la bonne transmission de celles-ci lors des transferts vers un autre établissement de santé (par l'intermédiaire du DLU : dossier de liaison d'urgence) ou à l'occasion d'une visite chez un médecin spécialiste.

Elles partagent leurs connaissances professionnelles avec le reste de l'équipe de manière à enrichir le contenu de chaque action et d'en accroître l'efficacité.

4 - Les Aides-Soignantes, AMP et Agents :

L'effectif de l'établissement compte 8,56 ETP d'Aides-soignantes occupés par 9 personnes et 4 ETP d'aide médico psychologique occupés par 4 personnes, 12,85 ETP d'Agents occupés par 16 personnes.

Deux des 4 AMP sont à temps complet dans la structure d'accueil de jour de l'établissement.

Les aides-soignantes travaillent au sein de leur unité (2 référentes par unité) et assurent l'accueil, les soins, l'hygiène corporelle des résidents en collaboration avec les infirmières. Elles disposent pour cela du plan de soins individualisé et informatisé. Elles distribuent les médicaments le matin en chambre dans leurs unités respectives. Elles renseignent le dossier de vie de chaque résident grâce au recueil de leurs habitudes de vie, élément essentiel pour l'établissement du projet de vie individualisé de chacun d'entre eux.

Les agents travaillent au sein de leur unité (2 référentes par unité) en binôme avec l'aide-soignante et sont impliquées dans le recueil et la mise en place des habitudes de vie au quotidien des résidents.

5 – La psychologue :

Une psychologue a été recrutée en février 2009. Celle-ci occupe un poste à temps partiel (0,35 ETP initialement puis 0,45 ETP depuis avril 2011 lui permettant un temps de travail à l'accueil de jour).

Elle a un rôle de soutien auprès des résidents, de leurs familles, elle participe au suivi de l'évaluation cognitive des résidents, aux réunions de transmissions, elle consacre un temps informel pour l'équipe soignante.

6 – Les ressources externes :

Tout résident entrant dans l'établissement reste suivi par son médecin traitant dans la mesure où celui-ci l'accepte. En cas de refus ou d'éloignement géographique, il est proposé au résident ou à sa famille de choisir dans une liste de médecins susceptibles d'intervenir dans la structure (actuellement 8), sans aucune influence de la part de la direction, du service de soins ou du médecin coordonnateur.

Les IDE libérales (cabinet de ville de 4 IDE) interviennent quotidiennement pour les injections d'insuline et lors d'un besoin exceptionnel en dehors des heures de présence des infirmières de l'EHPAD (le soir après 17h et le week-end après 13h). L'établissement prend en charge les frais de leurs interventions.

Six kinésithérapeutes libéraux (appartenant à 3 cabinets de ville) interviennent au sein de l'EHPAD sur prescription exclusive du médecin traitant.

Trois pédicures libéraux effectuent leurs soins sur incitation de l'équipe soignante ou à la demande du résident.

Un orthophoniste libéral est disponible à son cabinet à Baugé sur prescription médicale.

Actuellement l'établissement a formalisé un partenariat avec l'équipe du secteur psychiatrique 6 du Césame, intervenant sous la forme de visites systématiques de l'infirmier(e) psychiatrique pour les résidents nécessitant un suivi régulier, mais aussi pour la visite du psychiatre sur la demande des médecins traitants.

C – SOINS ASSURES PAR L'EQUIPE

1 - Soins de base :

Les résidents entrant dans l'EHPAD Anne de Melun doivent en général faire face à une perte de capacité dans les actes essentiels de la vie. Cette déficience est plus ou moins sévère et un plan de soins personnalisé permet de tendre vers un objectif de maintien de l'autonomie et des capacités restantes.

Aujourd'hui ce plan de soins personnalisé et informatisé concrétise ce qui est mis en place pour chaque résident en concertation en équipe pluri-disciplinaire avec évaluation des besoins de soins du résident à l'entrée (une évaluation gériatrique d'entrée est effectuée par le médecin coordonnateur), formalisation des moyens mis en place et évaluation régulière de ceux-ci. Ce plan de soins est intégré au dossier médical informatisé et doit être le seul document auquel se référer.

