



II. LE PROJET DE SOINS

1. Méthodologie

Le projet de soins est un document auquel adhèrent tous les acteurs du soin de l'établissement. Il sert de référence à la réflexion soignante en termes d'évolutivité des méthodes et des conceptions. Il est la preuve formalisée de l'adhésion de la structure à une évolution qualitative de ses prestations.

Il prend en compte :

- les besoins relatifs à la santé
- les besoins relatifs à l'état de dépendance physique et mentale

Il implique l'ensemble des acteurs de l'établissement (personnels soignants, médico-sociaux, techniques et administratifs).

Les grands chapitres traitent :

- Des transmissions entre acteurs des soins : optimiser la coordination et la circulation de l'information au sein de l'équipe soignante dans le respect de la confidentialité.
- De la prise en charge de la douleur : évaluation par des grilles adaptées à l'état cognitif des résidents et évaluation de la souffrance psychologique.
- De la prise en charge et de l'évaluation de l'état nutritif
- De la prévention des escarres
- De la prise en charge de la fin de vie et des soins palliatifs
- Du circuit du médicament

Le groupe de travail sur le projet de soins s'est réuni :

- le 18 février 2014
- le 03 mars 2014 pour aborder le sujet des transmissions
- le 18 mars 2014 pour parler des soins palliatifs et de la douleur
- le 02 avril 2014 pour préparer des protocoles sur la dénutrition et sur la douleur
- le 10 avril 2014 pour parler de la prévention et des soins des escarres
- le 15 avril 2014 pour parler du circuit du médicament et de la mise en place d'une unité d'accueil pour les adultes handicapés vieillissants.

2. Les transmissions

Le contenu des transmissions doit être présenté de manière cohérente et synthétique.

Elles comportent :

- la présentation du résident dans le cas d'un nouveau résident
- l'état clinique du résident s'il a eu besoin d'une consultation de son médecin traitant (observation, avis et projet médical)



- les modifications de soins, de traitement, de prise en charge sur le plan de l'autonomie (lever, marche, toilette, habillage, continence, alimentation)
- la démarche à suivre ou en cours, un problème en cours (RDV, fiche de suivi alimentaire ou de la douleur)
- les relations et comportements des résidents, leur environnement socio-familial la nécessité de relation d'aide
- des éléments sur le devenir du résident
- Le Projet de vie

Eventuellement des problèmes ou des questions concernant le fonctionnement du secteur peuvent émerger lors des transmissions orales. Ils seront retenus pour faire l'objet d'une réunion spécifique ou être débattus lors des réunions pluridisciplinaires.

Les participants : Il est indispensable qu'il y ait un dynamisme dans les échanges : écoute, vocabulaire adapté et précis, interventions à bon escient.

Les transmissions orales sont nécessaires. Elles ont un rôle informatif, dynamisant et formatif et permettent l'émergence de problèmes de fonctionnement du secteur (équipe, matériel, soins). Elles aident à déterminer les actions prioritaires et l'organisation du travail.

Un protocole relatif à l'organisation des transmissions a été réalisé. Il devra être actualisé en équipe pluridisciplinaire.

Axes de progrès :

Actualisation du protocole relatif à l'organisation des transmissions écrites et orales

3. Prise en charge de la douleur

La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage » I.A.S.P : International Association for the Study of Pain

La souffrance quant à elle est une perturbation globale, psychique et corporelle voire morale. La douleur n'est souvent qu'un élément de la souffrance.

L'amélioration de la prise en charge de la douleur est un objectif majeur pour les établissements sanitaires et médico-sociaux. Il est donc important d'effectuer un repérage précoce des signes de douleur et de rechercher l'existence d'un syndrome douloureux dans les 48h après l'admission et de le réévaluer régulièrement.



La douleur chez la personne âgée peut avoir des répercussions sur l'autonomie, l'aggravation des handicaps, le repli sur soi, l'anxiété, la dénutrition, les troubles du sommeil ...

Les soignants estiment que la douleur est bien prise en charge dans l'établissement. Les médecins sont bien réceptifs aux remarques faites sur ce sujet.

Pour améliorer nos pratiques l'évaluation de la douleur doit être faite systématique chez tous les résidents sous antalgique. La fréquence des évaluations sera variable au cas par cas (aggravation ? stabilisation ? régression ?). Nous avons choisi, lors d'une réunion d'information menée par le médecin coordonnateur, d'utiliser la grille ECPA pour les personnes ayant des troubles cognitifs et l'échelle analogique chez les personnes cohérentes et lucides.

