

## PROJET DE SOINS

L'établissement Saint Pierre des Nids a souhaité poursuivre sa réflexion d'amélioration de la qualité de la prise en charge en élaborant un projet de soins qui s'intègre au projet de vie sous la responsabilité du Directeur et du médecin coordonnateur.

La réflexion et la formalisation du projet de soins ont été menées d'une façon participative par l'équipe soignante et administrative avec l'aide d'un organisme de formation dans le cadre d'une formation action.

### DEFINITION DU PROJET DE SOINS

Le projet de soins définit la politique de soins de la maison de retraite de Saint Pierre des Nids, dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques afin de répondre aux missions qui sont confiées aux Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

L'établissement a souhaité traduire sa politique de soin en objectifs opérationnels de soins afin d'engager des actions concrètes pour les 5 prochaines années.

L'établissement s'engage à mettre en œuvre tous les moyens qui sont à sa disposition pour assurer le meilleur état de santé possible du résident. Dans le cas où la prise en charge dépasserait sa mission ou ses moyens matériels ou financiers, l'établissement met en place un dispositif organisationnel pour assurer la bonne continuité des soins par des structures compétentes (appel ou transfert vers l'hôpital ou un service d'aide médicale d'urgence...).

## **LE PROJET DE SOINS EST UNE VOLONTE DES SOIGNANTS DE LA MAISON DE RETRAITE DE SAINT PIERRE DES NIDS**

Pour aider la personne âgée à maintenir un état de bonne santé et à mieux vivre dans la maison de retraite, il est indispensable dans la relation de soins d'écouter ses émotions, sa douleur physique et morale ; de rester attentif à l'expression de ses attentes et de ses besoins dans une perspective d'y répondre et de la soulager :

- Aider la personne au quotidien à surmonter ses difficultés induites par une perte d'autonomie liée soit au vieillissement soit à l'apparition d'une maladie.
- Etre présent auprès de la personne pour la rassurer, mais également pour lui prodiguer des soins fondamentaux et techniques afin de prévenir les complications.
- Contribuer à ce que la personne retrouve une estime d'elle-même grâce à la prise en compte de son histoire, de sa famille à travers une communication et des gestes de soins adaptés et bienveillants.

## LE PROJET DE SOINS REPOSE SUR DES VALEURS PROFESSIONNELLES

### HUMANISME

Implique de mettre l'homme et les valeurs humaines au-dessus des autres valeurs, améliorer ses conditions de vie, avoir à son égard de la bienveillance et de la tolérance

### RESPECT

Ce sont les égards, l'estime, la considération, l'écoute dues aux personnes accueillies afin qu'elles continuent à vivre dans la dignité

### CONSCIENCE PROFESSIONNELLE

Elle implique :

- **Un savoir-faire** : une formation de base et des formations continues adaptées
- **Un savoir être** : motivation, patience, disponibilité, une remise en cause régulière. un certain savoir-

# I ÉTAT DES LIEUX

## 1°) LOCAUX MEDICAUX ET SOIGNANTS

L'établissement dispose de locaux spécialement affectés aux soins situés au rez de chaussée dans l'Aile Gauche de l'établissement :

- Un cabinet médical,
- Une infirmerie composée de deux parties mitoyennes :
  - Un premier espace « pharmacie » permettant :
    - la réception, le stockage et la préparation des médicaments,
    - le rangement des dossiers de soins
    - les transmissions écrites et orales entre les différentes équipes
  - Un deuxième espace prévu pour prodiguer des soins paramédicaux qui est équipé d'une table d'examen et des différents accessoires nécessaires aux soins

Ces locaux sont d'architecture récente, ils sont spacieux et bénéficient d'une bonne luminosité naturelle.

Ils sont adaptés aux personnes âgées dépendantes, ils sont accessibles aux personnes à mobilité réduite se déplaçant en fauteuil roulant ou à l'aide d'un déambulateur.

Ils sont aménagés de façon à assurer la sécurité physique et à permettre de préserver l'intimité nécessaire pendant les consultations et les soins

**2°) LES RESIDENTS ET LEUR NIVEAU DE DEPENDANCE (ANNEE 2004, 2005, 2006)****Répartition de la population accueillie dans les 6 Groupes Iso-Ressources année 2004**

Niveau de dépendance	Nombre de résidents
GIR 1	3
GIR 2	10
GIR 3	8
GIR 4	8
GIR 5	5
GIR 6	1

**Répartition de la population accueillie dans les 6 Groupes Iso-Ressources année 2005**

Niveau de dépendance	Nombre de résidents
GIR 1	4
GIR 2	12
GIR 3	8
GIR 4	5
GIR 5	5
GIR 6	1

<b>Répartition de la population accueillie dans les 6 Groupes Iso-Ressources année 2006</b>	
<b>Niveau de dépendance</b>	<b>Nombre de résidents</b>
<b>GIR 1</b>	<b>6</b>
<b>GIR 2</b>	<b>11</b>
<b>GIR 3</b>	<b>6</b>
<b>GIR 4</b>	<b>9</b>
<b>GIR 5</b>	<b>3</b>
<b>GIR 6</b>	<b>0</b>

La perte d'autonomie des personnes âgées accueillies a évolué ces trois dernières années ; le Gir Moyen Pondéré (GMP) de l'établissement a été en :

- 2004 de 610
- 2005 de 651
- 2006 de 678

L'évaluation de la dépendance des résidents s'effectue entre 8 jours et 10 jours après leur admission puis 2 fois dans l'année.