2 - Suivi médical :

La réglementation prévoit que les résidents doivent avoir le libre choix de leur médecin traitant. Cette possibilité sera rappelée dans le livret d'accueil et dans les documents réglementaires en cours d'élaboration.

Le médecin coordonnateur a établi les conditions de réponse aux urgences, et la nature des informations à transmettre lors d'une hospitalisation (DLU).

Il veille à ce que le contenu du dossier médical soit suffisant pour assurer la sécurité du résident et son suivi par l'équipe soignante, en incitant les médecins traitants à n'utiliser à terme que le dossier informatisé.

Le dossier médical comprend un document administratif dans lequel, le résident s'il est en capacité de l'exprimer fera état de ses choix au début de son séjour : personne de confiance, référent familial, dernières volontés à son décès.

La question des prescriptions médicamenteuses est difficile à traiter dans la mesure où le médecin coordonnateur n'est pas prescripteur mais doit veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques. Par le biais de l'évaluation individuelle de chaque chute de résident et de la iatrogénie liée aux traitements, une sensibilisation aux bonnes pratiques de prescription est entamée avec les médecins traitants.

Par ailleurs des protocoles ont été élaborés et validés par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice afin de faciliter la conduite à tenir face à certaines situations présentées par les résidents en dehors des temps de présence des médecins traitants.

La réponse médicale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, a été organisée dans le département et centralisée à Angers au 02 41 33 16 33 (ou 15 en cas d'urgence vitale) permettant d'être en contact avec un médecin régulateur qui, après avoir évalué le problème médical posé, prendra la décision la plus adaptée à celui-ci. (hospitalisation d'emblée, envoi d'un médecin du secteur au sein de l'EHPAD).

III – LES AXES DE SOINS

Ils déterminent les orientations du Projet de Soins et permettent de définir les composantes préventives, qualitatives, administratives et socio-économiques de la dimension soins et de la dimension santé chez la personne âgée en EHPAD.

Les personnes accueillies au sein de la maison de retraite ne sont pas là uniquement pour se soigner (on ne guérit pas de la vieillesse), mais pour bénéficier d'un accompagnement de qualité dans leur vie quotidienne avec le plus grand respect de leur autonomie et de leur différence. La vie ne doit pas être organisée pour plus de soins, mais les soins organisés pour plus de vie. Chaque acte de soins doit avoir du sens. Si l'acharnement thérapeutique doit être proscrit de notre pratique de soins, la négligence doit l'être tout autant.

Certains soins infirmiers techniques ne peuvent être dispensés dans l'établissement faute d'IDE en soirée et la nuit. Cependant, la proximité des IDEL et la récente arrivée du service de l'hospitalisation à domicile d'Angers (HAD) peut être une réponse partielle à cette difficulté.

Tous les soins prescrits, pour être effectués dans la structure, doivent être compatibles avec les moyens dont nous disposons. En cas de difficultés, l'équipe soignante doit organiser une concertation afin d'adapter la conduite la moins préjudiciable pour le résident, sachant que les hospitalisations ne devraient être décidées qu'au bénéfice du résident.

Le projet de soins peut se définir autour de 4 axes de soins :

- A : Objectifs de soins liés aux perturbations de santé des résidents
- B : Supports de soins
- C : Accueil et animation
- D : Réseaux de soins

A – OBJECTIFS DE SOINS LIÉS AUX PERTURBATIONS DE SANTÉ DES RÉSIDENTS :

Ces objectifs seront réévalués en fonction du degré de dépendance des résidents.

1 - Prévention des chutes :

La chute d'une personne âgée étant un marqueur de fragilité et du fait des conséquences parfois redoutables qu'elle peut entraîner, une stratégie de prévention est mise en place dans le but d'essayer de réduire le risque de chute.