Tous changements de comportement tel que l'agressivité, la nervosité exacerbée ou au contraire la prostration doit nous alarmer et faire l'objet d'une évaluation.

En fonction des évaluations il y aura lieu de faire un protocole de traitement individualisé en sachant que la réactivité aux drogues est très variable d'un individu à l'autre et que la prescription est MEDICALE (nécessité d'une présence médicale pour une modification quelconque)

Axes de progrès :

Pouvoir tracer l'évolution de la douleur chez un résident (évaluation à l'entrée, évaluation lors d'un traitement...)

Rédaction d'un protocole sur la prise en charge de la douleur

4. Les soins palliatifs

Nous devons dans notre réflexion sur le projet de soins palliatifs être capable de répondre aux besoins des résidents de leur famille et/ou proches et aux besoins des professionnels.

Les résidents ont la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger leurs directives anticipées à tout moment.

Concernant les familles, un accompagnement et des explications sont souvent nécessaires. Celles-ci peuvent être faites par le médecin coordonnateur. L'établissement propose aux familles de rester dormir sur place. Un lit d'appoint et des repas sont proposés.

L'établissement dispose de quelques chambres doubles, ce qui peut parfois créer des difficultés vis-à-vis de l'intimité des familles et du second résident accueilli. Nous avons à disposition des paravents.

Pour les soignants, la question est posée de savoir s'il faut organiser des groupes de parole à la suite de décès difficiles. Il est vrai que parfois la présence d'un psychologue extérieur à l'établissement pourrait être nécessaire.



Nous avons une convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs. Nous avons sollicité son aide pour la prise en charge de la douleur dans les situations particulièrement délicates.

Certaines infirmières et aides-soignantes de l'établissement souhaiteraient faire un DU de soins palliatifs.

La prise en charge des résidents en fin de vie doit se faire dans le respect de ses habitudes de vie, de sa spiritualité et de ses souhaits. C'est une approche globale. Elle implique un travail d'équipe pluridisciplinaire où **la réflexion éthique est à la source de toute décision** (que faire lorsqu'il n'y a plus rien à faire ?)

La rédaction d'un protocole de soins palliatifs est à prévoir.

La prise en charge peut généralement se faire en EHPAD mais dans certains cas il peut être nécessaire d'avoir recours à l'aide d'une unité mobile de soins palliatifs.

Axes de progrès :

Rédaction d'un protocole de soins palliatifs

Former 1 IDE et 1 AS au DU Soins palliatifs

Réactivation de la convention avec l'EADSP

Elaboration d'une convention avec l'HAD

Développer des actions de formation en lien avec les soins palliatifs en interne

Inciter les résidents à formuler leurs directives anticipées

5. Projet Alzheimer

a. Les résidents

L'unité « Jardin fleuri » peut accueillir 13 résidents souffrant de démence de type Alzheimer et maladie apparentées parfois compliquées de symptômes psycho comportementaux.

b. Les ressources humaines

Effectif affecté à l'UPAD : 1 AMP, 3 AS et 4 ASHQ

Organisation de l'unité : 2 agents le matin et 2 agents l'après-midi, du lundi au dimanche. Dans la mesure du possible, un agent est positionné en permanence dans l'unité la nuit.

Une infirmière référente de l'unité prend part aux réflexions par rapport à l'organisation du service et à la prise en soin des résidents ainsi qu'à l'élaboration des projets de vie en collaboration avec la psychologue.

c. Le cadre de vie

L'UPAD garantit un environnement sécurisé avec des repères.

Il se compose :

- d'une grande pièce à vivre, où les résidents prennent les repas, participent aux activités de la vie quotidienne et aux animations proposées,



- d'un espace détente avec un poste de TV,
- d'une salle de détente avec table de massage, petit salon et table pour recevoir à déjeuner les familles,
- de deux couloirs desservant les chambres. Chaque porte de chambre se différencie avec la photo du résident et par des décorations suivant la période de l'année.
- d'un vaste jardin sécurisé avec terrasse et poulailler

En outre, les résidents accueillis à l'UPAD profitent des locaux de vie collective de l'établissement à diverses occasions (animations festives, ateliers divers, coiffeur, sorties avec le minibus, etc...).

d. Participation des familles

Les familles viennent régulièrement rendre visite à leurs proches, participent aux animations et ont la possibilité de déjeuner avec leurs proches, dans un salon « à l'écart » s'ils le souhaitent.

e. Projet de soins spécifiques

➤ *Les projets de vie individualisés :*

Il existe actuellement une grande hétérogénéité entre les différents résidents présents sur l'UPAD. Pour cette raison les projets de vie tiennent une place importante dans la prise en soins des personnes pour proposer des activités qui aient du sens.