Elle s'effectue d'une façon collégiale et est validée par le médecin traitant.

Cette évaluation est contrôlée une fois par an par le médecin du conseil général.

### 3°) AUTRES INDICATEURS

En 2006 :

- Le nombre de journées d'hospitalisation : 200 jours
- Le nombre de résidents hospitalisés : 14 résidents
- Le nombre de décès à l'intérieur de l'établissement : 7 résidents
- Le nombre de décès à l'extérieur de l'établissement : 2 résidents
- La durée moyenne de séjour des résidents dans l'établissement : 4 ans

### 4°) PATHOLOGIES DES RESIDENTS

Les personnes âgées accueillies dans l'établissement souffrent le plus souvent de pathologie du vieillissement :

- Démences d'Alzheimer et troubles apparentés
- Affections cardio vasculaires :
  - Hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral
- Affections neuro-psychiatriques :
  - Etat dépressif et état anxieux (85,7% des résidents)
- Affections endocriniennes :
  - Diabète (11,43 % des résidents)
- Affections néphrologiques :
  - Incontinence, rétention urinaire, insuffisance rénale (77,14 % des résidents)
- Autres :
  - Etat cancéreux (20 % des résidents) état grabataire, troubles de marche

## 5°) PERSONNELS ET COMPETENCES

Tableau des Emplois <b>année 2007</b>			
ETP	Personnel administratif	ETP	Personnel « soignant »
1	Directrice	0,02	Médecin coordonnateur
1	Adjointe administratif	1	Infirmière
10	Agent des services techniques		→
1	Agent technique en chef	5	Auxiliaire de soins jour
		2	Auxiliaire de soins nuit
		1	Infirmière libérale
		1	Kinésithérapeute libérale
		1	Pédicure libérale
		0,07	Psychologue
		4	Médecin libéral

L'établissement a élaboré des fiches de postes afin de décrire les fonctions et les missions de chaque professionnel (cf annexe 1.2)

Les médecins libéraux interviennent 1 fois par mois et à la demande des résidents par le biais de l'infirmière

Les autres professionnels libéraux interviennent sur prescription médicale

Les urgences médicales sont assurées par les médecins libéraux pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux et par le 15 le Week end, jours fériés et la nuit (cf protocole d'urgence annexe 2.4.1)

## 6°) LA FORMATION ET QUALIFICATION DES PERSONNELS SOIGNANTS

L'établissement mène une politique de gestion des compétences adaptée aux emplois

- Le Brevet d'étude professionnel en carrière sanitaire et sociale est exigé pour le recrutement des agents susceptibles d'intervenir dans l'aide quotidienne aux résidents.
- Le diplôme d'aide soignante est exigé pour les postes d'auxiliaire de soins et le diplôme d'état pour le poste d'infirmière.

Par ailleurs le personnel bénéficie d'une formation continue dont les objectifs pour 3 prochaines années sont :

- Acquérir une meilleure connaissance dans les soins et la pratique de soin
- Acquérir un meilleur savoir-faire et des méthodes de travail
- Avoir une attitude adaptée face aux différentes problématiques de santé et sociales
- Mieux répondre aux besoins des personnes âgées

## PLAN DE FORMATION

Titre et durée envisagée de l'action	Objectifs à atteindre	Public	Echéance
L'accompagnement des personnes âgées en fin de vie (4 jours)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soulager la détresse morale et physique</li> <li>• Apporter réconfort et soutien à la personne et à la famille</li> </ul>	Equipe soignante (Infirmières + AS + agents)	2007
Connaître et mieux comprendre la personne âgée (4 jours)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appréhender le vieillissement, son évolution et ses conséquences</li> </ul>	Equipe soignante (Infirmières + AS + agents)	2008
La gestion des conflits (3 jours)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gérer son stress</li> </ul>	Equipe administrative Equipe soignante (Infirmières + AS + agents)	2008
Relations avec les personnes désorientées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savoir comprendre les personnes âgées désorientées</li> <li>• Adopter un comportement permettant l'écoute et l'accompagnement des personnes âgées désorientées</li> </ul>	Equipe soignante (Infirmières + AS + agents)	2009
Animation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elargir le champ des activités manuelles et développer l'atelier mémoire</li> </ul>	AS	2009

## 6°)COORDINATION DES SOINS

Pour assurer une prise en charge globale de la personne et en particulier pour répondre rapidement au problème de santé d'un résident, les professionnels travaillent en étroite collaboration et sous la responsabilité du médecin coordonnateur :

- Les professionnels transmettent les problèmes de santé et les évènements significatifs à l'infirmière et au médecin oralement mais également par écrit sur le cahier de transmissions et sur le dossier de soins du résident.
- La prise en charge ultérieure par les professionnels libéraux ou par l'infirmière et les auxiliaires de soins est définie par le médecin selon la nature des soins.
- En cas d'urgence le week-end, les jours fériés et la nuit le personnel contacte le médecin de garde ou le Samu en fonction de la situation clinique en se référant aux consignes indiquées dans le protocole d'urgence (cf annexe 2.4.1).
- Lorsque le résident nécessite une hospitalisation celle-ci fait systématiquement l'objet d'une information et d'une demande de consentement oral auprès du résident (lorsqu'il est en mesure de répondre) et de la famille.
- La prise en charge courante est organisée selon les besoins du résident, les plannings de travail mensuel et les fiches de tâches des infirmières, agents de service techniques et auxiliaires de soins (cf annexe 1.3).

