

Annexe 3

PROJET DE SOINS

Projet de soins

Préambule :

S'appuyant sur les besoins identifiés lors du changement de statut de l' Unité de Soins de Longue Durée (convention tripartite), les propositions d'amélioration prises en compte dans le présent projet de soins découlent de l'autoévaluation menée par les équipes, selon la grille « ANGELIQUE ».

Il prend en compte l'acquisition prochaine de nouveaux matériels, notamment des lits électriques à hauteur variable dans toutes les chambres, et l'arrivée de nouveaux agents : IDE, AS, ASH, animateur et psychologue.

Le projet de soins :

Le projet de soins est un document consensuel auquel adhèrent tous les acteurs du soin gériatrique de l'établissement.

Il sert de référence à la réflexion soignante en terme d'évolutivité des méthodes et des conceptions (prises en charges spécifiques, sectorisation des soins).

Il est la preuve formalisée de l'adhésion de la structure à une évolution qualitative de ses prestations.

Le projet de soins doit être adapté à l'évolution des E.H.P.A.D. et prendre en compte :

- les besoins relatifs à l'état de santé
- les besoins relatifs à l'état de dépendance (physique, mentale, sociale)
- le potentiel adjuvant que peut apporter l'ensemble des services généraux de l'établissement.

Le projet de soins, qui suppose une dynamique impliquant l'ensemble des acteurs de l'établissement (soignants, administratifs et techniques), rejoint et complète le projet de vie mis en place dans la structure.

La dignité des soins, leur confidentialité, l'information du patient et de sa famille ainsi que le consentement éclairé aux thérapeutiques sont au cœur de la réflexion soignante.

Les axes du projet de soins doivent tenir compte de la globalité du soin gériatrique, et être adaptés à la typologie de la clientèle des E.H.P.A.D, en sachant que celle-ci est susceptible d'évoluer dans le temps.

En conséquence, les grands chapitres traitent de :

1. la prévention

- a) sensorielle
- b) des troubles nutritionnels
- c) des escarres et de la régression locomotrice
- d) des anomalies d'élimination urinaire et fécale
- e) des chutes
- f) de la douleur
- g) vaccinale et nosocomiale
- h) de l'isolement relationnel (personnel, familial, social) et de ses conséquences psychologiques
- i) de la maltraitance

2. l'accès aux soins des résidents, la continuité des soins et l'urgence médicale

3. l'organisation des soins, qui concerne :

- . les médecins
- . l'équipe soignante
- . la fourniture des médicaments et les diverses dépenses de santé
- . les protocoles et les outils de transmission, de traçabilité et d'évaluation des soins
- . le travail en réseau avec les structures de coordination et les établissements référents

4. la formation initiale et continue de tous les acteurs du soin gériatrique

1. LA PREVENTION.

Au fur et à mesure de l'avancée en âge, la notion de fragilité émerge et fait de la prévention, dans une structure médico-sociale, un axe privilégié du projet de soins.

a. La prévention sensorielle :

Les aides oculaires et auditives sont souvent négligées par les personnes âgées dépendantes et par leur entourage (particulièrement lorsqu'elles souffrent de troubles centraux déficitaires), alors que lunettes et audioprothèses sont essentielles au maintien de la vie relationnelle et personnelle.

Pour prévenir ces troubles, le besoin, l'actualisation et la bonne utilisation des aides sensorielles figurent au dossier de soins infirmiers, font l'objet d'une évaluation d'équipe, et sont répercutés auprès de la famille.

b. La prévention des troubles nutritionnels :

Une réflexion récurrente sur les besoins nutritionnels et sur la présentation des repas est menée avec l'ensemble des agents de l'établissement, pour promouvoir le rôle central de l'alimentation (solide et liquide) en terme de convivialité mais aussi en terme de prévention (dénutrition, déshydratation, escarres, grabatisation, infections, troubles du transit, confusion mentale, chutes, fractures).

