

**BR** EHPAD  
**LE BEAU REGARD**

# Projet d'établissement

Projet de Soins 2023 - 2027



## SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>2. LE PROCESSUS D'INSTITUTIONNALISATION</b> .....	<b>4</b>
<b>3. L'ARRIVEE DU RESIDENT</b> .....	<b>5</b>
<b>4. LES ELEMENTS D'OBSERVATION RECUEILLIS</b> .....	<b>5</b>
<b>5. L'ADMISSION</b> .....	<b>6</b>
<b>6. LA PRISE EN SOIN</b> .....	<b>7</b>
<b>7. L'ORGANISATION DES SOINS</b> .....	<b>11</b>
<b>8. DOCUMENTS ANNEXES</b> .....	<b>17</b>

## 1. INTRODUCTION

**Revenir au sens, redonner du sens.**

**Proposer au résident le niveau de prise en soin pertinent en respectant son choix.**

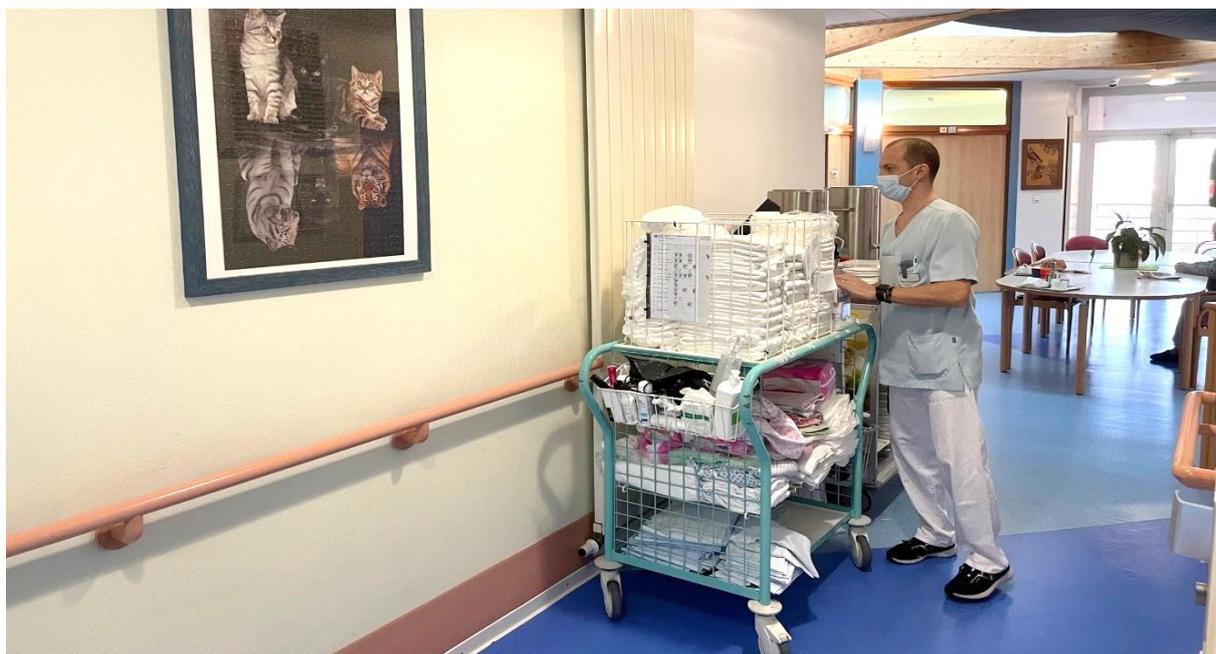
L'EHPAD Le Beau Regard est engagé dans une démarche *Humanitude* qui vise à faire vivre les valeurs institutionnelles, de promouvoir la bientraitance dans toutes les gestes professionnels. L'intention seconde est de renforcer l'identité professionnelle des soignants, de donner du sens à leurs actes.