## 7°) LE TRAVAIL EN RESEAU

Au-delà des compétences internes, l'établissement a la volonté de développer des collaborations pour favoriser l'organisation et améliorer les prises en charges spécifiques des personnes âgées ; elle se traduit aujourd'hui par un travail en partenariat avec :

### a) Formalisé par une convention

- L'équipe d'infirmiers psychiatriques du CMP pour les résidents nécessitant un suivi psychiatrique sur demande du médecin
- Le service des urgences dans le cadre du plan « bleu » canicule

### b) Sans convention

- Le CLIC
- La pharmacie d'officine
- Les ambulances

## II) LE PROJET

### 1°) METHODE

Dans un premier temps :

En Amont de l'élaboration du projet de soins, les professionnels ont choisi d'identifier les points à améliorer et les points forts à maintenir dans la prise en charge quotidienne des résidents grâce à une évaluation descriptive de l'organisation des soins .

Dans un second temps :

Les professionnels ont décliné les axes prioritaires de travail et un plan d'actions pour améliorer le dispositif de soins pour les 5 prochaines années.

## 2°) AXES PRIORITAIRES

<b>AXE</b>		
<b>2° A</b>	<b>L'information et le consentement éclairé du résident à l' entrée et pendant son séjour</b>	
<b>2. B</b>	<b>Les informations médicales et le dossier médical</b>	
<b>2. C.</b>	<b>Les informations para-médicales et le dossier de soins infirmiers</b>	
<b>2. D</b>	<b>Les transmissions pendant les changements d'équipe</b>	
<b>2. E</b>	<b>Les Plans d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie</b>	
<b>2. F</b>	<b>La gestion de la pharmacie</b>	
<b>2. G</b>	<b>La prise en charge des résidents désorientés</b>	
<b>2. H</b>	<b>La prise en charge des escarres</b>	
<b>2. I</b>	<b>La prise en charge de la douleur</b>	
<b>2. J</b>	<b>La prise en charge de l'incontinence</b>	
<b>2. K</b>	<b>La contention, déambulation, fugues</b>	
<b>2.L</b>	<b>Les chutes</b>	
<b>2. M</b>	<b>La nutrition / dénutrition, les régimes et les repas mixés</b>	
<b>2. N</b>	<b>L'hydratation / La déshydratation,</b>	
<b>2. O</b>	<b>La réponse aux appels malades</b>	
<b>2. P</b>	<b>La prise en charge de l'urgence médicale</b>	
<b>2. Q</b>	<b>L'accompagnement en fin de vie</b>	
<b>2. W</b>	<b>Hygiène, sécurité sanitaire et médicalisation</b>	

## **2° A) L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT ECLAIRE DU RESIDENT A L' ENTREE ET PENDANT SON SEJOUR**

Les admissions sont prononcées par la direction après un avis du médecin coordonnateur qui étudie l'adéquation de l'état de santé de la personne et les moyens médicaux et para médicaux de prise en charge dans l'établissement.

A l'entrée une attention particulière est portée au résident afin de lui donner les informations nécessaires pour son séjour par le biais de transmissions de documents écrits :

- Charte des personnes âgées dépendantes
- Livret d'accueil
- Contrat de séjour
- Règlement de fonctionnement

Mais également dans le cadre d'entretien avec les professionnels compétents prenant en compte les capacités psychologiques et cognitives du résident ; les entretiens portent sur :

- Ses droits et libertés
- L'organisation et le fonctionnement de l'établissement
- Les conditions d'accueil : modalités administratives et financières
- La prise en charge des soins liés à son niveau de dépendance et à sa pathologie

Le consentement de la personne âgée est systématiquement recherché pour l'entrée, lors des soins quotidiens médicaux et paramédicaux au cours du séjour mais également lorsqu'une hospitalisation est nécessaire

**2° A) PLAN D'ACTION RELATIF A L' INFORMATION ET AU CONSENTEMENT ECLAIRE DU RESIDENT A SON ENTREE ET PENDANT SON SEJOUR**

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer l'information et s'assurer du consentement de la personne lors de l'entrée, d'un acte invasif et/ou d'une hospitalisation	Inscrire sur le dossier du résident la recherche de consentement pour son entrée, lors d'un acte invasif et/ou lors d'une hospitalisation	Sans moyen supplémentaire	Le directeur à l'entrée	Immédiatement pour le service administratif	Etude des dossiers nouveaux administratifs en décembre 2007
		Sans moyen supplémentaire	Le médecin pour une hospitalisation ou un acte invasif	Revoir l'échéancier avec le médecin	Etude des dossiers médicaux (Revoir l'échéancier avec le médecin)

## 2° B) LES INFORMATIONS MEDICALES ET LE DOSSIER MEDICAL

L'établissement dispose de 0,02 ETP de médecin coordonnateur, il intervient 1 heure le vendredi (cf fiche de poste annexe 1.2)

Il facilite la coordination avec les autres professionnels de soins externes à l'institution ex : les médecins libéraux.