Le repérage d'un sujet à risque est possible dès l'admission par l'évaluation faite en général en pré admission par l'infirmière coordinatrice puis dans les jours qui suivent l'admission lors de l'évaluation gériatrique par le médecin coordonnateur.

Peuvent ainsi être décidés : un aménagement de la chambre avec lits en position basse, des aides techniques à portée de la main, une incitation du résident à la pratique régulière de la marche, sa participation aux groupes de gymnastique, une rééducation par kinésithérapeute notamment dans le syndrome post-chute, une concertation avec le médecin traitant pour la diminution d'un traitement psychotrope et une supplémentation en vitamine D.

Le personnel a été sensibilisé au problème des chutes lors des réunions générales avec présentation du sujet par le médecin coordonnateur au moyen d'un support visuel. Il doit pouvoir faire remonter les informations telles qu'une perte de poids, des troubles du comportement, l'apparition de troubles cognitifs jusque-là méconnus.

Le signalement d'une chute est systématiquement fait par l'infirmière ou l'Aide-soignante par le biais d'une fiche de déclaration de chute. Chaque chute est ensuite réévaluée par le médecin coordonnateur auprès du résident à la recherche des facteurs favorisants et afin d'envisager une éventuelle action préventive.

2 - Nutrition et régimes :

La surveillance de l'état nutritionnel des résidents et le repérage des situations à risque de dénutrition est multidisciplinaire (Agents, AS, IDE, IDEC, médecins).

L'attention est particulièrement portée lors de l'entrée dans l'établissement, d'un retour d'hospitalisation, d'une affection aiguë, de troubles du comportement, d'une grabatisation, de l'existence d'escarres, etc..

Une commission restauration a été créée comprenant le Directeur, l'infirmière coordinatrice, le chef-cuisinier, l'agent référent de la restauration. Dans un premier temps l'équilibre alimentaire des menus est contrôlé et adapté par l'IDEC. Lors de la réunion mensuelle les sujets suivants sont abordés : Les besoins alimentaires spécifiques, les goûts particuliers des résidents, les plats de substitution, les repas à thèmes, les points à améliorer.

L'observation du comportement lors du petit-déjeuner par les agents et en salle à manger par les membres du service restauration ainsi que la surveillance régulière du poids par les AS, permettent d'alerter le médecin traitant et le médecin coordonnateur sur une situation à haut risque de dénutrition.

L'évaluation médicale de l'état nutritionnel fait appel aux indicateurs définissant l'état de dénutrition. A cet effet, une demande de prescription du dosage de l'albuminémie pour chaque résident a été transmise auprès des médecins libéraux (lors de l'entrée d'un résident ou lors d'une situation à haut risque) afin qu'une prise en charge nutritionnelle adaptée puisse être établie.

La prise en charge nutritionnelle d'une dénutrition protéino-énergétique s'effectue après concertation entre médecin traitant, médecin coordonnateur et l'IDEC qui en assure le suivi : la voie orale est privilégiée, l'alimentation est enrichie par des aliments naturels, en tenant compte de l'avis et des goûts des résidents, les repas organisés dans un environnement calme. Le recours aux compléments nutritionnels oraux s'effectue en général dans un second temps.

Une feuille de surveillance alimentaire fait partie du suivi.

3 - Contention physique :

Actuellement il n'existe aucune contention physique en dehors des barrières de lit la nuit. (A noter que la mise en place de 2 barrières se fait à la demande du résident ou sur prescription médicale régulièrement réévaluée).

L'éventualité d'une contention peut être évoquée par le service de soins, par le résident ou un membre de sa famille, par le médecin traitant.

La mise en place d'une contention fait l'objet d'un protocole écrit qui ne peut s'envisager qu'après une prescription médicale motivée et de durée précisée. La mise en place de barrières de lits est régulièrement évaluée par le médecin coordonnateur après recueil du désir de chaque résident.