Nous souhaitons préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique et psychique des personnes, les objectifs posés en équipes pluridisciplinaire et en présence d'un membre de la famille vont dans ce sens.

C'est pour cette raison que nous avons déjà travaillé en équipe (soignants de l'UPAD, psychologue, diététicien, et infirmière) sur le repas thérapeutique et sur l'animation.

➤ *Le repas thérapeutique :*

Il s'inscrit dans un projet de soin individuel, sur une écoute attentive du résident et/ou de sa famille, sur l'analyse de ces données et sur l'identification des problèmes qui se posent à lui. Il permet d'aller dans une direction définie mais non enfermante, direction qui comprend des aspects comportementaux, éventuellement diététiques, et surtout relationnels.

Il est défini par un cadre de soin souple qui permet au soignant comme au soigné d'inventer et de partager autour du repas.

Enfin, son effet doit être évalué oralement et par écrit et donner lieu à une réflexion individuelle et collective qui prenne en compte les différents aspects de ce soin.

Pour cela l'équipe choisit d'installer les résidents sur une grande table, de leur donner des responsabilités selon leurs capacités, de privilégier l'autonomie et l'entraide entre résidents en leur proposant si besoin un accompagnement. Ce qui permet de réapprendre par la préparation des repas les gestes simples d'autrefois et de travailler la mémoire et la coordination des gestes.

Les résidents doivent pouvoir se restaurer quand bon leur semble, y compris la nuit.



➤ **Animation :**

Il est proposé de créer un planning d'animation ou apparaîtront les thématiques abordées lors des repas thérapeutiques. Un jeudi par mois les résidents iront faire le marché avec un agent et la psychologue, ils pourront ainsi réaliser une partie du repas.

La salle de détente doit permettre des activités adaptées la nuit.

Axes de progrès :

Mener une réflexion sur le refus de soins, le refus de la toilette, le refus du repas, de l'hydratation.

Rédaction d'un protocole sur la toilette

Rédaction d'un protocole sur le coucher

Rédaction d'un protocole sur les arts thérapeutiques

Elaboration d'un planning d'animation hebdomadaire

6. Projet PHV (Personnes Handicapées Vieillissantes)

Notre projet PHV prend la forme d'un espace dédié (cf projet architectural) au sein de l'EHPAD. Il devra faire partie intégrante de l'établissement, il nous permettra d'organiser des prestations spécifiques tout en gardant un réel contact avec les résidents de l'EHPAD.

Nous devons nous engager à proposer un projet de vie individualisé permettant de:

– garantir la continuité de la prise en charge socio-éducative, médicale et/ou paramédicale adaptée à la personne,

– mettre en place des animations propres à répondre aux besoins spécifiques de ce public et assurer la continuité des activités occupationnelles,

– éviter le processus de désocialisation et préserver les liens avec l'entourage familial et amical.

Cet espace doit répondre aux besoins et aux souhaits de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées accueillies au sein de l'EHPAD en accord avec leur projet de vie individualisé. Elles devront bénéficier des mêmes services que les personnes âgées en ce qui concerne les prestations d'hébergement et certaines animations.

Par ailleurs, des activités occupationnelles particulières leur seront proposées en journée. A cet effet, un espace spécifique sera prévu (cuisine thérapeutique, espace détente/jeu, parcours extérieur sécurisé ...)

Ces activités devront être de nature à promouvoir l'autonomie de la personne, favoriser le maintien des liens familiaux, sociaux et intergénérationnels.

Pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes accueillies au sein de l'EHPAD, cet espace devra bénéficier d'un personnel spécifique adapté à la prise en charge et à l'accompagnement du handicap (création de 2 postes d'AMP et personnel volontaire).

Ce secteur spécifique aura une capacité de 15 places pour les personnes de - de 60 ans et PHV de + de 60 ans.

Axes de progrès :

Ce projet est en cours d'écriture. Il viendra compléter le projet d'établissement courant 2015.



7. Projet nutrition/escarres

a. Evaluation et suivi de l'état nutritionnel des résidents

A l'arrivée du résident au sein de l'établissement, un recueil de données est réalisé : il indique l'éventuel régime prescrit, la texture adaptée au besoin, les allergies alimentaires, ainsi que les dégoûts possibles. Ces données sont consignées dans un tableau de bord.