Les prises en soins sont déclinées autour de 3 principes fondamentaux :

- Améliorer l'état de santé et l'autonomie de la personne,
- A défaut, permettre le maintien de l'état de santé,
- Sinon, accompagner la personne âgée jusqu'à la mort.

La nature de la prise en soins est déterminée en fonction de l'histoire de vie et des pathologies des résidents. Toute évolution doit être analysée de façon à :

- ✓ Traiter une cause curable de baisse de l'autonomie
- ✓ Maintenir l'autonomie fonctionnelle
- ✓ Modifier la prise en soins en cas de baisse d'autonomie liée au vieillissement ou à la maladie dans le cadre d'un accompagnement
- ✓ Augmenter les ressources face aux incapacités.



## 2. LE PROCESSUS D'INSTITUTIONNALISATION

L'institutionnalisation est souvent une réponse adéquate en termes d'accompagnement des nombreuses pathologies susceptibles de décompensations ou de survenue par le seul fait de vivre seul ou dans un environnement privatif inadapté. Mais la vie institutionnelle peut elle-même générer des troubles pathologiques ou ne pas empêcher qu'elles évoluent négativement quand elles existaient à l'admission. La transition doit donc s'opérer dans les meilleures conditions à l'appui du consentement du résident, d'une évaluation et d'un suivi pertinent.

Une visite de l'établissement est proposée à la famille, éventuellement au tuteur, et au résident.

Une visite auprès du candidat est possible pour compléter les éléments fournis dans le dossier retiré sur *Via Trajectoire*. Elle est menée par le médecin coordonnateur, l'infirmier en pratique avancée et/ou l'infirmière coordinatrice à domicile si celui-ci n'est pas trop éloigné, sur le site de l'établissement ou à la MMPA du GHR MSA. Son but est d'évaluer l'adéquation entre le statut de dépendance physique, psychique et/ou social de la personne âgée et la place proposée.

S'il y a inadéquation nette avec l'institutionnalisation, une réorientation est proposée vers une structure de prise en charge adaptée (soins de longue durée, hospitalisation gériatrique, UVP, services d'aide à domicile, psychiatrie de la Personne âgée, UCC, réseau Alsace Gériatrie, MAIA, etc). L'admission ne se fait pas sans l'accord de la personne âgée. Elle ne sera jamais acceptée en cas de refus express de la personne, même face à des pressions familiales.

En cas d'admission d'une personne à mobilité réduite, c'est le médecin coordonnateur, l'infirmier en pratique avancée et/ou l'infirmière coordinatrice qui se réservent la possibilité de se déplacer auprès d'elle pour évaluer la situation.

Si le directeur prononce l'admission du résident, l'avis de l'équipe médico-soignante est primordial à la bonne adaptation du résident.

Lors de l'accueil du résident, un recueil de données anamnestiques ou d'observations médicales, ainsi que les coordonnées du médecin traitant sont consignés dans le dossier médical informatisé. Un bilan est établi par le personnel soignant (IDEC, IDE, AS) puis validé par le médecin coordonnateur afin de définir les premiers éléments de la prise en soin ou de maintien de son autonomie.

Prendre soin correspond à des actions de prévention ou de lutte contre la pathologie mais aussi des interventions pour soutenir les forces de vie de la personne âgée dans le bien-être. Les professionnels du soin sont des agents qualifiés, formés et informés des bonnes pratiques professionnelles et ont intégré les valeurs institutionnelles dans l'exercice de leur art.

*Procédure « Admission »*

### 3. L'ARRIVEE DU RESIDENT

L'arrivée se fait si possible en présence de la famille, le matin à 10 heures de telle sorte que la disponibilité des soignants soit optimale. L'accueil se fait par l'infirmière.

De cette façon, le pensionnaire va pouvoir rejoindre sa chambre, sa maisonnée, le mieux possible grâce aux informations données sur le cadre de vie et ses possibilités d'aménagement par la famille. De même, la chambre est aménagée avec des meubles et objets personnels avant l'admission afin qu'il retrouve immédiatement des repères connus.