4 - Prévention des escarres :

L'évaluation du risque de développer une escarre est réalisée lors de l'entrée d'un résident (évaluation gériatrique de chaque entrant), lors de toute modification de l'état de santé de celui-ci telle qu'une dénutrition, immobilisation, pathologie médicale aiguë.

La grille d'évaluation retenue est l'échelle de Norton.

Les mesures de prévention pouvant être mis en place sont un matelas à air, des changements de position réguliers, une surveillance accrue des points d'appuis, un renforcement des soins d'hygiène et de la verticalisation, une alimentation enrichie. Elles font l'objet d'un protocole en corrélation avec les bonnes pratiques de soins en EHPAD.

La prise en charge et le suivi des escarres sont élaborés avec toute l'équipe soignante sous la responsabilité de l'IDEC.

5 - Lutte contre les infections et pathologies infectieuses :

Infections invasives à Pneumocoques :

A la suite de la note du 13 juillet 2009 émanant de la direction générale de la santé concernant les recommandations de la vaccination anti-pneumococcique inscrites au calendrier vaccinal 2009, un courrier a été adressé à chaque médecin traitant intervenant dans l'Ehpad afin de les informer et de les sensibiliser à l'intérêt de cette vaccination pour les résidents atteints des pathologies inscrites sur une liste validée par le Haut Conseil de la Santé Publique.

Les résidents concernés par ces pathologies ont donc été vaccinés et la couverture vaccinale par le Pneumo23* qui était nulle au 1er septembre 09 est passée à 39% au 31 décembre 10 (26 résidents vaccinés).

Grippe :

Selon les recommandations du Comité Technique des Vaccinations (CTV) et le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) une information a été transmise au personnel les incitant à se faire vacciner contre la grippe saisonnière. Une participation financière de l'établissement est à l'étude ainsi que la mise en place de cette vaccination au sein de celle-ci.

Précautions d'hygiène et isolement septique :

Des précautions d'hygiène au quotidien, appelées « précautions contact » sont appliquées pour tout résident quel que soit son statut infectieux afin d'assurer une protection systématique de tous les résidents et des personnels vis-à-vis des risques infectieux.

Les mesures sont renforcées lors de situations particulières telles qu'une infection respiratoire aiguë du résident ou du personnel (précautions gouttelettes), d'une gastro-entérite aiguë (précautions gouttelettes, sur-blouse, désinfection de l'environnement immédiat du résident, tri du linge infecté), d'une bactérie multi-résistante dans les urines (non détaillées ici).

Ces précautions font l'objet de protocoles écrits et validés.

6 - Conservation des capacités physiques :

L'autonomie physique passe par le maintien de la verticalité sans laquelle de nombreux troubles peuvent apparaître rapidement à l'origine d'une grabatisation : Infections, fonte musculaire, escarres, perte de l'amplitude des mouvements, perte du schéma corporel, etc.

Cette recherche de la verticalisation au moins 20 minutes par jour fait partie de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti (philosophie de l'Humanité) suivie par l'ensemble du personnel. Ce « prendre-soin debout » reste une priorité tant qu'elle est possible notamment lors des toilettes qu'elles soient effectuées sous la douche, au lavabo ou au pied du lit.

Un temps quotidien d'aide à la marche a été mis en place.

7 - Prise en charge des résidents psychiquement perturbés :

Le pourcentage de résidents atteints de détérioration intellectuelle n'a cessé de croître depuis ces dernières années. Les troubles cognitifs et du comportement sont devenus l'une des premières causes de demande de placement.

Les 2/3 de nos 66 résidents entrent dans ce cadre (42 ont un MMS inférieur à 20/30), ce qui ne fait que confirmer les besoins d'une structure spécialisée et sécurisée au sein de l'établissement.

L'unité des Camélias se situant dans une partie spécifique et sécurisée de celui-ci devrait pouvoir évoluer en UPAD. Elle accueille progressivement les résidents les plus dépendants psychiquement. Sa capacité est de 12 chambres et elle possède une zone de déambulation.

Parallèlement une organisation spécifique s'est mise en place dans cette unité depuis plusieurs mois avec une AMP et une aide-soignante référentes, un service du repas midi et soir, une animation propre.