Les résidents sont également pesés, puis en routine une fois par mois. L'IMC (Indice de Masse Corporel calculé à l'aide la formule Poids (kg) / Taille ² (en m), il définit le statut pondéral : maigre, normo-pondéré, surpoids, obésité) n'est pas calculé, car les tailles des résidents sont inconnues. Les variations de l'IMC font partie des marqueurs possibles de la dénutrition, et permet donc de diagnostiquer cette dernière.

Lorsqu'une perte de poids ou d'IMC, une baisse de l'appétit, une diminution des capacités masticatoires nécessitant une modification de texture des aliments sont constatées, ces éléments et les actions consécutives sont notifiés dans des transmissions ciblées « diététicienne » intitulées « suivi nutritionnel » afin de constituer un ensemble de données faisant office de « dossier diététique individuel ».

Axes de progrès :

Calcul systématique de l'IMC des résidents

b. La dénutrition

Un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition a été rédigé. Il est maintenant nécessaire de l'intégrer dans les pratiques de l'établissement. Pour cela, il est envisagé de prévoir une fois par an, une session de « formation » afin dans un premier temps, de diffuser ce protocole, puis par la suite de régulièrement mettre à jour les connaissances et bonnes pratiques concernant la dénutrition.

A ce sujet, il est prévu d'associer une « animation/dégustation » des compléments nutritionnels oraux assurée par la représentante du laboratoire fournisseur, dans le but de mieux connaître ces produits, de les goûter et ainsi de les proposer de façon la plus adaptée possible aux résidents.

Les compléments hyper-protéinés / hypercaloriques utilisés au sein de l'établissement :

Les boissons lactées aromatisées en bouteille de 200 ml (neutre, chocolat, cappuccino, pêche-abricot, vanille) apportant 400kcal et 20g de protéines.

Les boissons fruitées en bouteille de 200 ml (orange, ananas, pomme, cassis, cerise) apportant 300kcal et 8g de protéines.

Les crèmes en pot de 125g (vanille, cappuccino, chocolat, fraise des bois, praliné) apportant 250kcal et 12.5g de protéines.

Axes de progrès :

Réunion annuelle « Prise en charge de la dénutrition » à mettre en place



c. Atelier de mise en situation « L'aide à la prise des repas »

Au cours de l'année 2014, 4 ateliers de mise en situation sur la thématique de « L'aide à la prise des repas » ont été proposés au personnel, animés conjointement par la diététicienne et la psychologue. Ils s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue des pratiques.

Les objectifs étant de « prendre du recul » sur les pratiques au quotidien c'est à dire :

- Revoir certains termes employés : « grande serviette » vs « bavoir »,
- Le service de l'assiette : éviter le mélange systématique de la viande et de l'accompagnement qui altère les goûts, et nommer les plats afin d'entretenir la mémoire des saveurs,

La posture du soignant vis-à-vis du résident : à la hauteur du résident et dans son champ de vision de préférence.

Les couverts : adapter le choix des couverts aux capacités du résident, conserver au maximum la fourchette, sinon préférer la petite cuillère à la cuillère à soupe qui apporte une quantité importante d'aliments ; rincer ou changer les couverts afin d'éviter les restes de nourriture (de l'entrée jusqu'au dessert),

L'environnement/l'ambiance des repas : instaurer un environnement calme, et propice à l'échange avec le résident,

L'aide pour boire : commencer le repas par un peu d'eau pour stimuler l'appareil digestif, puis au minimum entre chaque plats et à la fin du repas afin qu'il n'y ait pas de restes alimentaires dans la bouche.

L'atelier a aussi pour objectif important d'apporter les connaissances nécessaires pour comprendre le mécanisme de déglutition afin de mieux appréhender les risques de fausse route, et ainsi adapter les positions du résident dans les assises.

Ces ateliers ont vocation à être pérennisés.

Axes de progrès :

Pérenniser les ateliers de sensibilisation à « L'aide à la prise des repas »

d. Formation « la prévention des risques liés aux troubles de la déglutition »

Formation d'une journée proposée par le Centre de Rééducation Fonctionnelle « Le Clos Saint Victor », ayant pour objectif de connaître et appréhender les risques liés aux troubles de la déglutition et maîtriser les conduites à tenir pour assurer la sécurité des patients. Le contenu de la formation aborde les aspects théoriques de la déglutition, des troubles de la déglutition (épidémiologie, causes, facteurs aggravants, conséquences), la prévention des fausses routes, l'identification des signes annonciateurs, les textures adaptées, le travail pluridisciplinaire.

