



ADSEA 09

E.H.P.A.D. « Des Sources »
2 rue Foun Rouge CS 40134
09104 SAINT JEAN DU FALGA CEDEX
Tél. : 05 34 01 91 00
Fax : 05 34 01 57 40
ehpaddressources@orange.fr



PROJET DE SOINS DANS UN LIEU DE VIE

Notre souhait est de préserver la qualité de vie et la dignité du résident en considérant ses droits, son histoire de vie, ses liens sociaux...

Nos choix d'accompagnements sont basés sur la prévention et la stimulation des capacités restantes et la compensation adaptée des incapacités.

La prise en charge globale du résident implique un fonctionnement en équipe pluridisciplinaire. Chaque soignant pourra participer au projet de soins qui sera évolutif dans le temps.

1) L'ACCUEIL DU RESIDENT (de préférence avec le proche référent)

A son entrée, le résident est pris en charge par **le binôme infirmier et aide-soignant** qui aideront à l'installation et réaliseront les premiers recueils de données.

Rapidement après l'admission, le médecin coordinateur, l'animatrice et la diététicienne rencontreront le nouvel arrivant.

Pendant la phase d'adaptation, **un soignant référent** sera désigné. Le malade pourra ainsi être rassuré, en identifiant plus facilement cette personne, qui sera présente pour répondre à ses questions, l'informer sur le fonctionnement de l'établissement, le présenter aux autres résidents et soignants. De même, ce soignant pourra alerter en cas de difficultés d'adaptation.

Des documents de recueil d'informations sur le résident ont été mis en place pour permettre **l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé (PAP)**. Ces différents éléments de connaissance du résident seront transmis lors de la réunion pluridisciplinaire (réalisée une fois par semaine).

La validation du PAP avec le résident et / ou la famille ou la personne de confiance, est prévue lors de la réunion avec le médecin coordinateur, systématiquement proposée après l'entrée. Un exemplaire du PAP définitif sera envoyé au médecin traitant.

Le PAP sera régulièrement revu lors des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, tous les 3 mois, ou en cas d'événement intercurrent significatif (soit révision de 7 PAP par semaine)

Le résident et/ou la famille pourront participer à la réévaluation du PAP (proposition de réunion tous les 3 mois ou avant si événement intercurrent, avec le médecin coordinateur)

Le PAP est à envoyer tous les ans avec le contrat de séjour à la famille, avec accord du résident et également au médecin traitant

2) PRISE EN CHARGE DU RESIDENT ET STRATEGIE PREVENTIVE :

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE :

Une prise en charge nutritionnelle adaptée est indispensable, permettant de maintenir l'autonomie fonctionnelle, de lutter contre les infections et donc de préserver la qualité de vie du résident.

L'évaluation nutritionnelle sera réalisée à l'entrée puis suivie en fonction du risque :

- Poids à l'entrée puis au minimum 1 fois par mois, et BMI
- Surveillance des ingesta systématiquement 3 jours à l'arrivée puis si situation d'amaigrissement ou à risque (la méthode de relevé des ingesta selon les recommandations de l'HAS sera utilisée)
- Surveillance de l'albumine (couplée si nécessaire à la CRP) puis dosage tous les 3 mois
- MNA de dépistage

Nous voulons nous engager sur des horaires cohérents de repas et de collations. Le personnel soignant doit être sensibilisé sur l'importance de la surveillance alimentaire, aider si besoin au repas et respecter le rythme de chaque résident.

L'intervention d'une diététicienne est prévue après l'entrée de chaque résident pour cibler ses aversions et ses goûts. Elle participera à la mise en place des alimentations hypercaloriques hyperprotidiques dans le cas des dénutritions avérées. L'équipe devra être formée aux méthodes d'enrichissement et de dispensation de CNO.

L'alimentation plaisir sera privilégiée :

- création d'une commission menu.
- entretien de la convivialité, repas en famille, repas festifs (anniversaire, Noël, galette des rois, crêpes.)

Concernant l'hydratation, des tours d'hydratation seront prévus dans l'organisation de travail avec une surveillance accrue lors des situations à risque : fièvre, troubles digestifs, canicule (Une feuille de surveillance des boissons a été mise en place).

L'état buccodentaire des résidents sera évalué régulièrement (associé idéalement à une consultation chez le dentiste 1 fois par an). Nous souhaitons mettre en place un protocole de prise en charge des troubles de la déglutition.

PREVENTION DE LA PERTE DE MOBILITE ET STIMULATION DES CAPACITES RESTANTES :

L'évaluation de l'autonomie du résident dans les actes de la vie sera effectuée à l'entrée puis régulièrement tous les mois, afin de s'adapter à ses besoins (grille agir).

