

PROJET INSTITUTIONNEL

**Etablissement d'Hébergement
pour Personnes Agées Dépendantes
Résidence Pierre BONHOMME**

46 500 GRAMAT

SOMMAIRE

Présentation de l'établissement.....	Page 3
Bilan de la convention tripartite en 2012	Pages 5
I : Projet d'établissement.....	Pages 7/30
Projet de vie.....	Page 7
Projet d'animation.....	Page 20
Projet de soins.....	Page 22
Projet architectural.....	Page 30
II : Annexes	
- QUALIPASS	
- ANNEXE 2.1	
- ANNEXE 2.3	

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

PREAMBULE

La Résidence Pierre Bonhomme est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes privé régi par une association à but non lucratif qui se situe dans la commune de Gramat, en plein cœur du Causse Quercynois.

SITUATION GEOGRAPHIQUE

La Résidence est située à moins de 300 m du centre de Gramat, en bordure du vieux bourg et dominant la vallée. Elle offre pour chaque chambre une vue particulière sur :

- le jardin de la Mairie côté sud-est
- le Grand Couvent côté sud ouest
- les façades et toitures pittoresques du vieux Gramat

RAPPEL HISTORIQUE

La "Résidence Pierre BONHOMME" a ouvert ses portes en 1960 et bénéficie d'un agrément à l'aide sociale depuis 1967.

Sa mission était d'accueillir des personnes âgées valides et semi valides dépendantes physiques et/ou psychiques.

En 2004, après la signature de la première convention tripartite entre le Président du Conseil Général du Lot et Monsieur le Préfet du Lot, la Résidence est devenue Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes avec une capacité d'accueil de 55 résidents.

Des travaux très importants de rénovation, d'extension et de mises aux normes sécurité ont été réalisés entre 2005 et 2007, favorisant ainsi la création d'une unité Alzheimer d'une capacité de 13 lits en EHPAD (agrément pour 25 places mais nous n'avons pas ouvert la 2^{ème} unité par manque de moyen humain) dont 1 accueil de jour ainsi que trois places en hébergement temporaire, conformément à l'arrêté préfectoral du 14 juin 2007.

Par arrêté du 9 juillet 2012, la place d'accueil de jour est retirée à compter du 1^{er} octobre 2012.

La capacité d'accueil :

Les travaux d'extension et de rénovation terminés en 2007 ont permis d'offrir aux résidents des locaux spacieux, lumineux et des chambres individuelles répondant toutes aux normes recommandées.

La capacité actuelle d'accueil de l'EHPAD est de 84 lits répartie de la façon suivante :

- 13 lits en unité spécifique pour personnes atteintes de troubles cognitifs et troubles du comportement.
- 68 lits d'hébergement non spécifique.
- 3 lits en hébergement temporaire

Evolution de la capacité d'accueil de notre établissement depuis la 1^{ère} signature de nos conventions tripartites

Années	2004	2007	2009	2012
Lits permanents	55	81	81	81
Hébergement temporaire	-	3	3	3
Accueil de jour	-	1	1	-

L'accueil de jour et l'hébergement temporaires n'ont fonctionné effectivement que depuis 2009.

Evolution du niveau d'autonomie et de soins : (GMP et Pathos)

	2004	2007	2009	2012
GMP	578	741	736	756
PATHOS	-	-	142	142

Organigramme de l'établissement :

Composition de l'équipe professionnelle en 2012 :

Personnel	Nombre de salariés effectifs	ETP
Directeur	1	1
Secrétaire	1	1
Comptable	1	1
Animatrice	1	1
Agent technique	1	1
Agents services logistiques	15	14.75
Aides Soignants / AMP	18	18
Infirmières	6	4,65
Cadre de santé	1	0.80
Médecin coordonnateur	1	0,40
Psychologue	1	0,50
Total	47	44.10
Ergothérapeute*	1	0.20
IDE Hygiéniste*	1	0.10

* par convention avec le CSSR de Montfaucon, prestation extérieure.

BILAN DU PROJET 2009 - 2012

Introduction :

La réalisation des objectifs prévus lors de la signature de la première convention n'a été que partielle car :

- d'une part, la rénovation et l'agrandissement de l'établissement ont nécessité une adaptation continue de l'organisation pour le personnel
- d'autre part la 1^{ère} convention a été signée par une directrice qui a passé le relais à une autre, ensuite il y a eu un passage de six mois sans directeur, en 2007 l'arrivée d'un nouveau directeur puis son départ courant 2008, remplacé après une autre vacance de six mois par un nouveau directeur en 2009.

C'est ce dernier qui a présenté le renouvellement de la seconde convention largement inspirée par l'accompagnement de la société Informagora.

Projets réalisés :

1- Améliorer l'accueil du résident :

- élaboration d'un nouveau livret d'accueil et création d'un site internet
- actualisation du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement pour l'hébergement et l'accueil de jour.
- rédaction des procédures de pré admission, d'admission initiée par la cadre de santé avec la recherche, autant que faire se peut, du consentement de la personne âgée.
- mise en place d'un pré projet de vie à la personne et à son entourage afin de proposer une prise en charge adaptée et individualisée (ses préférences et goûts, histoire de vie)
- mise en place du salarié référent.
- mise en place effective de l'accueil temporaire et l'accueil de jour

2- Respecter les droits et libertés du résident :

- affichage de la Charte des droits et Libertés de la Personne Dépendante
- respect de l'intimité (opération « toc toc »)
- réactivation du Conseil à la Vie Sociale qui se réunit deux fois par an.
- création d'un journal pour favoriser l'expression des résidents
- mise en place d'un cahier de réclamation pour les familles et résidents

3- Améliorer le cadre de vie du résident et la restauration :

- rédaction d'un protocole d'entretien des locaux validé par la commission hygiène
- mise en place de la méthode RABC pour le traitement du linge
- réaménagement de la salle à manger, de la salle télé, jardin thérapeutique, terrasse et passerelle.
- acquisition de nappages et rideaux, de mobilier pour les chambres.
- deux chambres d'accueil sont disponibles pour les familles et une salle à manger, un espace famille avec boîte aux lettres, informations diverses et recueil des réunions du CVS
- changement de prestataire de sous-traitance de la restauration.
- mise en place de commission restaurant et des menus, des fiches de dysfonctionnement
- recul de l'heure du souper afin de réduire l'amplitude entre le repas du soir et le petit déjeuner.
- mise en place de gâteaux hyper protéinés une fois par semaine pour le goûter.