Les préconisations du CLAN, mis en place au Centre Hospitalier Bernard Desplas, s'appliquent en E.H.P.A.D., qui dispose de temps de diététicienne. Les résidents sont régulièrement pesés et une fiche d'alimentation est établie si besoin. Les régimes prescrits médicalement sont appliqués et codifiés par des protocoles.

c. La prévention des escarres et de la régression locomotrice :

L'ensemble des agents (de soins et d'animation) veille à la mobilité des résidents, et les projets spécifiques de stimulation sont, si besoin, élaborés en équipe, formalisés et évalués.

Un kinésithérapeute intervient dans l'établissement.

Le choix de matériel adapté (lits, matelas, coussins, aides techniques...) fait l'objet d'une réflexion d'équipe.

Un effort particulier est fait sur le plan des apports protéino-énergétiques, centré sur les travaux du CLAN.

d. La prévention des anomalies d'élimination urinaire et fécale :

Toutes les actions susceptibles de favoriser la continence sont mises en œuvre, en particulier : faciliter le repérage et l'accès aux toilettes, éviter les « couches d'accueil », favoriser la continence conduite et lutter contre la constipation ...

L'état du transit digestif est mentionné sur le diagramme d'actions de soins.

e. La prévention des chutes :

La prévention des chutes ne passe pas par la contention des résidents, et une certaine acceptation du risque de chute fait partie du projet de maintien de l'autonomie locomotrice.

Toutefois, une particulière importance est apportée à la prévention des chutes, grosses pourvoyeuses de dépendance. La réflexion est menée dans le cadre de l'amélioration qualitative des prestations de l'établissement, en lien avec la cellule qualité.

Une analyse concernant les risques et les moyens d'y remédier est mise en place : elle concerne tous les agents de l'établissement, mais aussi les familles et les tuteurs des résidents.

f. La prévention de la douleur :

L'établissement est à l'écoute de la souffrance physique et morale des résidents :

- une grille adaptée aux déficiences de verbalisation (E.C.S.) ainsi qu'une échelle analogique figurent parmi les protocoles. L'évaluation et le suivi sont faits en équipe et transmis au médecin.
- l'E.H.P.A.D. bénéficie de l'appui du CLUD, mis en place au Centre hospitalier Bernard Desplas et de l'U.M.S.P., par convention.
- une convention est passée avec le secteur psychiatrique pour tout ce qui concerne la souffrance psychologique.

g. La prévention vaccinale et nosocomiale :

La vaccination contre la grippe, le tétanos et le pneumocoque est effectuée, en l'absence de contre-indication :

- La vaccination antigrippale, gratuite pour la plupart des résidents, est effectuée sur prescription du médecin par les infirmières de l'institution, entre le 15 octobre et le 15 novembre de chaque année.
- Le vaccin antitétanique peut être fait séparément ou associé au vaccin antigrippal.
- Le vaccin contre le pneumocoque se fait tous les cinq ans, sur prescription du médecin.

Les dates de vaccination figurent sur le dossier de soins.

En outre, et conformément aux directives départementales, les patients admis en E.H.P.A.D. doivent, à l'entrée, produire les résultats d'une I.D.R. à la tuberculine et d'une radiographie pulmonaire récente.

Des protocoles d'hygiène adaptés au risque de transmission infectieuse sont formalisés (protocoles CLIN).

Des formations à l'hygiène et des évaluations périodiques des pratiques sont mises en place.

h. La prévention de l'isolement relationnel (personnel, familial, social) et de ses conséquences psychologiques :

Les mesures concernant la place de l'alimentation, de la locomotion, de l'entretien sensoriel, du bien être physique et mental contribuent à prévenir l'isolement et ses conséquences délétères.

La mise en place d'un animateur formé, figurant dans la demande de convention tripartite, ainsi que le recours, par convention, au secteur psychiatrique, doit permettre d'améliorer le bien-être psycho-affectif des résidents.