L'objectif est de stimuler de façon bienveillante, de ne pas faire à la place du résident pour préserver les capacités restantes voire permettre une récupération dans certains cas.

Le personnel soignant doit être sensibilisé sur la nécessité de maintenir la mobilité du résident. En fonction du niveau d'autonomie, l'aide au lever, l'installation au fauteuil, la marche pour se rendre aux toilettes ou aux différentes activités, doivent être proposés.

Un psychomotricien devrait intervenir sur la structure, pour proposer :

- une mobilisation adaptée dans les actes de la vie quotidienne
- des activités physiques, parcours de marche, groupe de gymnastique

Ces modalités de prise en charge pourront être définies lors de l'élaboration du PAP.

L'évaluation du risque de chute sera réalisée à l'entrée, avec les échelles suivantes : appui monopodal, le test de la double tâche, Get up and go. Une prise en charge adaptée sera discutée en fonction de ce risque et inscrit dans le PAP. L'intervention de kinés libéraux sera possible et nous souhaitons les faire participer aux commissions de coordinations.

Les contentions seront limitées le plus possible et prescrites selon les recommandations de l'ANAES. Le résident et/ ou leur proches seront associés le plus souvent possible aux réflexions concernant les contentions.

PREVENTION DU RISQUE D'ESCARRE :

Tous les lits de la structure sont équipés de matelas préventifs anti-escarres.

L'évaluation du risque d'escarre sera réalisée à l'entrée de chaque résident puis selon le risque et à chaque changement de situation significative.

REPERER LES FACTEURS DE RISQUE

Facteurs intrinsèques :

Age,

Dénutrition,

Immobilité : fractures, syndrome neurologiques, alitement,

Troubles sensitifs,

Décompensations médicales aiguës, déshydratation, défaillance circulatoire,

Ne pas oublier d'évaluer le statut artéritique du résident,

Incontinence : urinaire et fécale.

Facteurs extrinsèques, liés à l'environnement :

Mauvaise répartition des pressions : force de pression et de cisaillement,

Humidité macération.

MESURE DU RISQUE D'ESCARRE : ECHELLE DE BRADEN

CONDUITE À TENIR SELON LE RISQUE

Choix du support adapté,

Mobilisation et changement de position selon le risque,

Nutrition adaptée,

Surveillance de l'état cutané selon le risque,

Informé et éduquer le résident et la famille.

PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE L'ELIMINATION ET DE L'INCONTINENCE :

L'absence de vigilance et de prise en charge des troubles mictionnels et de l'élimination peuvent entraîner des décompensations médicales aiguës (confusion, infections, anorexie, occlusion etc...) et donc altérer la qualité de vie du résident.

La surveillance des syndromes rétentionnels doit être réalisée et notifiée. Un protocole de prise en charge de la constipation sera mis en place.

L'évaluation de l'incontinence est nécessaire et peut aboutir dans certaines situations à une prise en charge efficace.

- **Le port de couche systématique est à éviter**
- Détection et prise en charge des causes d'incontinence modifiables : constipation, infection urinaire, causes iatrogènes, causes prostatiques, difficulté d'accès aux toilettes
- Stimuler pour aller aux toilettes : mictions programmées ou rappel des mictions
- Favoriser la mobilité
- kiné périnéale ou/et solutions médicamenteuse en fonction des causes d'incontinence et de l'intégrité des fonctions cognitives

PREVENTION DU RISQUE IATROGENE :

L'iatrogénie est plus fréquente et souvent plus grave chez la personne âgée.

Le risque iatrogène s'étend de la prescription à la dispensation du médicament.

Nous souhaitons mettre en place avec la collaboration, des médecins traitants et du pharmacien, **une liste de médicaments à usage préférentiel.**

Par ailleurs, une attention particulière a été consacrée au circuit du médicament et nous voulons impliquer le plus possible le pharmacien dans ce dispositif :

- tenue d'un dossier pharmaceutique pour chaque malade : allergie, antécédents médicaux, histoire médicamenteuse, clearance de la créatinine,
- alerte en cas d'interaction ou de contre-indication médicamenteuse,
- dossier informatisé commun pour faciliter la traçabilité.

La distribution et la surveillance des prises médicamenteuses seront réalisées par l'infirmière sauf souhait du résident et après évaluation du risque. L'infirmière devra tracer la prise médicamenteuse dans le dossier du résident.

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :

Les soignants seront formés aux outils d'évaluation de la douleur (aigue ou chronique, auto et hétéro-évaluation) et les différents types de douleurs.

L'évaluation de la douleur sera réalisée systématiquement à l'entrée du résident.

L'échelle utilisée et la fréquence d'évaluation seront définies en équipe et inscrit dans le PAP du résident. Le suivi douleur devra être tracé.