4- Améliorer l'animation :

- suivi de l'animation (objectif, déroulement, nombre de participants)
- formalisation par écrit (signature d'une charte) des interventions des bénévoles
- création d'un journal interne
- mise en place de la commission « animation et bien-être de la personne »

5- Améliorer la qualité des soins :

- informatisation de la traçabilité des soins multi-catégorielle
- validation et réactualisation des protocoles existants (accompagnement de fin de vie, déshydratation et dénutrition, prévention ou traitement des escarres, prévention des chutes, contention physique, traitement de la douleur).
- mise en place des toilettes évaluatives et prescrites

6- Renforcer le personnel salarié :

- conformément à la nouvelle convention tripartite 2009-2014 et selon les engagements des financeurs :
 - embauche supplémentaire de 2 Aides Soignantes en 2009
 - augmentation du temps de présence de la psychologue dorénavant à mi-temps depuis 2010
 - mise à disposition d'un ergothérapeute par le CSSR de Montfaucon pour 0.2 ETP en 2011
 - embauche supplémentaire de 2 Aides Soignantes en septembre 2012

7- Optimiser l'intervention du personnel :

- formation du personnel à la méthodologie de soins Gineste-Marescotti®
- poursuite de formation intra-muros (manutention, sécurité incendie...)
- élaboration de fiche de fonction et poste pour tous les salariés
- mise en place des entretiens annuels d'évaluation
- relance de la VAE

8- Développer le travail en réseau :

- élaboration de convention avec le réseau de soins palliatifs ICARE
- convention avec CSSR Montfaucon pour détachement d'un ergothérapeute et un IDE hygiéniste
- inscription dans le plan stratégique régional de Santé de Midi-Pyrénées (participation à l'enquête IQUARE du Gérontopôle de Toulouse, membre du comité territorial du Lot).
- directeur, membre du bureau de l'association des directeurs du Lot (UDEPA 46)
- terrain de stage pour les étudiants (CAE, IFSI...)

PROJET DE VIE

Le projet de vie a été élaboré par le comité de pilotage, il se réfère à la Charte des Droits et Libertés des personnes Agées Dépendantes. Il s'inscrit dans l'évolution permanente de la qualité.

Il crée une dynamique institutionnelle permettant d'accompagner le changement de vie du résident et de garantir une bonne qualité de vie. Il permet aux professionnels de conduire une réflexion autour de la personne accueillie, avec son histoire et sa vie présente.

Le projet de vie se définit donc autour d'une réflexion qui place les besoins de la personne âgée accueillie au centre du travail mené dans l'institution et ce, conformément à la Loi 2002-02.

Pour nous le projet de vie est essentiellement une déclaration d'intentions suivie d'actions faites par l'ensemble des partenaires de l'EHPAD. Il doit assurer la cohérence des actions autour d'une idée commune : un nouveau lieu de vie pour la personne âgée

Ce projet de vie est construit selon plusieurs axes qui se déclinent en actions concrètes et évaluables autour de la mise en œuvre de la bientraitance dans notre institution.

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement. Elle vise à promouvoir, par une personnalisation permanente de la prestation, le bien-être du résident en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. »

(ANESM, *la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 2008)

Parce que la bientraitance est l'interprétation concrète et momentanée d'une série d'exigences, elle se définit dans le croisement et la rencontre des perspectives de toutes les parties en présence.

Cela se traduit par :

- Le résident est co-auteur de son parcours par la personnalisation de son accueil :

Axe 1 : Le pré-accueil du résident

Axe 2 : L'accueil en établissement

- Entendre la parole du résident et respecter sa légitimité :

Axe 3 : Droits et information du résident

Axe 4 : La sécurité physique et morale

- un projet d'accompagnement défini, évalué :

Axe 5 : L'accompagnement

- en cours de vie

- en fin de vie

- les personnes désorientées

Axe 6 : Les prestations hôtelières

Axe 7 : Compétence et sensibilisation des professionnels

Axe 8 : L'intégration de l'établissement dans la vie locale

- L'ouverture à l'évaluation :

Axe global : La démarche qualité

Les objectifs

Satisfaire les besoins des personnes âgées accueillies et de leur entourage

Les besoins essentiels et spécifiques des personnes âgées :

Des besoins physiologiques

- Une alimentation et l'hydratation nécessaires au maintien d'un équilibre de vie.
- Le confort d'un environnement matériel adapté.
- Bénéficier d'une hygiène corporelle personnalisée et évolutive (toilettes prescrites).

Des besoins d'autonomie et de reconnaissance :

- Maintenir des habitudes d'autonomie fonctionnelle dans les gestes de la vie courante,
- Pouvoir faire des choix,
- Etre valorisé, encouragé,

Des besoins d'autoréalisation

- Conserver le plaisir de s'habiller, de se coiffer, de maintenir une image positive de soi.
- Besoin d'agir, de créer (animation), de valoriser ses connaissances et ses compétences.

Les missions de la résidence Pierre BONHOMME:

- Accueillir des personnes âgées semi valides, dépendantes et en perte d'autonomie.
- Favoriser le maintien d'autonomie, assurer un accompagnement personnalisé.
- Maintenir les liens sociaux et les relations avec l'extérieur.
- Une obligation au de là d'une mission : Respecter la personne âgée.
- Assurer son confort physique et psychologique jusqu'à ses derniers instants.

Axe 1 : Le pré-accueil du résident

Opérations à réaliser

- Au premier contact téléphonique remplir une fiche “contact” sur un cahier.
- Visite de l'établissement et de la future chambre avec remise du livret d'accueil incluant le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et la charte
- Rencontre avec le résident avant l'entrée, dans la mesure du possible, pour connaître ses habitudes de vie et son histoire avec fiche pré-admission
- Recherche autant que faire se peut du consentement éclairé du résident, sinon rencontre avec la famille ou le représentant légal.
- Création d'un site internet pour faciliter les contacts, les démarches administratives

L'objectif est d'obtenir avant l'entrée un recueil de données précis et fiable permettant de cibler ses besoins, ses désirs et ses projets afin que l'établissement fasse au mieux pour l'accueillir.

Axe 2 : L'accueil en établissement

La qualité d'accueil des personnes âgées et de leurs proches est un objectif prioritaire et essentiel. Elle comprend tout le dispositif mis en place afin que les résidents et les visiteurs puissent se sentir, en permanence, accueillis, aidés, informés, rassurés, accompagnés dans leur vie ou leurs démarches.