L'accueil des familles, l'animation et le projet de vie en général, ainsi que l'inscription de l'établissement dans un réseau médico-social coordonné contribuent à préserver le pouvoir décisionnel et les liens personnels des résidents.

Le recours à une protection juridique, lorsque cela est nécessaire, permet aux résidents de préserver leurs intérêts et de rester en contact avec les réalités sociales.

i. La prévention de la maltraitance :

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

Elle est prise en compte 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).

Le cas particulier de la contention (parfois nécessaire, parfois mal traitante) est évalué en équipe, et répond à un justificatif médical et à une prescription.

j. L'accompagnement de la fin de vie :

L'accompagnement des résidents en fin de vie et de leur famille est une préoccupation de l'E.H.P.A.D.

Dans cette optique, des formations spécifiques sont impulsées, des agents participent aux groupes de travail « accompagnement en fin de vie » et « prise en charge décès », des outils d'évaluation existent et l'U.M.S.P. et le secteur psychiatrique interviennent.

Le Pôle gérontologique a recours, si besoin, aux lits dédiés du service de médecine.

2. ACCES DES RESIDENTS AUX SOINS, CONTINUITE DES SOINS ET URGENCES MEDICALES

Le projet de soins garantit à chaque résident la prise en compte de sa dépendance et l'accès à des soins de qualité.

Les soins médicaux sont effectués par un médecin de l'établissement, qui prend spécifiquement en charge l'E.H.P.A.D. Village, Soins, et Jardin (option de la convention tripartite).

Les prestations d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes libéraux, transports sanitaires...*decret 99-316 du 26 avril 1999*) ne sont pas comprises dans le forfait tarifaire de l'établissement, et sont facturées au résident ou à son représentant légal -Elles donnent lieu à l'établissement d'une feuille de soins, et sont remboursées par les caisses d'assurance maladie et les mutuelles aux conditions habituelles.

La liste nominative des intervenants et des établissements (hors urgence) choisis par le résident figure sur la fiche d'entrée en E.H.P.A.D.

Les médicaments prescrits sont fournis par l'établissement et compris dans le forfait tarifaire. La liste des spécialités disponibles, révisée chaque année, est la même qu'au Centre Hospitalier Bernard Desplas.

La continuité des soins est assurée par l'équipe soignante de l'établissement : praticien hospitalier, cadre infirmier, I.D.E., aides soignantes, aides médico-psychologiques. L'E.H.P.A.D. Village, Soins, Jardin bénéficie du service d'astreintes médicales, 24 h / 24, du Centre Hospitalier Bernard Desplas.

En cas d'urgence il est fait appel au médecin du service, pendant les heures ouvrables, sinon au praticien d'astreinte.

Les premiers soins sont donnés sur place par les soignants présents, un chariot « urgence » étant disponible à cet effet. Ensuite, selon le cas, la prise en charge est assurée sur place ou le résident est transféré dans une structure appropriée.

3. ORGANISATION DES SOINS.

3.a - praticien hospitalier coordonnateur :

Contrairement aux autres unités d'hébergement du Centre Hospitalier Bernard Desplas, les unités Village, Soins et Jardin disposent d'un praticien hospitalier, salarié par l'établissement, qui assure les soins médicaux et la coordination avec les autres intervenants (spécialistes, biologistes, radiologues, kinésithérapeutes etc.).

Le rôle de ce praticien, qualifié en gériatrie, consiste à :

- veiller à ce que les besoins des résidents correspondent aux possibilités de l'E.H.P.A.D., et que ceux-ci soient accueillis ou transférés, en cours de séjour, dans l'unité adéquate.
- élaborer le projet de soin
- assurer la prise en charge médicale
- veiller à la permanence des soins
- participer à l'évaluation des soins
- former les agents à la gérontologie
- établir un rapport annuel d'activité médicale
- développer les complémentarités entre la structure et les autres acteurs du soin médical ou médico-social.