Tous les résidents ont un dossier médical individuel type, il contient des informations sur :

- l'identification de la personne et les informations administratives
- le motif d'entrée
- les pathologies
- une identification du médecin traitant de la personne
- les antécédents médicaux
- les allergies
- les divers comptes rendus d'hospitalisation
- les traitements (ordonnances)

## 2° B) PLAN D'ACTION RELATIF AUX INFORMATIONS MEDICALES ET AU DOSSIER MEDICAL

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer le suivi médical du résident	Poursuivre la transmission par écrit des informations lors des visites	Sans moyen supplémentaire	Le médecin	Revoir l'échéancier avec le médecin	Etude des dossiers médicaux (Revoir l'échéancier

					avec le médecin)
--	--	--	--	--	---------------------

## **A° C) LES INFORMATIONS PARA MEDICALES ET LE DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS**

L'établissement dispose d'une infirmière référente (cf fiche de poste annexe 1.2).

Elle est une personne ressource pour les professionnels et les familles : elle assure la continuité et l'organisation des soins, elle joue un rôle de conseil auprès de l'ensemble des acteurs qui contribuent à la bonne prise en charge du résident.

Tous les résidents ont un dossier de soins individuel type, il contient :

Une fiche de liaison et de synthèse

Des renseignements administratifs sur :

- L'identité de la personne
- La personne à prévenir
- Le médecin traitant
- Les antécédents

Une fiche habitude de vie

Une courbe de poids

Une fiche de transmissions

Une fiche d'hospitalisation

**2° C) PLAN D'ACTION RELATIFS AUX INFORMATIONS PARA MEDICALES ET AU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS**

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer la forme et le fond du dossier de soins selon la réglementation et les bonnes pratiques					
Améliorer la connaissance sur le niveau de dépendance de la personne	Intégrer la grille AGGIR dans le DSI	Coût des photocopies	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Etude du DSI
Améliorer la traçabilité des évènements significatifs et de des prises en charges courantes des résidents	Mettre en place les transmissions ciblées et le diagramme de soins	Création des documents Coût des photocopies	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Etude du DSI
Améliorer les transmissions et les recueils d'informations des différents paramédicaux	Mettre en place une fiche par intervenants : kinésithérapeute...	Création des documents Coût des photocopies	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Etude du DSI
Améliorer la prise en charge spécifique	Mettre en place les feuilles: - Plans de soins (pictogramme) -Escarres -Alimentation, Hydratation -Selle -Prescription de contention -Fiche de traitement	Création des documents Coût des photocopies	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007 Etude du DSI	Etude du DSI

## 2 ° D) LES TRANSMISSIONS PENDANT LES CHANGEMENTS D'EQUIPE

Les transmissions entre les professionnels de soins sont indispensables pour garantir la bonne continuité des soins ; elles se font oralement systématiquement quatre fois par jour et font également l'objet d'une traçabilité écrite sur un cahier de transmission et les dossiers de soins.

Horaires de transmissions :

- Le matin à 6H50 avec la veilleuse et l'équipe du matin
- Le matin à 11 H 00 avec l'équipe du matin et l'infirmière
- L'après midi à 14H20 entre l'équipe du matin et l'équipe du soir
- Le soir à 20H55 entre l'équipe du soir et la veilleuse

## 2°D ) PLAN D'ACTION RELATIF AUX TRANSMISSIONS PENDANT LES CHANGEMENTS D'EQUIPE

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer la qualité de l'information sur le patient	Mettre en place les transmissions ciblées	Création des documents Coût des photocopies	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Etude du DSI

## 2° E) PLANS D' ACTIONS D' AIDE AUX ACTES ESSENTIELS DE LA VIE

Les « plans d'actions » sont l'ensemble des actions mises en place pour répondre aux besoins physiques et relationnels de la personne âgée ; ils permettent une prise en charge individualisée de la personne

- La dépendance de la personne est identifiée, l'accompagnement est adaptée pour favoriser le maintien des capacités physiques et intellectuelles restantes en laissant le temps de faire.

Les auxiliaires de soins et les agents techniques interviennent auprès des résidents pour assurer des soins en rapport avec besoins fondamentaux humains :

### Aide à la toilette :

- Une aide totale ou partielle à la toilette et à l'habillement pour les résidents qui le nécessitent pour (cf annexe protocole toilette 2.3.9).
- Elles assurent également un accompagnement pour les douches, bains, pédiluve, capilule, manucure et soins d'oreilles à raison une fois par semaine.

AIDE POUR LA TOILETTE	
Aide totale	Aide partielle
25	9

- Elles aident les personnes âgées dans l'accomplissement des actes d'entretien des petits appareils tels que appareils dentaires, auditifs, lunettes nécessitant des gestes « fins »

<b>AIDE POUR LES PETITS APPAREILS</b>		
<b>Appareils dentaires</b>	<b>Appareil auditif</b>	<b>Lunettes</b>
15	1	17

### Aide au déplacement :

- Le maintien de la liberté de se déplacer et le maintien le plus longtemps possible de la capacité à se verticaliser contribue à lutter contre la perte d'autonomie physique et psychique et la perte d'estime de soi.
- Lorsque cela s'avère nécessaire, les auxiliaires de soins interviennent pour motiver les personnes à se déplacer seule ou à se déplacer avec leur aide à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement en particulier pour les résidents souffrants de désorientation spatiale et/ou présentant des difficultés physiques.
- Les lieux de circulations sont équipés de barre d'appui et l'ouverture de l'établissement est sécurisé par une ouverture de porte électrique

<b>AIDE AU DEPLACEMENT</b>			
<b>Déplacement seul</b>	<b>Déplacement à l'aide d'une canne ou d'un déambulateur</b>	<b>Déplacement en fauteuil sans accompagnement</b>	<b>Déplacement en fauteuil accompagné</b>
5	11	4	15

### Aide au repas :

- Horaire des repas avant projet :
  - Matin : 8 h 15
  - Midi : 12 h 00
  - Après Midi : 15 h 45
  - Soir : 18 h 15
- Un service spécifique a été organisé pour les résidents qui nécessite une aide totale pour la prise des repas.