En premier lieu, accueillir c'est aider la personne âgée à franchir une étape importante, celle du changement de son lieu de vie. Cela doit s'inscrire dans un continuum de la vie, un évènement qui s'inscrit dans une histoire personnelle jalonnée d'un certains nombres de ruptures naturelles.

Au moment de l'entrée en institution, la personne âgée peut éprouver des sentiments d'inquiétude, d'insécurité, de crainte et pour la famille, souvent un sentiment de culpabilité.

Il s'agit donc pour l'équipe accueillante, consciente de l'importance du premier contact, de mettre en œuvre des actions, des comportements et une organisation qui permet de réduire cette anxiété et instaurer les meilleures conditions pour une adaptation progressive.

Nos objectifs

C'est une étape très importante pour le résident qui se trouve dans une situation d'appréhension et/ou d'anxiété pour sa future intégration à la vie collective.

L'objectif principal de l'accueil est d'instaurer une relation de qualité permettant au futur résident et à sa famille de mieux se préparer à cette étape.

- Réaliser une démarche d'accueil fondée sur le respect de la personne.
- Aider le résident à s'intégrer à la vie collective et à s'adapter à son nouveau cadre de vie.
- Intégrer la famille et/ou les proches à la vie de l'institution.
- Favoriser le retour à domicile lorsque cela est possible.

Opérations à réaliser

- Pérenniser le rôle des référents : à l'entrée, le résident sera pris en charge par son référent au moment de son entrée en institution puis pendant son séjour avec une traçabilité sur Médicor.
- Présenter le personnel de cuisine.
- Proposer une place en salle à manger par affinité – perçue par les accompagnants- et réajustement si nécessaire.
- Prévoir vêtement professionnel nominatif pour les CDD longue durée
- Etape ultime, absence de tenue professionnelle – port de blouse à usage unique obligatoire pour certains soins protocolaires – afin d'éviter les stigmatisations professionnelles et redonner à l'établissement une image se rapprochant du domicile

Indicateurs de résultats

- Enquête de satisfaction
- Evaluation de l'intégration par le salarié référent
- Nombre de résiliation de contrat de séjour, de retours à domicile.

Axe 3 : Droits et informations du résident

Nos objectifs

- Respect des droits fondamentaux du résident : de son intégrité par la recherche du consentement éclairé autant que faire se peut, de sa vie privée – secret de la correspondance, droit à l'image, respect du secret et de la discrétion professionnelle, de son intimité.
- Mise en place effective du conseil à la vie sociale.
- Prise en charge individualisée
- Maintenir des liens avec l'extérieur, avec la famille si elle existe.
- Construire des relations avec son environnement

Opérations à réaliser

- Mettre à jour et faciliter l'accès à la documentation (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement) et accompagner la lecture.
- Informer le résident des comptes-rendus des réunions des différentes commissions et conseil de la vie sociale
- Promouvoir l'expression des résidents par le journal interne ou par tout autre vecteur, dans les différentes commissions.

Indicateurs de résultats

- Enquête satisfaction.
- Compte rendu du conseil à la vie sociale
- Exemplaires du journal d'établissement

Axe 4 : La sécurité physique, morale

Nos objectifs

- Etre entouré,
- protégé,
- rassuré,
- encouragé.

Opérations à réaliser

- Pérenniser la mission du salarié référent par une évaluation annuelle lors des entretiens annuels, partie intégrante du projet de vie individuel.
- Disposer de moyens de facilitation à la mobilisation et prévention des chutes par l'ergothérapeute.
- Une hygiène de l'environnement (locaux et matériels).
- Retrouver des repères (personnalisation des lieux, signalétique),
- Mise en conformité de l'accessibilité aux personnes handicapées (décret 2009-500 du 30 avril 2009)
- Prévention de la maltraitance par la formation professionnelle, des risques suicidaires.
- Respect de la sécurité des résidents par les contrats de maintenance, les visites réglementaires. Présence de deux salariés la nuit.

Indicateurs de résultats

- Bilan d'intégration interdisciplinaire et évaluation des capacités après 1 mois de présence.
- Evaluation par le salarié référent
- Registre de sécurité et justifications des visites obligatoires, visa des maintenances.

Axe 5 : A) L'accompagnement en cours de vie

Nos objectifs

- Une meilleure prise en charge du résident.
- Optimiser la prise en charge du "référent" qui doit permettre d'instaurer des liens privilégiés entre soignants, résidents et familles.
- Individualiser la prise en charge globale de la personne âgée avec pour objectif principal le maintien de l'autonomie.
 - Considérer le résident comme une personne ayant des besoins, des désirs, des projets et des habitudes de vie : Le respecter dans sa dignité d'homme malgré ses handicaps.

Opérations à réaliser

- Recherche de la personne de confiance

- Solliciter si besoin les directives anticipées du résident durant le trimestre d'entrée
- Prioriser le rôle de la psychologue auprès des résidents
- Pérenniser une charte de travail du référent.
- Formaliser sur informatique le suivi et l'évaluation des objectifs du projet de vie individualisé.
- Respecter chaque fois que cela est possible l'heure du lever, de la sieste, du coucher qui sera pris en compte dans la réévaluation des fiches de tâches.
- Proposer la sieste entre 13h et 14h30
- Aider à la praxie, la préhension, la mobilisation

Indicateurs de résultats

- Evaluation des pratiques professionnelles.
- Enquête satisfaction
- Evaluation des objectifs du projet de vie individuel.

B) L'accompagnement en fin de vie :

Nos objectifs

L'objectif de l'équipe est de développer une démarche d'accompagnement pour aider les résidents concernés et leur proche.

Opérations à réaliser

- A la demande de l'équipe soignante et/ou de la famille, le médecin traitant peut prescrire l'entrée de son patient dans le réseau ICARE de Cahors pour un accompagnement optimal.
- La psychologue est à la disposition des résidents, des familles voire du personnel pour les aider et les accompagner.
- Une convention sera passée avec le réseau ICARE ou autre unité de soins palliatifs pour des sessions de formation.
- Etablir une rencontre entre unité de soins palliatifs/médecin traitant/famille et/ou personne de confiance, et tout le personnel impliqué pour définir la prise en charge la mieux adaptées, directives anticipées ou non.