Nous évaluerons avec les médecins traitants l'intérêt de mettre en place des protocoles de prise en charge de la douleur et selon le type de douleur.

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE DES TROUBLES COGNITIFS ET DES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX :

Le dépistage et le diagnostic de démence doivent être réalisés pour permettre une prise en charge spécifique et adaptée. Il en est de même des syndromes dépressifs insuffisamment traités et pourtant responsables de conséquences médicales graves et d'une altération de la qualité de vie.

Le **MMS** sera effectué pour chaque résident puis réévalué en fonction de la situation.

Le **mini GDS** pour le dépistage de la dépression sera également réalisé systématiquement.

Nous espérons par ailleurs pouvoir prévenir l'isolement relationnel et ses conséquences psychologiques par la mise en place d'animations. En effet un animateur formé interviendra et nous aurons recours par des conventions à des intervenants extérieurs et à des activités proposées en partenariat avec Loumet Intergénération. L'accueil des familles sera proposé le plus souvent possible pour préserver les liens personnels du résident.

Nous disposons d'une unité spécifique de prise en charge des démences de types Alzheimer ou apparentées avec troubles psycho comportementaux (28 places) qui selon nous, doit nous permettre de proposer une prise en charge spécifique et adaptée de ces résidents.

Nous voulons nous familiariser avec les méthodes d'évaluation des troubles psycho comportementaux des démences, avec notamment le **NPI-ES** (à l'entrée, tous les 6 mois et à chaque modification comportementale) :

- pour mieux identifier et caractériser les troubles
- pour trouver des solutions en équipe, afin d'éviter les prises en charge médicamenteuses systématiques
- pour suivre l'évolution des troubles et l'efficacité des prises en charge

Nous devons réfléchir à la mise en place d'**activités occupationnelles spécifiques** :

- en fonction des capacités restantes, pour valoriser sans mettre en échec,
- en fonction des champs d'investissement antérieurs, activités avec du sens,
- en petit groupe pour favoriser le lien social,
- proposer la participation des familles à ces activités.

La formation du personnel soignant sur la démence est indispensable pour aboutir à une prise en charge adaptée. Cette formation pourra être étendue aux familles.

Une psychologue interviendra sur la structure : soutien des résidents, des aidants familiaux et aide à la mise en place de stratégies non médicamenteuses

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX :

Le statut vaccinal sera connu à l'entrée et figurera dans le dossier.

La vaccination antigrippale, prescrite par le médecin traitant, sera organisée tous les ans pour les résidents et le personnel soignant, avec leur accord.

Pour la population concernée, la vaccination contre le pneumocoque sera réalisée tous les 5 ans.

Les dates de vaccination figureront dans le dossier de soins.

Des protocoles seront proposés pour la prescription des antibiotiques (selon les recommandations du CLIN).

Des protocoles d'hygiène seront rédigés et des conduites à tenir seront formalisées dans le cadre des épidémies : GRIPPE, GEA, BMR. **Une convention avec le CHIVA et/ou le CLIN, pour la gestion des risques infectieux est prévue.**

La formation du personnel sera indispensable ainsi que l'évaluation des pratiques.

L'établissement élabore un DARI.

ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE :

L'accompagnement en fin de vie des résidents est une préoccupation forte de l'ADSEA.

Les résidents doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée visant le confort de vie dans le respect de leur dignité, dans la continuité du projet de vie établi. **Si possible, les souhaits d'accompagnement ou directives anticipées du résident doivent être recueillies en amont.**

Les soins sont basés :

- sur la prise en compte et la gestion de la **douleur du résident : douleur physique, morale...**
- repérer les symptômes inconfortables et les traiter : encombrement, sécheresse buccale, vomissements, constipation.
- mobilisation et nursing adaptés

- sur des prescriptions anticipées en collaboration avec le médecin traitant (éventuellement mise en place de protocole de gestion des différents symptômes d'inconfort pour une prise en charge commune et de qualité)
- le personnel doit être formé aux soins et situations en fin de vie
- soutien psychologique du résident mais aussi des familles et des soignants

Pour le FLPA, une convention est déjà établie avec ACCORD 09 réseau soins palliatifs et douleur de l'ARIEGE et sera étendue à l'EHPAD.

Une convention avec l'HAD est envisagée pour la gestion de situations plus complexes.

PREVENTION DE L'ISOLEMENT SENSORIEL :

Les pertes sensorielles sont souvent négligées, considérées comme peu importantes au regard des autres pathologies ou comme un investissement inutile compte tenu de l'âge. Or les conséquences ne sont pas négligeables : repli, perte de mobilité, augmentation du risque de chute, diminution des stimulations extérieures avec aggravation des démences, apparition de dépressions etc.