3.b - dispensation médicamenteuse:

L'E.H.P.A.D. de Bourgneuf dispose de la pharmacie hospitalière, et utilise la dispensation nominative selon le protocole de l'établissement.

Le pharmacien délivre les ordonnances prescrites, à partir d'une liste de médicaments (spécialités ou génériques) établie chaque année par une commission du médicament, commune à l'ensemble du Centre Hospitalier Bernard Desplas.

3.c - réalisation des soins prescrits :

Les soins prescrits sont effectués par l'équipe soignante, pilotée par le Cadre de santé.

L'I.D.E. anime l'équipe, veille à l'implication des agents, choisit des référents pour les objectifs déterminés et veille à ce que la lisibilité des actions entreprises soit claire, de façon à en faciliter l'évaluation.

Les transmissions entre membres de l'équipe soignante relèvent, comme pour les médecins, du secret médical vis à vis de l'extérieur, et du secret partagé en interne.

3. d - les outils mis en œuvre :

Le dossier médical : accessible au résident, ou à son représentant légal, qui peut être amené à en demander des extraits, il est transversal à toutes les unités du Centre Hospitalier Bernard Desplas.

Il contient les données ayant trait à la dépendance (grille AGGIR / ARGOS), aux antécédents, aux troubles actuels (observation médicale, grille PATHOS) et aux moyens mis en œuvre pour y remédier.

Il garde trace de la demande d'admission en E.H.P.A.D., de la fiche d'entrée, des principaux événements pathologiques, des examens complémentaires, des diagrammes d'action de soins et des protocoles particuliers, ainsi que des avis spécialisés.

Il doit pouvoir renseigner valablement et rapidement un médecin intervenant dans l'urgence.

Actuellement sous forme papier, il est susceptible d'être, un jour, informatisé.

Le dossier de soins mentionne la liste quotidienne des médicaments, des injections et des soins locaux. Il se présente actuellement sur support papier relayé, en salle de soins, par un tableau mural synoptique.

Il porte trace des transmissions et, s'il y a lieu, des diagnostics infirmiers et des projets personnalisés.

Les protocoles de soins, préventifs et curatifs, destinés aux différentes catégories d'agents, sont disposés au plus près des lieux d'utilisation. Ils peuvent même, dans certains cas, être apposés dans la chambre des résidents faisant l'objet d'un projet particulier.

Parmi les protocoles, le projet « escarres » élaboré par le groupe de travail interne au Centre Hospitalier Bernard Desplas est appliqué, afin d'assurer une pratique commune et transversale à l'établissement.

les transmissions, médicales, infirmières et d'équipe en général se font sur des outils spécifiques, s'intégrant dans le Dossier de soins du Centre Hospitalier Bernard Desplas. Les événements importants sont reportés sur le dossier infirmier ou médical, selon le cas, afin d'assurer le suivi longitudinal. Une démarche de transmissions ciblées est engagée.

Des transmissions orales ont chaque jour au changement d'équipes.

une réunion hebdomadaire, de synthèse, réunit l'équipe soignante, au cours de laquelle les projets spécifiques sont élaborés, le suivi assuré et les résultats évalués.

3.e - le soutien d'équipe :

Le travail en milieu gériatrique, parmi des résidents présentant des affections chroniques, des situations palliatives et des troubles cognitifs sévères, entraîne une pénibilité susceptible d'influer sur les équipes. Celles-ci, qui peuvent l'exprimer au cours du staff hebdomadaire, trouvent du soutien au sein de l'UMSP, présente une fois par semaine dans l'établissement.

3.f - le travail en réseau avec les structures de coordination et les établissements référents :

L'E.H.P.A.D. s'inscrit dans le réseau gérontologique mis en place par le Centre Hospitalier de Bourgneuf, qui assure la liaison entre le domicile et les établissements de soins et d'hébergement.