Indicateurs de résultats

- Nombre d'inclusion ICARE
- Nombre de formations

C) L'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs :

Nos objectifs

Prendre en charge de façon spécifique l'ensemble des résidents présentant des troubles cognitifs de tout l'établissement.

Opérations à réaliser

- Pérenniser la collaboration avec le réseau gérontopsychiatrique de Leyme et les infirmiers du Centre Médico-Psychologique de Saint-Céré
- Améliorer les conditions d'accueil lors d'hospitalisation de rupture face aux difficultés d'accueil en service spécialisé.
- Créer un espace dédié tel qu'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et ouvrir le secteur fermé sur l'extérieur
- Rôle prépondérant de la psychologue dans l'accompagnement.

Indicateurs de résultats

- Nombre de compte-rendu dans le dossier individuel de soin informatisé

Axe 6 : Les prestations hôtelières

Les prestations hôtelières contribuent fortement à la qualité d'accueil et de séjour des résidents. Ainsi, elles nécessitent de la part du personnel, un professionnalisme et la prise en compte permanente des attentes et des souhaits.

Nos objectifs

- Intégrer la personne âgée dans un environnement agréable et sécurisant
- Prendre en compte sur un registre les réclamations et dysfonctionnement des prestations

A) la Restauration :

Nos objectifs

- Faire du repas un moment agréable et convivial, en respectant le rythme du repas et en recentrant l'attention sur le résident.
- Améliorer le goût et l'appétit des résidents en réajustant au maximum leurs goûts et leurs désirs alimentaires des résidents. ; Pour cela, une enquête de satisfaction est réalisée une fois par an.
- Répondre aux besoins d'équilibre alimentaire
- Poursuivre la présence d'un salarié (directeur, agent d'entretien, animatrice, psychologue, ergothérapeute) en salle à manger le midi du lundi au samedi.

Opérations à réaliser

- Proposer des gâteaux hyper protéinés une fois par semaine

- Maintenir le rythme de réunion de la commission des repas.
- Etablir les menus et plans alimentaires avec une diététicienne en alliant les spécificités locales.
- Instaurer une réflexion entre l'équipe de cuisine et les équipes de soins pour optimiser la distribution des repas (textures, régimes, etc...)

Indicateurs de résultats

- Enquête satisfaction.
- Analyse des remarques de la commission repas
- Analyse et réajustements nécessaires des fiches de dysfonctionnement
- Suivi éventuel du registre des réclamations

B) L'Hygiène des locaux :

Nos objectifs

- Poursuivre l'application des fiches de postes ASL/Agent d'entretien/Agent de nuit
- Révision des protocoles ménages
- Maintenir l'aspect positif de notre établissement tant au niveau visuel qu'olfactif.

Opérations à réaliser

- Respecter la planification des tâches à effectuer

Indicateurs de résultats

- Enquête satisfaction /audit hygiène.
- Fiche de dysfonctionnement
- Suivi éventuel du registre des réclamations

C) La lingerie

Nos objectifs

- Effectuer le pré tri du linge sale au niveau du service avec les sacs y afférents
- Améliorer la restitution du linge des résidents
- Améliorer l'hygiène des locaux Lingerie

Opérations à réaliser

- Réécriture des protocoles entretien lingerie
- Surveillance de l'étiquetage du linge des résidents

Indicateurs de résultats

- Fiche de dysfonctionnement
- Suivi éventuel du registre des réclamations
- Volume du linge non distribué et stocké à l'étage 3
- Audit hygiène

Axe 7 : Compétence et sensibilisation des professionnels

La bientraitance relève d'une démarche à la fois individuelle et collective **volontariste** ; nous nous devons de combattre certains risques inhérents à toute structure, le découragement, le burn out, le recours à des actions standardisées déshumanisantes, et rechercher les ressources de créativité, d'intelligence et de sollicitude des professionnels.

Nos objectifs

- Enrichir le recueil d'information des résidents au regard des observations quotidiennes
- Conforter le rôle primordial du salarié référent
- Etre dans une démarche continue d'amélioration des pratiques
- Promouvoir la réflexion éthique des professionnels
- Construire avec le concours de chacun le projet d'établissement et l'implication de tous dans la mise en œuvre de l'évaluation interne
- Poursuivre la formation professionnelle au plus près des desideratas du personnel.

Opérations à réaliser

- Poursuivre la méthodologie de soins Gineste-Marescotti dans l'établissement
- Mettre en place des groupes d'analyse de pratiques avec la psychologue
- Sensibiliser régulièrement les professionnels sur le sens de leur mission
- Créer un support informatisé plus adapté et interprofessionnel et encourager la culture de l'écrit
- Reconnaître le travail des référents en validant les heures y afférent

Indicateurs de résultats

- Nombre de formations
- Analyse des entretiens annuels
- Nombre de participants aux groupes de travail animation, humanitude, évaluation interne, ICARE ...

Axe 8 : L'intégration de l'établissement dans la vie locale

La question de la coordination des soins aux personnes âgées restent d'actualité comme nous le rappellent le Plan solidarité Grand Age 2007-2012 et les récents rapports gouvernementaux (Rapport de Claude Jeandel remis en 2007 pour un plan concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées).

↳ **Axe 1** : Le développement des réseaux constitue un dispositif fondamental de la politique nationale (loi du 2 mars 2002, plan Borloo 2004, loi 2005 sur le handicap) dont l'enjeu est de développer le travail en partenariat en tenant compte des spécificités du territoire, avec une orientation sur la mise en place des parcours personnalisés et coordonnés par un référent unique. Cela constitue, par exemple, un axe prioritaire de la politique de santé et de l'organisation des soins. Basée sur l'ambition d'une prise en charge globale du patient, l'opérationnalisation du réseau, son efficience, est fortement corrélée à sa coordination.

↳ **Axe 2** : Le développement des actions de prévention par la médiation de proximité est également une orientation prioritaire des politiques nationales (directives de lutte contre les discriminations, lutte contre la maltraitance, contre l'insécurité). Dans cette optique, depuis une dizaine d'années se développent des dispositifs ayant pour fonction la prévention, l'accueil, l'encadrement et l'accompagnement des situations à risque et des situations de vulnérabilité collective.

Pour répondre à ces enjeux, des collaborations locales sont nécessaires.