B – SUPPORTS DE SOINS :

1 - Dossier médical et dossier de soins :

Le dossier de soins doit permettre l'accès à tout moment et en confiance aux informations qui concernent un résident. Le dossier de soins doit être le seul document auquel se référer, ce qui n'est pas actuellement le cas dans la mesure où tous les acteurs de soins n'utilisent pas un document unique.

L'utilisation de l'outil informatique (EPSI-SOINS) permet une informatisation totale de ce dossier.

2 - Les transmissions :

Pour permettre la continuité et la sécurité de la prise en charge les informations pertinentes concernant les résidents sont transmises et partagées lors d'un temps quotidien à 11h15 pendant 30 minutes.

Les informations sont retranscrites dans le dossier de soins informatique

3 - L'organisation des soins, fiches de postes :

Les soins sont effectués par l'équipe soignante pilotée par l'infirmière coordinatrice. Celle-ci a effectué une évaluation en directe de chacune des fiches de poste du personnel de soins (IDE, AS, AMP, Agents) pour les adapter au mieux aux besoins des résidents.

Le dossier de soins individualisé pour chaque résident est informatisé (permettant une lisibilité claire des actions entreprises facilitant leur évaluation). Une copie papier du plan de soins se trouve sur le chariot de soin de chaque unité.

La dispensation médicamenteuse est effectuée en chambre le matin par l'Aide-soignante référente dans chaque unité, en salle à manger au déjeuner par l'infirmière, le soir par l'Aide-soignante.

L'établissement n'ayant pas de pharmacie interne, il existe un protocole de référence concernant le stockage, la préparation et la distribution des médicaments.

C – ACCUEIL ET ANIMATION

1 – L'accueil :

C'est dans la plupart du temps dans un contexte catastrophe d'urgence ou d'impasse brutale dans leur maintien à domicile, que les personnes âgées arrivent en institution. C'est donc une véritable rupture dans leur vie que subissent ces personnes, pouvant entraîner un état de mort sociale qui peut mettre en échec toute volonté de projet de vie qui peut se traduire au quotidien par un désinvestissement de leur propre vie pouvant aller jusqu'à un syndrome de glissement. Celui-ci est facteur prédictif d'hospitalisations itératives qui déstabilisent et aggravent l'état de ces personnes âgées les conduisant à une mort prématurée.

Face à cette problématique, il convient donc d'ancrer l'accueil dans le projet de soins de la maison de retraite.

Il doit être porté par la même valeur : Le respect de la personne, de son individualité et de sa qualité de vie.

« La personne âgée n'ira pas en institution pour mourir mais pour vivre l'ultime phase de son existence ».

Il est donc nécessaire de sensibiliser et de mobiliser toute l'équipe pour une prise de conscience collective de l'importance et de l'impact de l'accueil sur le devenir du résident.

La construction de l'accueil actuellement se décline en plusieurs étapes dans le temps :

- La pré-admission :

Prise de contact téléphonique

Remise des documents administratifs et questionnaires médicaux par le secrétariat.

Etude du dossier médical

Rencontre de la personne dans son lieu de vie par l'infirmière coordinatrice (domicile, hôpital, centre de soins de suite, etc).

Visite de l'établissement et de la future chambre avec le Directeur ou son représentant.

Choix de la date d'entrée permettant d'une part d'aménager de façon personnalisée la chambre par les proches aidés de la gouvernante et si possible en présence du futur résident, et d'autre part d'informer tout le personnel et particulièrement les aides-soignantes (ou AMP) et les agents de l'unité concernée.

- Le jour de l'admission :

C'est un moment émotionnellement fort, chargé d'inquiétude, d'angoisse, voire parfois de souffrance.

Le choix du jour d'entrée s'est porté préférentiellement sur le lundi en raison de la présence notamment ce jour-là de la psychologue, des deux infirmières et de l'animatrice.