D'autre part, le moment est propice à la rencontre avec les autres résidents de la maisonnée qui pourront être informés au préalable de la nouvelle admission. Le premier repas de midi est pris en commun avec la famille, qui, si elle le souhaite, est invitée par l'établissement. Le personnel est attentif aux souhaits et besoins de la personne et l'infirmière présente centralise ces informations dans le cadre du programme de soins.

L'institutionnalisation est un moment difficile. Une attention particulière du personnel est assurée pendant la période suivant l'admission. L'accueil reste un moment privilégié pour développer des liens d'empathie grâce à une écoute attentive de la souffrance possible des personnes admises.

### 4. LES ELEMENTS D'OBSERVATION RECUEILLIS

L'infirmière présente voit systématiquement les personnes admises et leur famille afin de faire un recueil de l'histoire de vie des pensionnaires et leur état psychologique à l'entrée. Elle utilise également l'histoire de vie rédigée par la famille avant l'arrivée dans l'établissement : ce document est d'autant plus important dans le cas où le résident est atteint d'une pathologie démentielle car il constitue la source d'information écrite principale. Dans la mesure du possible, l'aide-soignant(e) référent(e) et l'infirmière recueillent les souhaits exprimés du résident.

**Voici les informations demandées dans le « recueil de données d'accueil » :**

- ✓ Histoire de vie (enfance, vie adulte, retraite, éléments de la personnalité, croyances)
- ✓ Loisirs (centres d'intérêts)
- ✓ Habitudes de vie (Sommeil, alimentation, toilette et tenue vestimentaire personnalisation de la chambre)
- ✓ Attentes du résident

### Les éléments de dépendance

- ✓ Lieu et type de prise de repas
- ✓ Lieu et type d'aide à la toilette
- ✓ Continence
- ✓ Utilisation de prothèses (visuelles, auditives, dentaires)
- ✓ Locomotion (marche, fauteuil-roulant, déambulateur, etc)

*Annexe - « Recueil de données à l'accueil » (TITAN)*

## 5. L'ADMISSION

Le médecin coordonnateur organise le dossier médical qui est mis à disposition des médecins traitants.

Les principales informations concernant les résidents nouvellement arrivés sont présentées le jour même par l'infirmière présente à l'accueil lors des transmissions.

Par la suite, le plan de soins est élaboré par l'infirmière et mise à jour par l'équipe soignante.

La psychologue se présente à la chambre du résident pour un entretien de premier contact.

L'infirmier en pratique avancée propose un entretien et un examen clinique dans la semaine suivant l'accueil.



## 6. LA PRISE EN SOIN

Le processus de prise en soin est l'objet de démarches collaboratives et pluridisciplinaires qui ont conduit à la mise en œuvre de protocoles relatifs aux soins. Les prises en soins spécifiques décrites ci-dessous font l'objet d'une vigilance particulière.

### ✓ La personnalisation du soin

L'individualisation du soin passe par une présence effective et bienveillante du soignant. Elle repose sur la mise en *Humanitude* par le regard, la parole, le toucher et la verticalité. Prendre soin c'est également ne pas nuire à la personne en ne valorisant pas ses capacités résiduelles par exemple.

### Marche et maintien de la mobilité

- Repérage des troubles de la marche à l'admission et tout au long du séjour
- Prescription de kinésithérapie
- Consultation spécialisée si nécessaire
- Stimulation à la prise des repas en salle à manger quotidiennement – le maintien en chambre étant lié à l'état général de la personne sur avis médical et infirmier – Le trajet est un exercice physique.
- Stimulation à l'utilisation des aides techniques : déambulateur, autonomie en fauteuil roulant

### *Protocoles « Prévention des chutes »*

L'évaluation des risques de chute est effectuée sur le logiciel de soin par le médecin traitant, l'infirmier en pratique avancée, et le kinésithérapeute si nécessaire.