L'EHPAD Résidence Pierre Bonhomme a déjà mis en place des conventions :

- avec l'association ICARE pour un meilleur accompagnement de la fin de vie, des soins palliatifs, de la lutte contre la douleur. Des formations intra muros sont effectives.
- Avec l'Hôpital de Saint-Céré dans le cadre de la mise en place du Plan bleu.
- Avec les Services de Soins et de Rééducations de Montfaucon qui nous détachent par vacations un infirmier hygiéniste, animateur de la commission hygiène mis en place dans l'établissement ainsi qu'un ergothérapeute.
- Avec l'Institut Camille Miret de Leyme pour un double suivi :
 - En géronto-psychiatrie avec l'intervention d'une infirmière de secteur, la possibilité d'une hospitalisation de jour pour évaluation voire une hospitalisation d'urgence pour trouble aggravé du comportement et équilibration.
 - En psychiatrie adulte avec l'intervention d'une infirmière ou d'un psychiatre pour un suivi individualisé et un accompagnement d'ancien « résident » de Leyme.
- Avec l'Ecole Sainte Hélène de Gramat par la mise en place de projets inter générationnels plusieurs fois primés.
- Avec l'Espace Personnes Agées du Pôle Gérontologique et Handicap de Gramat Causse Central du conseil Général du Lot
- Avec la médiathèque municipale de Gramat.

Nos objectifs

- Maintenir et conforter des liens avec l'extérieur par la communication,
- Construire des relations supplémentaires avec les partenaires du bassin de vie,
- Sortir l'établissement de certain isolement en favorisant les stages intra-muros
- Faire des échanges ou des mutualisations avec d'autres établissements similaires
- Ouvrir la structure par l'apport des bénévoles pour une culture de l'échange

Opérations à réaliser

- La coordination d'un réseau requiert des compétences spécifiques en terme de compréhension de fonctionnement opérationnel du réseau, de capacité à se situer au sein d'un réseau et à optimiser la pluridisciplinarité, de capacité à développer des outils d'organisation du travail favorisant la mise en œuvre du projet de soin en tenant compte des dimensions bio-psycho-socio-familiale et environnementale, de compétences pour participer à la démarche qualité de la structure.
- Elaborer ce projet de coordination
- Mettre en place les Moyens nécessaires tant humains, matériels que financiers en partenariat avec tous les acteurs présents

Indicateurs de résultats

- Nombre de conventions stagiaires
- Compte rendu des réunions avec émargement
- Compte rendu des interventions extérieures dans les dossiers de soins individualisé et informatisé
- Analyse qualitative des impacts satisfaction des familles
- Nombre de conventions bénévoles

AXE GLOBAL :

La Résidence Pierre BONHOMME s'engage à engager une démarche d'amélioration de la qualité.

Objectifs

- Définir et mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité.
- Développer un management participatif
- Mettre en place des outils permettant de mesurer le niveau de qualité de service rendu aux résidents.
- Développer et améliorer la communication et les relations entre les différents partenaires de l'établissement.
- Impliquer le personnel dans l'élaboration de l'évaluation interne

Opérations à mener

- Informer et impliquer le personnel sur le projet institutionnel.
- Information du personnel sur la démarche
- Relancer la dynamique qualité et faire vivre le comité de pilotage
- Mettre en place un suivi et un enregistrement des dysfonctionnements.
- Effectuer l'évaluation et le suivi des protocoles de l'établissement.
- Mise en place et suivi d'indicateurs de résultats
- Evaluation des pratiques professionnelles
- Organiser l'évaluation et le suivi du personnel.
- Mise en place du suivi de la démarche avec groupes de travail sous la conduite des référents et du comité de pilotage

Indicateurs de résultats

- Taux de participation salarial dans l'évaluation interne
- Evaluation externe

CONCLUSION

La Maison Retraite Pierre Bonhomme se dote grâce au travail de réflexion réalisé et contractualisé par ce document d'un projet de vie.

C'est dès à présent un outil de travail de référence.

Il définit les axes prioritaires, les objectifs d'améliorations et les actions à court, moyen et long terme.

Ce projet doit être une démarche de communication et d'innovation permanente.

Il est établi pour une durée de cinq ans, et il peut être révisable avant ce terme.

***LE RESPECT DU RESIDENT, LA QUALITE DE VIE, LA QUALITE DES SOINS,
DES PRESTATIONS HOTELIERES, LA DYNAMIQUE PARTICIPATIVE DE
L'ENSEMBLE DU PERSONNEL SERONT LES AXES FEDERATEURS DU PROJET
DE VIE DE LA RESIDENCE PIERRE BONHOMME
DANS UNE CULTURE DE LA BIEN TRAITANCE***

PROJET D'ANIMATION

Les objectifs globaux d'une politique d'animation sont de répondre aux besoins humains fondamentaux :

- Maintenir des acquis, des capacités, des compétences
- S'occuper et se distraire en vue de se réaliser, apprendre, valoriser des savoir-faire et créer,
- Maintenir et développer des liens sociaux,
- Solliciter, activer ses facultés physiologiques et intellectuelles,

Selon la définition même, l'animation est à considérer dans son sens le plus large : **Animation = être vivant.**

**Pratiquer l'animation,
c'est inciter à vivre, à être actif
à conserver des capacités
à faire des projets.**

Nos objectifs

Faire de l'animation une prestation de qualité qui répond à des objectifs précis axés sur les dimensions individuelles et collectives.

Faire de l'animation une démarche d'accompagnement centrée sur les souhaits de la personne, ses envies, ses intérêts.

Mais surtout que **l'animation concerne tous les acteurs qui travaillent** au sein de l'établissement.

- Maintenir une vie sociale et lutter contre le sentiment de solitude
- Avoir une démarche d'accompagnement centrée sur les souhaits de la personne, ses envies, ses centres d'intérêts.
- Stimuler les capacités mnésiques.
- Stimuler les facultés motrices et d'équilibration
- Valoriser la personne et maintenir une estime de soi
- Favoriser la convivialité et la solidarité entre résidents...