- Les trois premiers mois :

Comme l'écrit Y. Kagan : « ils sont une phase cruciale, véritable tournant pour le résidant âgé. Celui-ci est menacé dans son identité, confronté de plein fouet à son grand âge, donc à sa mort prochaine. Un travail de deuil non seulement de son domicile mais finalement de son passé lui est imposé. »

Il convient donc de continuer d'entourer le résident récemment arrivé afin qu'il puisse chaque matin avant de se lever donner du sens à sa journée.

C'est durant cette période que toute l'équipe porte plus particulièrement attention à l'apprentissage des nouveaux repères (accompagnement avant et après chaque repas pour une bonne orientation dans les lieux de vie, présentation et rencontre avec les voisins de chambre et de table), au maintien de certaines habitudes de vie (recueil dans le dossier de vie des préférences alimentaires, des passe-temps favoris, de leur histoire de vie, etc) et à l'implication de la famille (absence d'horaire de visite, mise à disposition des petits salons, disponibilité de l'ensemble du personnel).

2 – L'animation :

C'est une composante à part entière de la fonction soin et un vecteur de soins (action positive sur l'état de santé de la personne âgée en favorisant le maintien des capacités physiques, psychiques, intellectuelles, temporo-spatiales.

L'animation favorise le sentiment d'appartenance à un groupe social, maintien ou restaure une bonne image de soi et favorise l'expression des besoins.

L'animation peut être individuelle ou collective.

Elle est intimement liée à l'élaboration du projet de vie individuel et requiert la participation de l'ensemble de l'équipe.

Les animations sont organisées tous les jours par une animatrice à temps plein en collaboration avec les agents, les aides-soignantes, les AMP et les bénévoles.

Interviennent également chaque semaine une art-thérapeute et une monitrice de sport..

Nous proposons donc des ateliers mémoire, jeux de société, chorale, gymnastique, travaux manuels, cuisine, art floral, projection de film, loto, anniversaires.

Plusieurs fois par an diverses sorties sont organisées : spectacles et goûters en ville, pêche en étang, promenade en forêt, visite d'attractions particulières.

Devant la nécessité d'un accompagnement spécifique pour les résidents les plus désorientés, une réflexion a été menée avec la psychologue, l'animatrice et l'IDEC qui a conduit à la création du « groupe chrysalide ». Les animations sont prises en charge par les AMP de l'unité des Camélias, ce qui permet de mettre en place un programme d'activités adapté aux réels besoins de ces résidents qui est réévalué régulièrement.

D – RÉSEAUX DE SOINS :

L'arrêté du 26/04/1999 recommande l'inscription des EHPAD dans un réseau. S'il est nécessaire de mettre en place une véritable coordination gérontologique à l'échelle d'une commune, d'un canton, ou d'un pays, la démarche essentielle du travail en réseau est la création de liens entre des partenaires.

Actuellement la maison de retraite a établi des liens avec :

- L'Hôpital local de Baugé avec lequel une convention est signée dans le cadre du Plan Bleu.
- Le Césame de Sainte Gemme sur Loire
- L'IFSI de La Flèche avec lequel une convention de partenariat a été signée afin de favoriser les échanges entre nos deux établissements (audit organisationnel, formations adaptées, réception de stagiaires, échanges sur les bonnes pratiques).

-
L'IFAS d'Angers pour l'accueil de stagiaires AS (EHPAD et Accueil de jour).

- L'IFSO d'Angers pour l'accueil de stagiaires.
- ALMA Anjou dont le directeur d'Anne de Melun est administrateur.
- Anjou Alzheimer.
- L'EMA (Equipe Mobile Alzheimer) pour l'Accueil de jour.
- Le Clic Baugeois dont le directeur d'Anne de Melun est administrateur.
- L'HAD d'Angers (extension à notre secteur depuis 2010).
- L'équipe mobile de soins palliatifs du CHU d'Angers avec laquelle une convention a été signée et dont un des aspects prévoit la mise en place d'une formation de l'ensemble du personnel concerné par ce sujet.