### ✓ Détérioration intellectuelle

- En partant de l'histoire de vie, maintien d'un fil rouge par les centres d'intérêts passés, existants et futurs
- Évaluation des fonctions intellectuelles en réunion pluridisciplinaire quand elles semblent se détériorer
- Travail en lien avec les consultations spécialisées
- Travail avec la psychologue de l'établissement. Si nécessaire, le lien avec la gérontopsychiatrie de secteur est également assuré
- Détection et analyse des troubles du comportement en équipe pluridisciplinaire avec prise en soin spécifique (application des 5 piliers de la démarche *Humanitude*, contention, prise en soin non médicamenteuse, alimentation, etc)

### *Procédure « Contention physique »*

L'établissement propose le développement d'une prise en soins de qualité axée tant autour du développement de la vie sociale que des soins médicaux et de la promotion de la bienveillance.

La démarche Humanitude repose sur les 5 piliers fondamentaux :

- ⇒ Zéro soin de force sans abandon de soins,
- ⇒ Respect de la singularité et de l'intimité,
- ⇒ Vivre et mourir debout,
- ⇒ L'ouverture vers l'extérieur,
- ⇒ Lieu de vie, lieu d'envies.

Ce choix d'accompagnement apporte des réponses à la prise en soin de plus en plus prégnante des personnes atteintes de pathologies démentielles et troubles du comportement.

Aujourd'hui, l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies démentielles et troubles du comportement est complexe. La coexistence dans les mêmes locaux de personnes désorientées, parfois fortement, et de personnes semi-valides ou fortement dépendantes voire en situation de fin de vie, est difficile. L'intervention de la psychologue et de l'équipe pluridisciplinaire sont déterminants.

L'offre actuelle de prise en soins des patients peut s'étoffer grâce à l'adjonction de personnels mieux formés permettant au projet de soins de se rapprocher du projet d'accompagnement personnalisé. Le renforcement des connaissances et compétences du personnel dans ce domaine s'effectue par les échanges entre équipes et par et la voie des formations, notamment celle proposée dans le cadre de l'Humanitude.

*Fichier divers « Prise en charge des troubles du comportement »*



✓ **Prévention des escarres**

L'évaluation des facteurs de risques d'escarres est réalisée tout au long du séjour, en fonction de l'état de mobilité du résident à l'aide de l'échelle de Braden. Les moyens nécessaires sont mis en place et adaptés selon l'évolution des besoins du résident.

*Protocole « Prévention des escarres »*

✓ **Prise en charge de la douleur**

L'évaluation de la douleur est demandée à l'admission, puis réévaluée tout au long du séjour selon les besoins et plaintes du résident. Afin de garantir une prise en soin de qualité, les soignants utilisent les outils d'évaluation de la douleur de type « Doloplus », « Algoplus », « Echelle verbale », etc. Elle peut alors faire l'objet d'une discussion en réunion pluridisciplinaire et d'un plan d'actions.

*Protocole « Douleur »*

✓ **Suivi de l'état nutritionnel du résident**

Il fait l'objet d'un suivi particulier via :

- La prise de poids mensuelle
- Le bilan sanguin spécifique
- Si besoin la feuille de surveillance alimentaire

La perte de poids significative est discutée en réunion pluridisciplinaire concernant les causes potentielles de dénutrition. En cas de dénutrition par carence d'apports, un suivi des apports est organisé et un régime hyper protidique, hyper calorique est prévu en améliorant la qualité des repas. En cas d'impossibilité, une prescription de compléments oraux est mise en place sur prescription médicale. De plus, selon les besoins, la texture des repas sera adaptée à la personne.