- Faire participer le plus possible de résidents à l'animation (y compris les résidents désorientés) en respectant le libre choix du résident
- Réaliser un suivi des animations et élaborer une fiche de présence aux activités pour pouvoir suivre la participation des résidents.
- Avoir une vigilance accrue à l'égard des résidents effacés
- Eviter l'exclusion des résidents bénéficiant de peu de visites familiales ou autres

Opérations à réaliser

- Evaluer le projet d'animation.
- Consacrer plus de temps individuel aux personnes les plus dépendantes (rompre l'isolement).
 - Activités physiques comme la promenade, les pique-niques...
 - Activités artistiques : peintures, musique...
 - Sorties à l'extérieur : foires de Gramat, visites à thème...
 - Echanges avec d'autres établissements
 - Consacrer plus de temps individuel aux personnes très dépendantes restant dans leur chambre : (visite de l'animatrice le matin, du référent pour rompre l'isolement
 - Fêter les anniversaires individuellement
 - Préparer et animer les fêtes traditionnelles, les principaux rites religieux, les changements de saison
- Mettre en place plus d'ateliers à visée thérapeutiques
- Réaliser des groupes homogènes afin d'éviter la mise en échec et minimiser les éventuels conflits de personnes et réaliser des ateliers cognitifs.
- Planifier des ateliers "thérapeutiques" avec la psychologue (stimulation mnésique, atelier mémoire...) pour les résidents atteints de troubles cognitifs
- Favoriser plus la collaboration avec les bénévoles

Indicateurs de résultats

- Traçabilité informatisé dans dossier individualisé de soins
- Compte rendu des réunions de la commission « Animation et bien-être de la personne »
- Classeur retraçant les activités, articles dans la presse locale

PROJET DE SOINS

Ce projet de soins est issu du diagnostic et des actions d'améliorations qui ont été proposées par un groupe de travail composé : Du Médecin Coordonnateur, de la cadre de santé, d'une IDE, AMP, AS, ASL.

Les réponses du groupe de travail au référentiel ANGELIQUE constituent le support du diagnostic initial.

Dans le cadre de la Convention Tripartite nous sommes tenus de définir précisément les caractéristiques de notre projet de soins. Ce qui nous amènent à apporter des modifications dans notre fonctionnement dû à l'augmentation de la charge en soins et ce pour plusieurs raisons :

- une augmentation du nombre des résidents dépendants
- l'âge moyen d'entrée des résidents est de plus en plus élevé
- la plupart d'entre eux développent souvent plusieurs pathologies
- les séjours d'hospitalisations sont de plus en plus courts.

Ce projet de soins est construit selon plusieurs axes qui se déclinent ainsi.

Axe 1 : Le dossier médical

Axe 2 : Les transmissions

Axe 3 : Le circuit des médicaments

Axe 4 : Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD

Axe 5 : Les protocoles de soins

MANAGEMENT DES SOINS

A ce jour les effectifs soignants sont les suivant :

- 1 Médecin Coordonnateur
- 1 Cadre de santé
- 7 Infirmières (3 à TC, 4 à TP)
- 18 Aides Soignantes et Aides Médico Psychologique (jour et nuit)
- 1 Psychologue
- 1 Ergothérapeute

Les Agents de Services participent aux soins pour pallier au manque d'Aide soignants et d'AMP et donc ne sont pas en poste entretien des locaux.

Les soignants sont affectés indifféremment dans les deux secteurs (EHPAD et Unités Alzheimer). Le projet de sectorisation préalablement élaboré pour l'unité spécifique entraînait un burn out susceptible d'aboutir à de la non bonne traitance.

De plus des intervenants extérieurs : Médecins généralistes, Dentiste, Kinés, IDE psychiatrique, Orthophoniste et Pédicure, équipe mobile de soins palliatifs et de géro-psycho-geriatrie sont sollicités régulièrement.

MEDECIN COORDONNATEUR

Il est présent dans l'établissement 14 heures par semaine (0.4 ETP).

Il a un diplôme de coordonnateur acquis par la formation médicale continue.

Les missions du Médecin Coordonnateur sont :

- 1- Elaborer le projet de soin intégrant le projet d'établissement
- 2- Donner un avis sur les admissions
- 3- Organiser la coordination des libéraux, kinésithérapeute, orthophoniste, spécialiste
- 4- Evaluer et valider l'état de dépendance (AGGIR)
- 5- Veiller aux bonnes pratiques gériatriques y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels (canicule, grippe)
- 6- Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et d'information
- 7- Contribuer à la bonne adaptation des prescriptions de médicaments
- 8- Elaborer un dossier type de soin, de transfert lors des admissions
- 9- Etablir un rapport annuel d'activité médicale
- 10- Elaborer la convention entre l'établissement et ceux de santé au titre de la continuité des soins
- 11- Organiser le réseau gérontologique, les soins palliatifs, hospitalisation à domicile
- 12- Etre garant de la nutrition

Le décret du 3 septembre 2011 renforce son rôle d'encadrement médical de l'équipe soignante, officialise sa supervision des besoins en soin requis à l'aide de Pathos, l'autorise à réaliser des prescriptions médicales pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux.

Il préside à la commission de coordination gériatrique qui organise l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. La grande difficulté étant de se réunir deux fois par an comme le stipule le décret sus nommé.

PERMANENCE ET CONTINUTE DES SOINS

En l'absence des infirmières et en cas d'urgence pour contacter le médecin de garde, l'établissement appelle le médecin traitant du résident qui est régulé pour la permanence des soins par l'ARMEL. Les numéros d'appel sont affichés à l'infirmierie. Il existe une fiche reflexe pour la nuit (protocole)

Le recours à un médecin spécialiste est toujours possible. Des liens privilégiés avec l'hôpital de Figeac, Saint-Céré et de Leyme permettent d'accéder à une prise en charge gériatrique. L'équipe soignante privilégie le recours aux spécialistes qui suivaient les résidents avant leur entrée, acté dans la fiche de pré-admission.

➤ L'un des objectifs du médecin coordonnateur et des infirmières est la traçabilité des interventions des kinés. Cependant, Les prescriptions des kinés sont informatisées.

Axe 1 : Le dossier médical

Le dossier médical, il est informatisé et utilisé par la quasi-totalité des médecins traitants. Les retranscriptions des ordonnances manuelles sont effectuées par le médecin coordonnateur

Le dossier de soins infirmiers est un dossier informatisé. Il existe un classeur par résident avec un dossier annexe pour archivage des différents courriers, résultats...

Points à améliorer :

- formaliser la traçabilité des actes des kinésithérapeutes
- améliorer l'organisation des transmissions
- améliorer l'utilisation des transmissions ciblées
- améliorer la tenue du dossier médical par les médecins généralistes
- Optimiser l'utilisation du dossier de soins infirmier par toute l'équipe soignante.