<b>AIDE AU REPAS</b>		
<b>Sans aide</b>	<b>Aide partielle</b>	<b>Aide totale</b>
20	7	8

### **2°E ) PLAN D'ACTION RELATIF A A L'AIDE AUX ACTES ESSENTIELS DE LA VIE**

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer les actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne	Elaborer des plans d'actions d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne (pictogramme)	Coût des photocopies	Aide soignante LS	3 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Classeur des pictogrammes
Améliorer l'entretien des appareils auditifs, dentaires	Elaborer un protocole d'entretien d'appareil	Sans coût supplémentaire	Infirmière référente	1 <sup>er</sup> trimestre	Protocoles

et des lunettes	auditif dentaire et lunettes			2008	
-----------------	------------------------------	--	--	------	--

## **2° F) GESTION DE LA PHARMACIE ET DU MEDICAMENT**

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ; il fait appel à l'officine de Saint Pierre des Nids pour la délivrance des médicaments sur prescription, les produits para pharmaceutique et le matériel tel que ceinture de maintien, canne déambulateur...

La délivrance d'un médicament se fait systématiquement sur prescription

La gestion des traitements est assurée par les professionnels, elle est individualisée (réception, stockage, délivrance)

Le contrôle de la péremption des médicaments est effectué par l'infirmière

Les toxiques font l'objet d'une gestion particulière

**2°F) PLAN D’ACTION RELATIF A LA GESTION DE LA PHARMACIE ET DU MEDICAMENT**

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer le circuit du médicament	Elaborer de la procédure du circuit des médicaments	Elaboration de la traçabilité du circuit Sans coût supplémentaire	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2008	Contrôle du circuit du médicament
Améliorer la préparation et la délivrance	Respecter les recommandations et la réglementation en vigueur	Sans coût supplémentaire	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2008	Contrôle du circuit du médicament
Améliorer le contrôle des stocks des médicaments (stock tampon)	Etablir un protocole de gestion du « stock tampon » Contrôler à périodicité régulière les stocks et les périmés	Création d’un protocole	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2008	Contrôle des périmés
Assurer l’inaccessibilité des médicaments aux résidents et aux professionnels non concernés par la gestion des médicaments	Sécuriser l’accès de la salle prévue à la préparation et au stockage des médicaments par la fermeture des portes par verrou digicode	Coût supplémentaire d’un verrou digicode	Direction Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Contrôle de l’accès de la salle

## 2°G) LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS DESORIENTES

Les professionnels cherchent à préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique des résidents désorientés.

Ils aident les personnes âgées à se repérer dans le temps et dans les lieux lors des activités de la vie quotidienne (le lever et le coucher, les soins du corps, l'entretien de l'environnement, les repas).

Tout au long de la journée, ils cherchent à maintenir une ambiance calme et rassurante pour prévenir les risques de chutes, et d'accidents domestiques et pour contribuer au bien être et à une bonne prise en charge du résident.

Au delà des activités courantes de la vie quotidienne les soignants et en particulier l'animatrice accompagnent les personnes dans des activités spécifiques à visée thérapeutique organisées toutes les après midi telles que :

- Atelier mémoire
- Gymnastique douce
- Aide à la marche
- Travaux manuels
- Soins esthétiques
- Massage art floral
- Lecture de journaux
- Jeux

Les activités au quotidien doivent être basées sur le respect des rythmes de chacun, si un résident exprime une opposition, il s'agit de ne pas le contraindre, mais de comprendre le sens de son refus. L'objectif est de faire participer le résident en tenant compte de ses limites, de ses besoins afin qu'il puisse bénéficier des choix qu'il réalise.

L'établissement ne dispose pas d'espace spécifique pour la prise en charge des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés.

Les résidents déambulants peuvent se déplacer librement dans l'établissement dès lors où ils ne se mettent pas en danger et qu'il ne font pas intrusion dans les chambres des autres résidents.

Les résidents bénéficient également des prestations psychologiques par une psychologue à temps partiel

Les résidents provenant du CHS de Mayenne ont un suivi par le CMP adulte de secteur

**2°G ) PLAN D'ACTION RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS DESORIENTES**

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer la prise en charge spécifique de la personne désorientée	Former le personnel à la prise en charge des personnes désorientées	Coût supplémentaire pour la formation	Directrice	Selon plan de formation	Attestation de formation
Evaluer les activités spécifiques du résident	Compte rendu individualisé (projet de vie individualisé O A E	Sans moyen supplémentaire	Animatrice	1 er trimestre 2008	Feuille du projet de vie individualisé

## 2 H °) LES ESCARRES

Les soignants sont sensibilisés aux problèmes de survenue des escarres chez des personnes en perte d'autonomie, aussi ils assurent une surveillance de l'état cutané des personnes à risque et mettent rapidement en place des actions et des moyens pour prévenir l'apparition d'escarre.