*Annexe : Feuille de surveillance alimentaire*

*Annexe : Procédure « Suivi de l'état nutritionnel »*

✓ **Prise en charge de l'incontinence**

Elle est évaluée dès l'arrivée, par l'équipe de soignants, de façon à avoir une attitude cohérente dans le cadre du plan de soins. Par la suite, en fonction des modifications de son état général ou en cas d'inadéquation des aides mises en place, une réévaluation est organisée par l'infirmière coordinatrice et les référents incontinence, afin d'offrir une prise en soins adaptée de ce problème.

Les commandes et feuilles de dotations journalières sont élaborées et mises à disposition des soignants via le site internet du fournisseur de protections.

✓ **Prise en charge des troubles du transit (constipation et diarrhée)**

En raison de la spécificité des patients gériatriques, une attention toute particulière est portée sur ces points afin d'assurer une certaine qualité de la prise en charge et d'éviter des problèmes intercurrents.

*Annexe - Procédure « Constipation »*

*Annexe - Procédure « Diarrhée »*

✓ **Soins palliatifs**

Les soins palliatifs sont des soins actifs dispensés sur décision collégiale impliquant l'équipe soignante, la famille et le médecin traitant. Ils sont demandés par le médecin traitant. Celui-ci a la possibilité de demander la contribution de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs.

Les souhaits de la personne âgée et/ou de sa famille sont recherchés dans la mesure du possible. L'objectif est le maintien à l'EHPAD des résidents en fin de vie en privilégiant le confort du résident. La seule indication d'hospitalisation est l'impossibilité de gérer le confort physique ou la douleur de la personne.

La présence de la famille est favorisée au maximum, les horaires de visites sont élargis. La présence est permise jour et nuit en fonction des sensibilités des familles.

La spiritualité des personnes en fin de vie est prise en compte, notamment avec la possibilité de faire intervenir des représentants religieux à la demande du résident (sur le moment ou si le souhait a été exprimé préalablement).

*Annexe - Protocole « Le soin de bouche »*

*Annexe - Protocole « soins palliatifs »*

## 7. L'ORGANISATION DES SOINS

### 7.1.1. ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Elles sont encadrées par le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

#### Sous la responsabilité et l'autorité administrative de la direction, le médecin coordonnateur :

- ✚ Il élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre.
- ✚ Il donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution.
- ✚ Il préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement.
- ✚ Il évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide des référentiels spécifiques (AGGIR, PATHOS).
- ✚ Il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins.
- ✚ Il contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments, des produits et prestations. Il élabore une liste, par classes des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien de la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur).
- ✚ Il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'EHPAD et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels.
- ✚ Il contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.
- ✚ Il élabore un dossier type de soins.
- ✚ Il établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale (RAMA) qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents.
- ✚ Il collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination.
- ✚ Il identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

- ✚ Il réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.
- ✚ Il élabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour (...) pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir

### *Annexe - Fiche de poste du médecin coordonnateur*

#### 7.1.2. ROLE DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

##### **Missions globales :**

L'infirmier exerçant en pratique avancée (IPA) participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies règlementairement et précisées dans un protocole d'organisation. Dans le respect du parcours de santé du patient coordonné par le médecin traitant, l'IPA apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les établissements et services de santé ou médico-sociaux. Il assure dans le respect des règles professionnelles et éthiques des soins de nature préventive et curative visant à promouvoir, maintenir ou restaurer la santé en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Il a un rôle de clinicien auprès des patients et de leurs proches et d'expert dans son domaine auprès des professionnels de santé.

##### **Activités essentielles :**

- ✚ Entretien, anamnèse et examen clinique du patient incluant le repérage des vulnérabilités.
- ✚ Observation et recueil des données à distance.
- ✚ Interprétation des données issues de l'entretien, de l'anamnèse et de l'examen clinique.
- ✚ Interprétation des signes et des symptômes en lien avec les pathologies identifiées et l'état de santé du patient.
- ✚ Interprétation des examens paracliniques.
- ✚ Suivi de l'observance des traitements tout au long du parcours de soins du patient.
- ✚ Identification des effets secondaires des traitements médicamenteux.
- ✚ Repérage des situations d'urgence.
- ✚ Orientation médicale, médico-sociale ou sociale en fonction de la situation.
- ✚ Formulation de conclusions cliniques et de diagnostic infirmier.
- ✚ Elaboration d'un projet de soins infirmiers avec la participation du patient, en cohérence avec le projet médical.

### Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques dans le cadre du suivi d'un patient dans son domaine d'intervention :

- ✚ Renouvellement de prescriptions médicales en cours et adaptation de la posologie.
- ✚ Renouvellement de prescription médicale de produits de santé et d'actes infirmiers.
- ✚ Prescription et renouvellement de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire (médicaments et dispositifs médicaux).
- ✚ Prescription d'examens complémentaires en fonction de la pathologie et de la situation : examens biologiques, orientations vers un professionnel de santé...
- ✚ Renseignement de dossiers ou contribution à l'établissement de formulaires ouvrant droit à des prestations sociales ou médico-sociales.
- ✚ Prescription ou orientation vers un programme d'éducation thérapeutique.
- ✚ Réalisation d'actes techniques adaptés à la pathologie et à la situation du patient

### Actions de prévention et d'éducation thérapeutique :

- ✚ Etablissement d'un bilan éducatif partagé avec le patient et son entourage incluant les objectifs à atteindre.
- ✚ Conception et réalisation d'actions de prévention primaire et d'éducation thérapeutique.
- ✚ Organisation et planification des actions.
- ✚ Réalisation d'actions de dépistage individuelles et collectives.
- ✚ Conception et réalisation d'actions d'éducation à la santé.
- ✚ Suivi de la mise en œuvre des actions dans le parcours de soins.
- ✚ Réalisation d'actions dans le cadre de projets territoriaux de santé.

### Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient :

- ✚ Participation à la coordination des activités entre le premier et le second recours, en ville et en établissement de santé.
- ✚ Elaboration, suivi et évaluation du plan personnalisé de santé (PPS).
- ✚ Enrichissement du dossier médical du patient rendant compte des actions menées, et des propositions visant à l'amélioration de la prise en charge.

### Activités paracliniques :

- ✚ Actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
- ✚ Enseignement, tutorat et communication
- ✚ Contribution à la recherche
- ✚ Veille professionnelle

*Annexe - Fiche de poste de l'infirmier en pratique avancée*

### 7.1.3. ROLE DE L'INFIRMIERE COORDINATRICE

#### L'infirmière coordinatrice est responsable :

- ✚ De la gestion et de la qualité des soins
- ✚ De la gestion et du développement des ressources humaines de son équipe, ainsi que de leur formation
- ✚ De la gestion des ressources humaines de son équipe et des modifications de planning (plannings jour et nuit, notation des agents, entretien d'embauche, suivi des carrières...)
- ✚ De la gestion des projets d'accompagnement personnalisés
- ✚ De l'organisation, de la planification et de l'accueil des étudiants qui relèvent des services de soins et assure la coordination entre l'EHPAD et les différents établissements de formation
- ✚ De la gestion et de l'achat du matériel de soins et de l'organisation du circuit du médicament
- ✚ De l'organisation des recherches et entrées de nouveaux résidents en relation avec l'administration, le médecin coordonnateur, l'infirmier en pratique avancée

#### L'infirmière coordinatrice :

- ✚ Veille à la mise en application des principes et techniques dictés par la démarche Humanitude,
- ✚ Effectue le contrôle de la qualité des soins
- ✚ Participe à la gestion ponctuelle des chambres (changements, etc)
- ✚ Réalise l'évaluation de son personnel
- ✚ Élabore avec son équipe le projet de soins
- ✚ Travaille sous l'autorité du directeur et en forte collaboration avec le médecin coordonnateur et l'infirmier en pratique avancée