Les admissions en E.H.P.A.D., ainsi que les changements d'unité (hors urgence), sont planifiés par le Pôle gérontologique. Celui-ci peut être amené à signaler au résident ou à son entourage que l'aggravation de l'état de santé n'est plus compatible, momentanément ou définitivement, avec l'offre de soins de telle ou telle unité.

L'E.H.P.A.D. bénéficie des conventions passées par le Centre Hospitalier Bernard Desplas avec le secteur psychiatrique, l'U.M.S.P. et les différents spécialistes assurant des consultations sur place.

Il doit, cependant, être clairement établi qu'un E.H.P.A.D. n'est pas un établissement sanitaire, et que les résidents dont la prise en charge médicale devient insuffisante doivent être transférés vers l'établissement adéquat, librement choisi, dans toute la mesure du possible, par le résident ou son entourage.

4. FORMATION INITIALE ET CONTINUE

La réforme de la tarification et le passage en E.H.P.A.D. fournit l'occasion d'accroître le nombre et la qualification des agents de l'établissement, en particulier dans le domaine de la dépendance.

En plus de la formation interne confiée aux médecins ou cadres de santé du Centre Hospitalier Bernard Desplas, tous les agents bénéficient d'un plan de formation orienté vers la prise en charge gérontologique, et allant dans le sens de la démarche qualité et de l'accréditation.

Évolutivité du projet de soins :

Le projet de soins est un outil tendant à adapter les moyens aux besoins. Il est donc susceptible d'évoluer dans le temps si les besoins ou les moyens changent. Toute modification sera transmise aux organismes tutélaires.

RECAPITULATIF SYNOPTIQUE :

OBJECTIFS

MOYENS

- | | |
|--|--|
| <p>1. protéger, maintenir, restaurer, promouvoir la santé des résidents.</p> <p>faire de la prévention une préoccupation majeure (sensorielle, nutritionnelle, locomotrice, des chutes, de la douleur, vaccinale, de la maltraitance).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • mise en place d'un suivi médical régulier adapté à l'état de santé du résident. • programmation des RDV médicaux et kiné. • élaboration de protocoles validés médicalement. • mise en pratique de la démarche de soins. • suivi des projets de soins individuels. • réunion hebdomadaire de l'équipe soignante, en présence du cadre infirmier et du médecin. |
| <p>2. prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des résidents et y porter remède.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • démarche de soins, réflexion d'équipe • élaboration d'un protocole de prise en charge de la douleur. • U.M.S.P. et IDE psychiatrique. |
| <p>3. recueillir des informations utiles aux diagnostics médicaux et infirmiers.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • dossier médical et dossier de soins. • transmissions orales et écrites (aller vers des transmissions ciblées) |
| <p>4. participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • utilisation de la grille AGGIR, et surveillance de l'évolution de la dépendance. informatisation du recueil de données : A.R.G.O.S.S. et PATHOS. |
| <p>5. appliquer les prescriptions médicales et les protocoles.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • dossier de soins. • diagrammes d'action de soins. • planification murale. |
| <p>6. assurer la surveillance clinique des patients et la mise en oeuvre des thérapeutiques.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • passage médical quotidien. • diagnostic infirmier. • travail étroit médecin/soignants. |
| <p>7. favoriser le maintien des liens familiaux et sociaux.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • rôle du Pôle gérontologie et du Cadre infirmier. • Information de l'entourage de tout changement notable dans l'état de santé du résident. • projet de vie. |
| <p>8. accompagner les patients en fin de vie et, si besoin, leur entourage.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • formations spécifiques encouragées • accueil, écoute des familles et volonté de les impliquer dans la prise en charge. • apport de l'U.M.S.P.D. • appel, si besoin, à un intervenant du secteur psychiatrique. |
| <p>9. soutenir les équipes et les agents en difficulté</p> | <ul style="list-style-type: none"> • apport de l'U.M.S.P. • formation • staff hebdomadaire |

Mettre en oeuvre une formation adaptée, ce qui est un moyen transversal s'appliquant à tous les objectifs