Les soins apportés aux résidents à risques sont :

- Des massages de prévention, des changements de position
- Une surveillance des états frêbles et de la perte d'autonomie
- L'apport d'une alimentation équilibrée et d'une hydratation suffisante
- La mise en place du matériel de prévention (matelas anti escarres, coussins de gel, cerceaux).

Actuellement aucun résident ne souffre d'escarre, mAis une personne est confinée au lit et présente un risque important d'altération cutanée

**2°H) PLAN D'ACTION RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES ESCARRES**

<b>Objectif</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer la prévention des escarres	Elaborer un protocole de toilette	Sans coût supplémentaire	Infirmière référence	2ème trimestre 2007	Fait
	Mettre en place le protocole prévention escarres	Sans coût supplémentaire	Infirmière référence	2ème trimestre 2007	Fait
	Mettre en place la fiche de changement de position	Sans coût supplémentaire	Infirmière référence	2ème trimestre 2007	Fait
	Sensibilisé les soignants aux risques	Réunion Sans coût supplémentaire	Infirmière référence	Année 2007 et 2008	En cours

## 2°I) LA DOULEUR

Le personnel est à l'écoute de la douleur physique et morale de la personne âgée, celle ci est signalée à l'infirmière pour une prise en charge rapide par des traitements médicamenteux ou non médicamenteux.

Une psychologue intervient pour accompagner la personne en cas de douleur morale ou en cas de dépression induite par une douleur aïgue ou chronique

Le personnel est formé pour évaluer et accompagné la personne douloureuse et a élaborer d'une façon collégiale un outil d'évaluation

Actuellement 2 personnes sont traitées sous patch de morphine

## 2° I) PLAN D'ACTION LA DOULEUR

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer la prise en charge de la douleur	Mettre en place le protocole douleur pour l'évaluation de la douleur et le suivi individualisé de l'efficacité du traitement	Sans coût supplémentaire	L'équipe	3 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Voir les résidents douloureux

## 2° J) L'INCONTINENCE

L'incontinence n'est pas une fatalité, même si le vieillissement du corps entraîne une faiblesse contractile des sphincters.

Les problèmes de continence entravent d'une façon significative la qualité de vie de la personne âgée.

Le personnel apporte une aide pour prévenir l'apparition d'une incontinence liée à la perte cognitive des résidents et/ou l'institutionnalisation.

Il accompagne les résidents qui le nécessitent aux toilettes d'une façon régulière (lever et le coucher, avant et après les repas, avant et après la sieste et à la demande.

<b>TROUBLES DE LA CONTINENCE</b>	
<b>Incontinent urinaire</b>	<b>Incontinent urinaire et fécale</b>
11	13

Les personnes présentant des troubles de la continence bénéficient de change adapté et d'un suivi individualisé selon une fiche de prise en charge

## 2° J) PLAN D'ACTION RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE

Objectif :	Actions	Moyens	Responsable	Date de réalisation	Evaluation de la réalisation
Améliorer la prévention de l'incontinence	<p>Etablir une liste des personnes âgées nécessitant une aide pour la mise aux toilettes</p> <p>Répondre rapidement aux sonnettes</p>	Sans coût supplémentaire	Aide soignante TD	3ème trimestre 2007	Contrôle de la liste
limiter l'aggravation de l'incontinence et tenter de rééduquer la personne	<p>Indiquer sur la fiche ABENA de change les heures programmées des mises aux toilettes pour rééduquer la personne</p> <p>Répondre rapidement aux sonnettes</p>	Sans coût supplémentaire	Aide soignante TD	3ème trimestre 2007	Contrôle des fiches ABENA

## 2° K) CONTENTION, DEAMBULATION, FUGUES

### La contention

La contention n'est pas utilisée sur seul motif de déambulation et de fugue, l'établissement garantit la circulation libre des résidents dans les lieux collectifs et leur chambre.

L'établissement dispose d'une sortie sécurisée par un système d'ouverture électrique.

La contention est utilisée en dernier recours pour prévenir les chutes.

Deux résidents nécessitent aujourd'hui une contention physique adaptée pour assurer leur sécurité

- une personne lorsqu'elle est au fauteuil et au lit
- une personne lorsqu'elle est au fauteuil

La mise en place d'une contention fait l'objet systématiquement d'une discussion d'équipe et d'une prescription médicale

L'accord de la famille est recherché après une information claire donnée par le médecin.

## 2° K) PLAN D'ACTION CONTENTION, DEAMBULATION, FUGUES

### CONTENTION

Objectif :	Actions	Moyens	Responsable	Date de réalisation	Evaluation de la réalisation
<b>Contention</b>					
Assurer la sécurité physique des résidents par l'utilisation de la contention en dernier recours : <ul style="list-style-type: none"> <li>• chutes répétitives,</li> <li>• non respect de l'interdiction de l'appui chez des résidents présentant une grande perte cognitive</li> </ul>	Elaborer le protocole de contention selon la réglementation et les recommandations	Création du document Sans moyens supplémentaires Discussion collégiale dans le cadre des transmissions	Infirmière référence	4ème trimestre 2007	Fait
	Respecter la prescription, la périodicité d'évaluation et les critères d'évaluation		Infirmière référence	4ème trimestre 2007	Etude des prescriptions
	Utiliser systématiquement du matériel adapté		Infirmière référence	4ème trimestre 2007	Fait
	Sensibilisé le personnel à l'impact de la contention		Infirmière référence	4ème trimestre 2007	En cours
	Nommer un référent information		Infirmière référence	4ème trimestre 2007	En cours