#### L'infirmière coordinatrice coordonne les actions de son service avec :

- ✚ Le corps médical (médecins gériatres, psychiatres, généralistes, etc)
- ✚ L'administration et la direction
- ✚ Le service hôtelier dans son ensemble (cuisine, lingerie, service technique/entretien, ASH)
- ✚ L'animateur
- ✚ Le psychologue
- ✚ Les services prestataires (pharmacie, laboratoire, etc)
- ✚ Les résidents et les familles
- ✚ Les kinésithérapeutes
- ✚ Autres intervenants extérieurs

#### *Annexe - Fiche de poste de l'infirmière coordinatrice*

#### 7.1.4. AUTRES ELEMENTS D'ORGANISATION

##### ✓ Permanence et organisation des soins

###### ○ **Disponibilité des médecins coordonnateurs**

En cas de doute sur la situation médicale d'un résident qui revêt un caractère complexe, il est toujours possible de contacter le médecin coordonnateur.

###### ○ **En cas de problème de santé nécessitant une intervention dans la journée**

- appel du médecin traitant (médecin de ville ou coordonnateur)
- en cas d'absence, appel de S.O.S. médecin ou appel du 15

###### ○ **En cas de problème de santé nécessitant une intervention dans la nuit**

- appel de l'infirmière de nuit de la Fondation Jean DOLLFUS, pour avis ou intervention
- en cas d'absence, ou d'urgence, appel de S.O.S. médecin ou appel du 15

*Annexe - Convention IDE de Nuit avec la Fondation Jean Dollfus*

###### ○ **L'infirmière appelle le 15 ou SOS MÉDECINS ou le médecin traitant selon le degré d'urgence**

*Annexe - Protocole d'urgence*

###### ○ **En cas d'hospitalisation**

Le médecin prescrivant l'hospitalisation se met en relation avec un médecin ou un interne des urgences. Le dossier médical suit le patient (DLU).

*Annexe - Convention avec le Centre Hospitalier de Mulhouse*

###### ○ **En cas d'hospitalisation non urgente pour un problème gériatrique**

Le médecin traitant contacte un médecin ou interne d'un service de gérontologie du Groupe Hospitalier Régional - Mulhouse Sud Alsace ou de Pfastatt pour une admission directe.

###### ○ **Retour d'hospitalisation**

Aucun retour d'hospitalisation n'est idéalement effectué avant avis médical du médecin coordonnateur.

###### ○ **Les visites**

- les visites des médecins traitants se font, sauf urgence médicale, de 9H00 à 12H00 et de 14H00 à 18H00 du lundi au vendredi et hors jours fériés. L'infirmière est sollicitée au moment de la visite et tenue informée des éléments essentiels.
- les intervenants extérieurs (infirmiers psychiatriques, pédicures, kinésithérapeutes) sont en relation avec l'équipe soignante.

### ✓ Fonctionnement de l'équipe soignante

Dans un objectif de continuité des soins et d'amélioration de la qualité, les actions de l'ensemble des intervenants sont réfléchies, coordonnées, notamment par l'intermédiaire des programmes de soins. Les organisations de travail sont actualisées régulièrement afin de rester en adéquation avec les évolutions de l'état de santé et les souhaits des résidents.

*Annexe - Organisation des soins infirmiers*

*Annexe - Organisation du travail de l'équipe soignante de jour*

*Annexe - Protocoles lavage des mains*

*Annexe - Missions des veilleuses de nuit*

### ➤ Fonctionnement pluridisciplinaire

L'approche des problèmes de soins médicaux, infirmiers, des problèmes psychologiques, psychiatriques, nutritionnels, sociaux ou spirituels se fait de façon pluridisciplinaire. Cette réunion a lieu une fois par semaine et réunit le médecin coordonnateur, l'infirmier en pratique avancée, l'infirmière coordinatrice, le responsable hôtelier, la psychologue, une infirmière, les aides-soignants, l'animatrice et une fois par mois le kinésithérapeute pour évoquer les cas complexes et établir une stratégie soignante tenant compte des avis de tous les professionnels approchant le résident. D'autres professionnels sont invités si nécessaire.