La qualité de vie et le lien social sont affectés.

Le dépistage et le retentissement des pertes sensorielles doivent être effectués pour proposer une prise en charge adaptée.

Les soignants doivent être attentifs au port des aides oculaires et auditives. Le besoin de ces aides sensorielles figurera dans le dossier résident.

PREVENTION DE LA MALTRAITANCE

La maltraitance est plurifactorielle. Elle peut prendre une forme active et passive, et son origine peut être humaine (agents, famille, résidents) ou environnementale et sociale.

Une volonté de bientraitance est inscrite dans le projet de vie de l'établissement (fait pour rendre aux résidents leur dimension citoyenne), et par le projet de soins (fait pour personnaliser les prises en charge).

Nous devons nous assurer que nos pratiques garantissent, la dignité, la liberté de choix et d'expression et valorisent le lien social des résidents.

Le personnel devra être sensibilisé et formé aux aspects juridiques et éthiques de la prévention de la maltraitance en intégrant les notions d'abus, de conduite inacceptable ou tout simplement de non qualité.

3) ACCES ET ORGANISATION DES SOINS :

ACCES AUX SOINS :

Les soins médicaux seront réalisés par les infirmières et aides-soignantes de l'établissement. Les usagers bénéficieront gratuitement des prestations du psychomotricien, animatrice, diététicienne, psychologue.

Les autres interventions de professionnels resteront à la charge du résident y compris les transports sanitaires.

La liste nominative des intervenants ou des établissements référents choisis par le résident figure sur la fiche d'entrée en EHPAD.

Les médicaments prescrits seront distribués par l'EHPAD, sauf avis contraire du résident mais ne seront pas compris dans le forfait tarifaire.

Pour harmoniser les pratiques, une liste de spécialités médicamenteuses à usage préférentiel sera proposée et réévaluée tous les ans par le médecin coordinateur qui recherchera un consensus entre les différents intervenants pour rendre la démarche opérationnelle (prescripteurs, pharmaciens, infirmière).

La proximité et nos liens avec le CHIVA nous permettront d'orienter plus facilement le résident en particulier dans la filière gériatrique.

CONTINUITE DES SOINS :

Les soins sont réalisés par l'infirmière ou l'aide-soignante sous sa responsabilité. Des temps de transmissions entre IDE/AS/ASH seront impérativement prévus.

Le résident a le choix de son médecin traitant qui prescrit les soins et assure le suivi. Il est sollicité en premier pour intervenir auprès du malade.

Si le médecin traitant est indisponible, en cas d'urgence ou de risque collectif (épidémie), le médecin coordinateur pourra intervenir. Toute prescription réalisée en l'absence du médecin traitant, lui sera signalée.

Dans la journée, en cas d'urgence vitale, le médecin coordinateur est appelé s'il est présent dans la structure, **puis le 15.**

La nuit et le week-end :

- Selon le degré d'urgence, **le service d'astreinte médicale (Allo médecins) ou le 15 seront sollicités.**
- La liste des pharmacies de garde sera communiquée par le pharmacien
- La liste des sociétés d'ambulances de garde sera disponible

Un chariot d'urgence sera mis en place et sa conformité sera réévaluée régulièrement. L'établissement sera équipé d'un défibrillateur.

La famille du résident sera prévenue de tout transfert sauf si refus de ce dernier. Le médecin traitant sera informé le plus tôt possible également.

LE ROLE DU MEDECIN COORDINATEUR :

Après du résident :

- Donne un avis sur l'admission du résident : sa prise en charge correspond aux possibilités d'accompagnement de l'établissement,
- Réalise à l'admission l'évaluation gériatrique standardisée (EGS) puis suivi en fonction des besoins,
- **Participe, coordonne et évalue le PAP de chaque résident avec l'équipe soignante,**
- Est le garant de la diffusion des bonnes pratiques gériatriques auprès des soignants et intervenants extérieurs,
- Est responsable de l'organisation de la continuité des soins, et du circuit du médicament,

Soutien et information des familles :

- Proposition de réunions ou rendez-vous réguliers d'information.

Après des soignants :

- Organisation de réunions pluridisciplinaires,
- Formation des équipes sur les bonnes pratiques gériatriques.

Maintien du lien avec les intervenants extérieurs dont le médecin traitant :

- Doit mettre en place **une réunion de coordination** : 2 fois par an avec les médecins traitants, le pharmacien, les intervenants libéraux (participation au projet d'établissement, formalisation et harmonisation de certaines prises en charge, liste de médicaments).

Pour l'établissement :

- Réalisation du rapport annuel d'activité,
- Evaluation du GIR et PATHOS.