## DEAMBULATION

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
<b>déambulation</b>					
Améliorer la sécurité du résident déambulant (chute, épuisement) et assurer la sécurité des autres résidents	Evaluer avec l'ensemble de l'équipe soignante l'évolution des pertes d'autonomie et les changements de comportements	Sans moyens supplémentaires Discussion collégiale dans le cadre des transmissions	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Indication dans le DSI Fait
Contribuer à redonner des repères spatiaux temporels	Former le personnel	Coût de la formation	Directrice	Selon plan de formation	Attestation de formation

## FUGUES

Objectif :	Actions	Moyens	Responsable	Date de réalisation	Evaluation de la réalisation
<b>Fugues</b>					
Limiter les risques liés à une fugue	Elaborer un protocole sur la conduite à tenir lors d'une fugue.	Création du document sans moyen supplémentaire	La Directrice	2 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Fait
	Travailler avec la famille et le résident pour une meilleure acceptation du placement et pour comprendre les motifs des départs intempestifs de l'institution	Entretien avec les familles	Infirmière référente	En cours	Evaluer le nombre de fugue
Contribuer à redonner des repères spatiaux temporels	Former le personnel	Coût de la formation	Directrice	Selon plan de formation	Attestation de formation
	Evaluer avec l'équipe soignante l'évolution des comportements de fugue	Discussion collégiale dans le cadre des transmissions	Infirmière référente	En cours	Evaluer le nombre de fugue
Contribuer à donner un sens à la vie dans l'institution	Intégrer les personnes dans les activités occupationnelles de l'établissement	Sans moyen supplémentaire	Animatrice	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	CR de l'animation

## 2°L) LES CHUTES

Les maladies liées au vieillissement, un environnement mal adapté sont souvent les causes de chutes gravissimes pour les personnes, qui entraînent des traumatismes psychiques et physiques accélérant la perte d'autonomie.

Pour réduire le risque de chute l'établissement est équipé de barres d'appui dans les lieux de circulation, salle de bain et toilette favorisant un maintien en position debout et un déplacement le plus sécurisé possible

Les sols des chambres sont revêtus de matériaux anti-dérapants

Depuis 2005 l'établissement a mis en place un dispositif de recensement systématique des chutes afin de pouvoir en analyser les principales causes

<b>RECENSEMENT DES CHUTES</b>			
	<b>Nombre de chutes Hommes</b>	<b>Nombre de chutes Femmes</b>	<b>Nombres de chutes totales</b>
<b>Année 2006</b>	13	36	49
<b>Année 2007 (en cours)</b>	25	10	35

**2°L) PLAN D'ACTION RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES**

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer la prévention des chutes et la prise en charge des personnes qui ont chuté	Utiliser le protocole de prévention des chutes	Information collégiale dans le cadre des transmissions	Infirmière coordinatrice	3 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Fait
	Faire l'analyse des chutes à périodicité régulière et mettre en place des actions correctrices	Sans moyen supplémentaire	Infirmière coordinatrice + équipe	A chaque trimestre ou lors de chutes répétitives chez un résident	Fait

## 2°M) LA NUTRITION / DENUTRITION, LES REGIMES ET LES REPAS MIXES

Une diététicienne intervient une fois par mois pour la surveillance de l'équilibre alimentaire des résidents et pour l'élaboration des menus dans le cadre de la commission de menus.

Deux services distincts sont organisés pour les repas du midi et du soir afin de réserver du temps pour les personnes nécessitant une aide totale au repas.

Un service en chambre est mis en place par le personnel lorsque l'état de santé du résident le nécessite.

Pour surveiller l'apparition des risques de dénutrition, les résidents sont pesés à l'admission et ensuite une fois par mois au cours de leur séjour.

Lorsque les résidents rencontrent des difficultés alimentaires ou lorsqu'il est constaté une perte de poids une fiche de suivi alimentaire est mise en place.

Les régimes sont systématiquement l'objet d'une prescription et d'un suivi médical

La texture des repas peut être adaptée pour les personnes présentant des problèmes de la sphère buccale ou des troubles de la déglutition après un avis de la diététicienne

Les non-goûts des résidents sont recensés et pris en compte par le service de la cuisine

TEXTURE ALIMENTAIRE		
NORMALE	HACHE	MIXE
17	5	13

AIDE AU REPAS		
AUTONOME	AIDE PARTIELLE (STIMULATION)	AIDE TOTALE
13 en salle à manger M/M/S	15 en salle à manger M/M/S	5 en salle à manger M/M/S
		2 en chambre

**2°M ) PLAN D'ACTION RELATIF A LA NUTRITION / DENUTRITION, LES REGIMES ET LES REPAS MIXES**

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer la surveillance de la prise alimentaire	Elaborer un protocole de dénutrition et de perte de poids et de sur poids	Création du protocole	Infirmière coordinatrice + aide soignante TD	1 <sup>er</sup> trimestre 2008	Protocole
	Utiliser la fiche alimentaire et communiquer les constats au médecin et à la diététicienne	Discussion collégiale dans le cadre des transmissions	aide soignante TD	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Fiche dans le DSI
Recaller les horaires de repas et réduire l'amplitude du jeun de nuit à 12 H	Réadapter les horaires	Organisation par la direction	La directrice	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Nouvelle organisation
Prendre en compte les risques de déglutition	Recenser avec la diététicienne les personnes à risque Former les professionnels aux risques de déglutition	Discussion collégiale dans le cadre des transmissions Coût supplémentaire pour la formation	L'infirmière référente  La directrice	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007  Selon plan de formation	Attestation de formation