Réunion de transmissions

- **Dossier de soins unique – Il est établi par les médecins coordonnateurs et l'équipe soignante**
- Le dossier individuel est informatisé, il permet la mise en œuvre de programmes de soins individualisés et réactualisés. La signature électronique de chaque acte réalisé est un gage de qualité et de traçabilité.
  - Le dossier médical informatisé comprend le motif d'entrée, les pathologies actives et antécédents, la dépendance, l'examen clinique d'admission, certains examens biologiques et radiologiques, des comptes rendus d'hospitalisation scannés et le traitement médical.
  - Le dossier médical papier comprend : divers comptes rendus d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation, examens et radiologiques. Il est mis à disposition des médecins traitants à chacune de leur visite.
  - Le Plan de Soins Individualisé est l'outil de travail de chaque soignant pour la journée, il est réactualisé, en cas de changement de l'état de santé significatif, afin de répertorier toutes les actions d'aides spécifiques à chaque résident (toilette, habillage, incontinence, etc.).
  - L'archivage physique est assuré par le personnel infirmier, lorsque la charge de travail le permet, dans une salle dédiée. Le système informatique assure quant à lui de manière permanente la sécurisation et la conservation des données.

## 8. DOCUMENTS ANNEXES

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	3
<b>2. LE PROCESSUS D'INSTITUTIONNALISATION</b> .....	4
<i>Procédure « Admission »</i> .....	4
<b>3. L'ARRIVEE DU RESIDENT</b> .....	5
<b>4. LES ELEMENTS D'OBSERVATION RECUEILLIS</b> .....	5
<i>Annexe - « Recueil de données à l'accueil » (TITAN)</i> .....	6
<b>5. L'ADMISSION</b> .....	6
<b>6. LA PRISE EN SOIN</b> .....	7
<i>Protocoles « Prévention des chutes »</i> .....	7
<i>Procédure « Contention physique »</i> .....	7
<i>Fichier divers « Prise en charge des troubles du comportement »</i> .....	8
<i>Protocole « Prévention des escarres »</i> .....	9
<i>Protocole « Douleur »</i> .....	9
<i>Annexe : Feuille de surveillance alimentaire</i> .....	9

<i>Annexe : Procédure « Suivi de l'état nutritionnel »</i> .....	9
<i>Annexe - Procédure « Constipation »</i> .....	10
<i>Annexe - Procédure « Diarrhée »</i> .....	10
<i>Annexe - Protocole « Le soin de bouche »</i> .....	10
<i>Annexe - Protocole « soins palliatifs »</i> .....	10
<b>7. L'ORGANISATION DES SOINS</b> .....	11
7.1.1.    ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR .....	11
<i>Annexe - Fiche de poste du médecin coordonnateur</i> .....	12
7.1.2.    ROLE DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE .....	12
<i>Annexe - Fiche de poste de l'infirmier en pratique avancée</i> .....	13
7.1.3.    ROLE DE L'INFIRMIERE COORDINATRICE .....	14
<i>Annexe - Fiche de poste de l'infirmière coordinatrice</i> .....	14
7.1.4.    AUTRES ELEMENTS D'ORGANISATION .....	15
<i>Annexe - Protocole d'urgence</i> .....	15
<i>Annexe - Convention avec le Centre Hospitalier de Mulhouse</i> .....	15
<i>Annexe - Organisation des soins infirmiers</i> .....	16
<i>Annexe - Organisation du travail de l'équipe soignante de jour</i> .....	16
<i>Annexe - Protocoles lavage des mains</i> .....	16
<i>Annexe - Missions des veilleuses de nuit</i> .....	16
<b>8. DOCUMENTS ANNEXES</b> .....	17