Annexe 1

Missions du médecin coordonnateur :

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

- Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne sa mise en oeuvre.
- Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.
- Organise la permanence des soins et la coordination des professionnels de santé salariés ou libéraux exerçant dans l'établissement.
- Evalue l'état de dépendance des résidents.
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.
- Contribue à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques; à cette fin, il élabore, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L 5126-6 du code de la santé publique, une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement.
- Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.
- Elabore un dossier-type médical et paramédical et veille à sa bonne utilisation.
- Etablit 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 l'établissement et le ou les établissements de santé, au titre de la continuité des soins.
- Collabore, le cas échéant, à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article 1. 321-7 du code de l'action sociale et des familles et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6231-1 du code de la santé publique.

Annexe 2

Missions de l'infirmière coordinatrice :

- Elle inscrit son action dans une démarche de qualité et de sécurité des soins, de respect de l'hygiène, et dans l'assurance du bien-être du résident.
- Elle participe à la mission de liaison et de coordination entre la direction, le personnel de l'établissement, les résidents, leur famille, et les partenaires médico-sociaux.
- Elle organise le fonctionnement général et le contrôle des activités paramédicales.
- Elle veille à l'application des prescriptions médicales en collaboration avec les médecins libéraux.
- Elle collabore à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de vie de l'établissement.

Gestion des prestations de soins et des actes médico-techniques :

- Elle élabore le projet de soins avec le médecin coordonnateur, l'équipe soignante et les autres partenaires de santé.
- Elle participe au choix des critères d'accueil des nouvelles entrées.
- Elle garantit la mise en place du dossier de soins, elle assure le suivi de la démarche de soins par un accompagnement des équipes soignantes
- Elle s'assure du bon équilibre des repas et du respect des régimes alimentaires.
- Elle participe avec l'équipe à l'amélioration du confort et du bien être du résident.
- Elle développera des projets nouveaux pour mieux répondre aux défis de l'aggravation de la dépendance (nutrition, incontinence, prise en charge des personnes dites démentes..)

Gestion des ressources humaines :

- L'IDEC contrôle les horaires, les absences, les congés du service de soins.
- Elle assure la mise en place et le suivi de l'organisation du travail (sectorisation, charge du travail).
- En collaboration avec la direction, elle établira les plannings de travail.

Gestion du matériel et de l'équipement :

- Elle établit les besoins en matériel et produits de soins et veillera à leur bonne utilisation dans un souci de maîtrise des dépenses.
- Elle participe avec la direction au choix des matériels et assure le suivi avec l'aide du personnel qualifié à cet effet.
- Elle supervise la maintenance lors de panne ou de détérioration du matériel et du mobilier médical.

Relations et liaison :

- Elle collabore avec le médecin coordonnateur à l'élaboration des protocoles.
- Elle est présente pour accueillir les nouveaux résidents et le personnel stagiaire dans la maison de retraite.
- Elle répond aux familles pour des explications de soins.
- Elle s'assurera que les relations avec les familles permettent une bonne circulation de l'information.
- Elle assure une circulation de l'information ascendante, descendante et transversale avec son équipe et contrôle les résultats.
- Elle établit des relations avec les structures extérieures, les réseaux de soins, et les instituts de formation.
- Elle est en lien avec la direction, le médecin coordonnateur sans que pour cela soient négligées les relations directes avec l'équipe.
- Elle participe à l'astreinte administrative du week-end

Formation :

- Elle encadre et accompagne le nouveau personnel.
- Elle collabore avec les écoles, participe à la formation des élèves, accueille les stagiaires.
- Elle met en place les moyens pour qu'ils atteignent leurs objectifs, contrôle leur apprentissage et participe à leur évaluation.
- Elle s'implique avec la direction dans les propositions de formation du personnel en fonction des projets de l'établissement.
- Elle participe à l'encadrement et à la formation des élèves dans le cadre des stages professionnels, de même qu'elle assure les modalités de formation et d'intégration des nouveaux personnels du service de soins.