Axe 2 : Les transmissions

Les transmissions orales sont organisées de la façon suivante :

- Nuit/Jour : à 6h30 pendant ¼ h avec l'équipe soignante de nuit et de jour
- Mi journée : de 13h 45 à 14 h à l'Unité Spécifique Alzheimer, de 14h à 14h30 avec les soignants en poste, le médecin coordonnateur et la psychologue lorsqu'ils sont là
- Jour/nuit : à 20h45 avec l'AS de nuit, l'infirmière et les soignants présents.

Les transmissions écrites sont ciblées et élaborées sur de nouveaux supports informatiques.

➤ L'objectif est d'améliorer les transmissions ciblées après la formation des soignants à cette méthode.

Axe 3 : Circuit des médicaments :

L'établissement ne possède pas de pharmacie à usage interne et organise l'approvisionnement avec les officines de Gramat par roulement régulier, en attendant la création d'une pharmacie référente.

Les prescriptions médicales en sortie d'hospitalisation donnant encore lieu à une retranscription afin d'être plus réactif sont à bannir

La préparation des semainiers est réalisée par les infirmières. La distribution des traitements per os est faite par les IDE, une partie est déléguée au personnel soignant non infirmier.

Axe 4 : Recommandations de bonnes pratiques de soins EHPAD

Nos priorités vont se construire autour des orientations définies dans les Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale – octobre 2007) dans une démarche de bientraitance.

- ✘ Volontés de la personne accueillie
- ✘ Prévention des comportements d'agitation pathologique
- ✘ Alimentation du résident
- ✘ Prévention des fausses routes
- ✘ Prévention des chutes
- ✘ Confusion du sujet âgé
- ✘ Dépression du sujet âgé
- ✘ Contention et risque
- ✘ Déambulation et liberté d'aller et venir
- ✘ Déshydratation, gestion des risques sanitaires
- ✘ Evaluation, prévention de la douleur et traitements non médicamenteux
- ✘ Prévention du risque d'escarres et autres lésions cutanées
- ✘ Soins palliatifs (accompagnement du résident et de sa famille)
- ✘ Respect de la continence et gestion de l'incontinence
- ✘ Prévention des risques Infections
- ✘ Respect du sommeil et des rythmes
- ✘ Repérage et prise en charge des troubles sensorielles – vue, audition.
- ✘ Prescriptions médicamenteuses
- ✘ Reconnaissance de la sexualité de la personne âgée

Les premiers axes sur lesquels nous avons travaillé depuis notre 1^{ère} convention tripartite se déclinent comme suit :

➤ **Les soins d'hygiène corporelle :**

Nous avons mis en place des toilettes évaluatives qui sont élaborés en équipe, qui prennent en compte les habitudes et les souhaits des résidents, premier maillon de la toilette prescrite par l'IDE, la dite toilette étant l'outil de travail incontournable des AS et ASL. Elles ont pour objectif le maintien de l'autonomie en évaluant les capacités de la personne.

Elle est intégrée dans le plan de soins et tracé quotidiennement sur informatique.

La mise en place du plan de soins permet une prise en soin individuelle avec une logique et une cohérence commune, et l'ambition de lisser les pratiques tout en interdisant les soins de force.

Points à améliorer :

➤ **La prise en charge de l'incontinence :**

L'incontinence urinaire : l'équipe soignante planifie des mises aux WC au minimum 3 fois/jour de façon globale. Les moyens palliatifs sont choisis en fonction de l'intensité de l'incontinence et de la dépendance du résident. Pour prévenir l'infection urinaire chez les personnes à risque, l'aspect et la quantité des urines sont surveillés ainsi que l'hydratation.

L'incontinence fécale : pour ces personnes une fiche individuelle de suivi de l'élimination est mise en place afin d'éviter les problèmes de constipation et de fécalome. La prévention de la constipation se fait par une alimentation riche en fibre, une hydratation suffisante et à l'aide d'un protocole élaboré par le médecin.

Points à améliorer :

- améliorer l'utilisation des changes en individualisant leur prescription.
- s'orienter encore plus vers une prise en charge individuelle de l'incontinence.

➤ **La déshydratation :**

Pour supprimer ce risque, une prise en charge globale et individuelle est réalisée par :

- une quantité minimale de boisson, 1l par/jour
- un respect des goûts
- une distribution des boissons en dehors des repas
- un verre et une boisson à la disposition du résident
- une prescription d'eau gélifiée si problème de déglutition
- une surveillance clinique chez les personnes à risque, avec aussi une traçabilité des quantités des boissons avalées.
- Une application des protocoles spécifiques.

➤ **La dénutrition :**

Pour prévenir ce problème, les soignants effectuent :

- une pesée et une prise de taille à l'entrée du résident et une surveillance du poids 1 fois par mois
- un suivi des apports nutritionnels pour les résidents à risque. Pour les repas pris à la salle à manger et les étages, utilisation de la fiche nutrition sous la responsabilité des IDE remplie et réévalué lors des transmissions.
- une prescription médicale de suppléments en protéines et en calories peut être décidée après évaluation des quantités le médecin coordonnateur
- une prise en charge individuelle : laisser le temps, stimuler par la parole, le toucher pour augmenter la prise alimentaire.
- non acharnement alimentaire en période palliative.

Point à améliorer :

- formation pour la prise en charge du résident dément pendant le repas.
- finger food

➤ **Les troubles de la déglutition (les fausses routes) :**

Le médecin coordonnateur informe régulièrement le personnel à la prise en charge des fausses routes et comment les déceler et les prévenir.

➤ **Le traitement et la prévention des escarres :**

L'élaboration du protocole de prévention des escarres est le garant d'une planification de soins commune à tous les soignants

Le traitement des escarres est effectué par les infirmières avec la collaboration des médecins. Le suivi et l'évaluation des plaies se fait avec la fiche informatisée « suivi des plaies ».

Point à améliorer :

- le suivi et l'évaluation des protocoles de prévention par les IDE

➤ **La prévention des chutes :**

La reconstruction de l'établissement a permis d'offrir aux résidents un environnement sécurisant avec des locaux et des matériels adaptés pour des personnes handicapées.

Le recours à la contention et aux barrières de lit a fortement diminué conformément à la politique de l'établissement. Sa prescription est devenue exceptionnelle, sur prescription du médecin traitant et reconduite tous les 15 jours par le médecin coordonnateur après évaluation en équipe. Elle est toujours réalisée après information et concertation de la famille.