La formation est destinée à l'ensemble de l'équipe (IDE, AS, ASH, cuisiniers).

Axes de progrès :

Former plusieurs agents à la prévention des risques liés à la déglutition (IDE, AS, ASHQ, Cuisiniers)



e. La fin de vie et le refus de manger

Le refus alimentaire chez la personne âgée en fin de vie est un sujet de préoccupation et de grand intérêt pour l'équipe soignante.

Les représentations symboliques de chacun vis-à-vis de l'alimentation sont des éléments très forts à prendre en considération. Cela nécessite une réflexion collégiale, de mener un travail de groupe sur les attitudes à adopter face au refus alimentaire, et les bonnes pratiques à mettre en place. Notamment, il est primordial d'aborder les notions : « il va mourir de faim, il va mourir de soif » en présentant les facteurs physiologiques reconnus qui infirment ces idées.

Egalement, la prise en soins doit être adaptée, les soignants qui n'alimentent et/ou n'hydratent plus le résident ne sont pas en « défaut de soins », la prise en charge est simplement réorientée afin d'assurer le confort ultime de la personne, spécialement la prise en charge de la douleur, les soins de bouche, et les soins corporels (tenue, coiffure).

Par ailleurs, les proches doivent être associés à cette démarche, en s'assurant de leur compréhension pleine et entière.

Axes de progrès :

Une information est donc à mener pour l'ensemble de l'équipe (équipe soignante, médecins traitants) par le Médecin Coordonnateur, la Psychologue, la Diététicienne. La forme restera à définir.

f. La prévention des escarres

➤ Définitions et généralités

L'escarre, selon le « National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP » est une lésion « d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses ».

Il existe des recommandations claires en matière de prévention. Les zones à risque sont bien connues mais il faut faire attention aux appuis atypiques.

Identification des résidents à risque

Utilisation de l'échelle de Norton

Recommandation pour la prévention

- lutter contre la dénutrition (cf. chapitre nutrition)

- lutter contre la déshydratation

- maintenir une hygiène parfaite des téguments

- surveiller et masser les points d'appui

- agir sur la mobilisation : mettre au fauteuil quand cela est possible ou sinon changer les positions

- utiliser précocement du matériel anti-escarres et en particulier le matelas, les coussins de décharge

Axes de progrès :

Rédaction du protocole « Prévention des escarres »



8. Le circuit du médicament

La sécurisation du circuit du médicament apparaît comme un enjeu important. Il s'agit de développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Dans les EHPAD, le circuit du médicament est complexe. Il fait intervenir un grand nombre de professionnels : médecins, pharmaciens, infirmières et aides-soignants pour l'aide à la prise des médicaments. La sécurisation de ce circuit relève donc d'une démarche pluridisciplinaire.

Constat :

- La prescription

Points forts :

Nous avons dans notre établissement un suivi régulier des médecins traitants, les prescriptions sont à jour sur des ordonnances papiers.

Le pharmacien de l'officine de ville livre les médicaments une fois par jour dans des sachets nominatifs à partir des ordonnances originales.

Points à améliorer :

Il y a retranscription des prescriptions sur des fiches traitements

- Le stockage des médicaments

Point Fort :

Les médicaments sont stockés dans une pièce identifiée et fermée à clé.

- Préparation des doses à administrer

Points forts :

Les piluliers sont préparés pour la semaine par une IDE. La préparation se fait dans la pièce de stockage.

Point à améliorer :

Il n'y a pas de traçabilité. La préparation se fait à partir des fiches médicaments retranscrites.

- Distribution/administration

Point fort :

La distribution du midi est faite par une IDE

Point à améliorer :

Il n'y a pas de traçabilité.



La distribution du matin est faite par un(e) Aide-soignant(e) ou un agent de service Hospitalier. Les traitements par goutte du matin et du coucher sont reconstitués et donnés par un(e) aide-soignant(e) ou un agent de service hospitalier.

Plan d'action

Ecriture d'un protocole circuit du médicament

Traçabilité pour la préparation et la distribution et dispensation sur logiciel de soins

Préparation du traitement par gouttes assurée par une IDE.

Axes de progrès :

Rédaction de la procédure « Sécurisation du circuit du médicament »