Maintenir tant que possible une alimentation normale	Faire valider systématiquement le changement de texture alimentaire par la diététicienne ou le médecin	Discussion collégiale dans le cadre des transmissions	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Nombre de personne avec modification des textures
--	--	---	----------------------	---------------------------------	---

## 2 °N) L'HYDRATATION / LA DESHYDRATATION

L'hydratation des résidents fait l'objet d'une surveillance régulière : avec boissons à portée de main des résidents et un suivi systématique et individualisé des apports hydriques pour les résidents à risque de déshydratation ou désydratés.

Les médecins peuvent être amenés à prescrire des réhydratations sous cutanées la nuit pour les résidents qui le nécessite

L'établissement a élaboré un plan canicule

## 2°N ) PLAN D'ACTION L'HYDRATATION / LA DESHYDRATATION

Objectif :	Actions	Moyens	Responsable	Date de réalisation	Evaluation de la réalisation
Eviter les risques de déshydratation	Réactualiser la connaissance du plan bleu et respecter les préconisations	Discussion collégiale dans le cadre des transmissions	La Directrice	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Evaluer la connaissance du personnel
	Elaborer un protocole d'hydratation et de suivi des apports	Création du protocole Sans moyen supplémentaire	Infirmière référente	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Fait

	Evaluer et recenser le nombre de personnes à risque	Observation quotidienne, suivi hydrique Discussion collégiale dans le cadre des transmissions Sans moyen supplémentaire	Aide aux soins LF	4 <sup>ème</sup> trimestre 2007	Liste des personnes à risque
--	---	---	----------------------	------------------------------------	------------------------------

## 2°O) LA REPONSE AUX APPELS MALADES

Les chambres et les toilettes des résidents sont équipées d'appel malade, la réponse rapide aux appels contribuent au bien être et à la sécurité du résident

## 2°O) PLAN D'ACTION RELATIF A LA REPONSE AUX APPELS MALADES

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Garantir une réponse rapide aux appels malades pour répondre aux besoins fondamentaux de la personne et garantir le confort et LA sécurité du résident	Informé le personnel et être attentif	Discussion collégiale dans le cadre des transmissions Sans moyens supplémentaires	Aide aux soins LJ	Immédiatement	Evaluation des plaintes des personnes

## 2°P) LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE MEDICALE

L'urgence médicale est assurée par le médecin traitant en semaine le jour et par le 15 la nuit et le week end et jours fériés.

Lors de transfert à l'hôpital en urgence, les informations sont transmises par téléphone, par la fiche de liaison et le courrier du médecin.

## 2°P ) PLAN D'ACTION RELATIF A LA PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE MEDICALE

Objectif :	Actions	Moyens	Responsable	Date de réalisation	Evaluation de la réalisation
Améliorer l'appel par rapport à des urgences vitales	Elaborer un protocole d'appel d'un médecin en urgence	Sans moyen supplémentaire	Médecin	Immédiatement	Fait
Améliorer la communication dans le cadre des consultations externes	Elaborer un protocole d'appel d'un spécialiste	Sans moyen supplémentaire	La Directrice	4 <sup>ème</sup> trimestre	Protocole

## **2°Q) L'ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE**

La vieillesse n'est pas une maladie. C'est une étape de la vie qui se termine sur un dernier souffle, par la mort.

Dans les derniers instants, des soins et des assistances adaptées doivent être apportés à la personne âgées.

La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et avec le meilleur confort possible avec une prise en charge de sa douleur physique et sa douleur morale en étant entourée de ses proches.

Les professionnels accompagnent le résident en fin de vie en respectant l'importance des liens familiaux et de ses convictions religieuses et philosophiques.

Dans la situation d'une fin de vie, la psychologue de l'établissement est à l'écoute de la détresse du résident des familles et du personnel.

L'établissement s'engage à garder le résident jusqu'à la fin de sa vie s'il le souhaite et s'il ne nécessite pas une prise en charge dans le cadre de service disposant d'un plateau technique.

**2°Q ) PLAN D'ACTION L'ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE**

<b>Objectif :</b>	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Responsable</b>	<b>Date de réalisation</b>	<b>Evaluation de la réalisation</b>
Améliorer le confort des personnes en fin de vie en respectant sa dignité Accompagner la famille dans la perte d'un parent	Elaborer les protocoles de soins de fin de vie	Création des protocoles pour la prise en charge de fin de vie et l'évaluation de la douleur	Infirmière référente	3 <sup>ème</sup> trimestre	Protocoles fait
	Former le personnel	Coût supplémentaire pour la formation	La Directrice	Selon plan de formation	Attestation de la formation

### **III)MISE EN PLACE ET SUIVI DU PROJET DE SOINS**

Les plans d'actions prévoient les modalités de mise en place, contrôle et suivi des objectifs

Des réunions de suivi et de motivation des responsables de la mise en œuvre des différents projets sont prévues 1<sup>er</sup> mardi du dernier mois de chaque trimestre