Des moyens matériels comme déambulateur, canne, fauteuil roulant et/ou coquille sont proposés.

Point à améliorer :

- une prise en charge pour l'aide et/ou la rééducation à la marche par les Kinés.

➤ **La douleur :**

L'utilisation de la grille 72 h (non communiquant), l'échelle verbale simple et l'échelle numérique permettent une évaluation plus précise de l'intensité de la douleur.

Le réseau ICARE peut intervenir sur demande de l'équipe soignante.

Le suivi du traitement et de son efficacité passe par l'utilisation d'une fiche spécifique.

Le médecin coordonnateur a réalisé avec l'équipe soignante des procédures pour la prise en charge de la douleur.

Points à améliorer :

- Améliorer encore plus l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge de la douleur.

- Evaluer le suivi de l'utilisation des différentes grilles et protocoles.

➤ **Les démences et troubles du comportement :**

Depuis la restructuration, l'établissement peut accueillir des personnes atteintes de démences.

Les résidents présentant des troubles du comportement les plus déambulants sont pris en charge par l'unité spécialisée du 2^{ième} étage de 13 lits où un jardin thérapeutique a été aménagé. Les autres déments sont accueillis dans le reste de l'établissement.

L'objectif de la prise en charge de cette unité spécifique est : le maintien de l'autonomie, et aussi de stimuler, accompagner, aider, laisser le temps, respecter leur rythme, ne pas faire à la place au moment des soins de nursing et de l'animation.

Dans l'unité spécialisée, 2 soignants sont en poste en permanence sauf la nuit.

Points à améliorer :

- Obtenir plus de personnel afin d'avoir une présence continue des soignants dans chaque unité.
- Continuer la formation du personnel en poste et des nouveaux.

➤ **Lutte contre les infections :**

Cet axe de soin concerne la lutte contre les infections au sens large aussi bien pour les infections nosocomiales que pour les infections liées aux pathologies.

L'établissement a signé une convention avec le Centre de Montfaucon. Un infirmier hygiéniste doit intervenir 2 jours/mois, il collabore avec le groupe hygiène composé d'1 IDE, 1 AS et de 3 ASL.

La limitation des pathologies infectieuses se fait par : les vaccinations anti-grippales et anti pneumo coccique des résidents et du personnel, l'utilisation pour les plaies de matériel à usage unique, le respect des protocoles du lavage des mains.

L'évaluation des procédures est réalisée par la cellule hygiène 1 fois/an.

L'isolement septique est prescrit par le médecin lors d'infection urinaire, respiratoire, intestinale et des plaies. Un protocole est élaboré pour chaque cas.

La prévention de la Légionellose est réalisée par l'agent d'entretien. Il effectue des contrôles réguliers de la température de l'eau en différents points de l'établissement, des soutirages réguliers sur les points d'eau peu utilisés.

L'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) s'exécute selon une procédure spécifique.

Axe 3 : Protocoles de soins

Les protocoles de soins seront de la même façon poursuivis, afin d'uniformiser en matière des soins les actions nécessaires à l'amélioration de la vie des résidents dans notre institution

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

OBJECTIFS	MOYENS
1. protéger, maintenir, promouvoir la santé des résidents. faire de la prévention une préoccupation majeure (sensorielle, nutritionnelle, locomotrice, des chutes, de la douleur, de la maltraitance)	Plan de soins individuel informatisé Suivi médical régulier adapté à l'état de santé du résident Programmation des RDV médicaux, kiné, pédicure.. A améliorer : <i>suivi des projets de soins individuels mise en place de la démarche de soins et des transmissions ciblées</i>
2. prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des résidents et y porter remède	Utilisation des grilles d'évaluation de la douleur Surveillance et suivi de la douleur Suivi avec le réseau ICARE Réflexion en équipe avec psychologue et médecin

3. recueillir des informations utiles aux diagnostics médicaux et infirmiers.	Dossier médical et dossier de soins infirmiers Transmissions orales et écrites et fiches de surveillances A améliorer : utilisation du dossier médical par tous les généralistes
4. participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes.	Utilisation de la grille AGGIR Recueil de données à l'entrée et évaluation annuelle Toilettes évaluatives
5. appliquer les prescriptions médicales et les protocoles	Dossier de soins, Planification individuelle et globale des soins A améliorer : évaluation des protocoles et élaboration des protocoles : sondage vésical, pose d'un cathéter court et soin de bouche
6. favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux.	Rôle du cadre de santé et du médecin coordonnateur et des salariés référents Information à la famille de tout changement notable dans l'état de santé du résident Projet de vie individualisé
7. accompagner les patients en fin de vie et, si besoin leur entourage	Formations spécifiques encouragées Accueil, écoute des familles et volonté de les impliquer dans la prise en charge Intervention du réseau ICARE et de la psychologue
8. soutenir les équipes et le personnel en difficulté	Formation et écoute A améliorer : planifier des formations sur, les transmissions ciblées, la démarche de soins, les soins de nursing <i>Créer avec la psychologue des groupes de parole et des entretiens individuels</i>

CONCLUSION

Ce projet de soins se veut le résultat de la réflexion de l'équipe pluridisciplinaire : Cadre de santé, Médecin Coordonnateur, IDE, AMP, AS et ASL.

Son but est d'améliorer :

- la qualité de la prise en charge globale et individuelle du résident
- l'efficacité des transmissions et du partage des informations entre les différents intervenants
- le travail d'équipe
- la traçabilité des interventions de soins.

Pour nous, ce projet se veut ambitieux, il nécessitera des moyens humains et matériels en nombre suffisant.

PROJET ARCHITECTURAL

Ce projet souhaite répondre prioritairement aux besoins des résidents mais aussi à ceux des équipes afin d'optimiser la prise en charge quotidienne des résidents dépendants physique ou psychique et le travail fourni par les soignants (ASH, AS, IDE et tout autre personnel intervenant dans l'unité).

C'est un outil facteur clé du succès de la prise en charge.

Trois grands objectifs sont à décliner dans ce projet :

1. Un objectif pour les résidents : donner des repères en personnalisant et en adaptant aux handicaps avec des lieux de vie multiples et variés, ouvrir le secteur fermé sur l'extérieur pour adoucir un double enfermement physique et psychique.
2. Un objectif pour les équipes : ergonomiser leur travail pour faciliter la qualité du service rendu
3. Un objectif pour les familles: leur offrir un lieu de vie « déculpabilisant »