

E.H.P.A.D. Saint Camille

Projet de soins – 2011

*Introduction*



## Présentation

Ce projet de soins s'intègre dans l'histoire de Saint-Camille accueillant, depuis longtemps, des personnes très souvent défavorisées, à l'aide sociale, bénéficiant d'une protection juridique et/ou venant du secteur géro-psi-psiatrique.

Ce public nécessite un investissement conséquent, personnel et collectif, requérant compétence, savoir-faire et savoir être.

Cet accompagnement singulier exige une disponibilité et une attention quotidiennes.

L'évolution de la population accueillie ces dix dernières années a amené l'institution à s'adapter au fil du temps :

le recrutement d'un cadre de santé en 2001, d'un médecin coordonnateur fin 2002, le renouvellement de l'équipe infirmières et aide-soignante les années suivantes, puis l'étoffe progressive de l'équipe de service dans le cadre de la signature de la convention tri-partite début 2007.

La mobilisation de ces compétences et la coordination pluridisciplinaire ont permis l'élaboration d'un plan de soin individualisé, toujours à reprendre, qui a amené la prise en compte de la qualité de l'accueil des personnes des formalités de pré admission jusqu'à l'accompagnement de la fin de la vie, de la toute fin de vie.

Parallèlement, dans le contexte sanitaire et hospitalier actuel (durée moyenne de séjour de plus en plus courte, l'allongement du délai de traitement des urgences), l'institution a entendu le désir d'un certain nombre de personnes âgées et de leur entourage de ne pas être hospitalisées et d'être accompagnées, jusqu'au bout, à Saint Camille.

Pour ce faire, l'établissement développe une politique de formation ambitieuse permettant, individuellement et collectivement, d'acquérir de nouvelles compétences, de mobiliser des énergies et de mettre en place les recommandations de bonnes pratiques en E.H.P.A.D.

Ce projet de soins, partie intégrante du Projet d'établissement, s'attarde d'abord sur le résident et son quotidien.

Il se poursuit en suite par un état des lieux statistique avant de préciser les missions des acteurs en intra et en extra, tout en indiquant les moyens mis à leurs dispositions.

S'en suivent le descriptif des protocoles (en annexe) élaborés, évalués et mis en place par l'équipe.

En conclusion, nous proposerons différentes orientations, en fonction de l'évolution des résidents, en tenant en compte du contexte réglementaire actuel.



# Sommaire

## I/ Introduction, présentation

### II / Le quotidien du résident :

II/1 : Dans une histoire individuelle

II/2 : l'horloge !

II/3 : Détails de ce quotidien

### III / Etat des lieux :

III/1 : Statistiques

III/2 : Pathologies

### IV / Les acteurs du Projet de soins : les missions de chacun

IV/1 : en intra

IV / 2 : en extra

### V : Les moyens, les outils :

V/1 : le dossier médical et infirmier informatisé

V/2 : L'organisation du travail

V/3 : Matériel

### VI : Réponses aux besoins spécifiques des résidents :

VI/ 1 : Accueil d'un résident

VI/ 2 : Prise en charge de la douleur

VI/ 3 : Prévention et soins des escarres

VI/ 4 : Nutrition, alimentation du résident

VI/ 5 : Le circuit du médicament

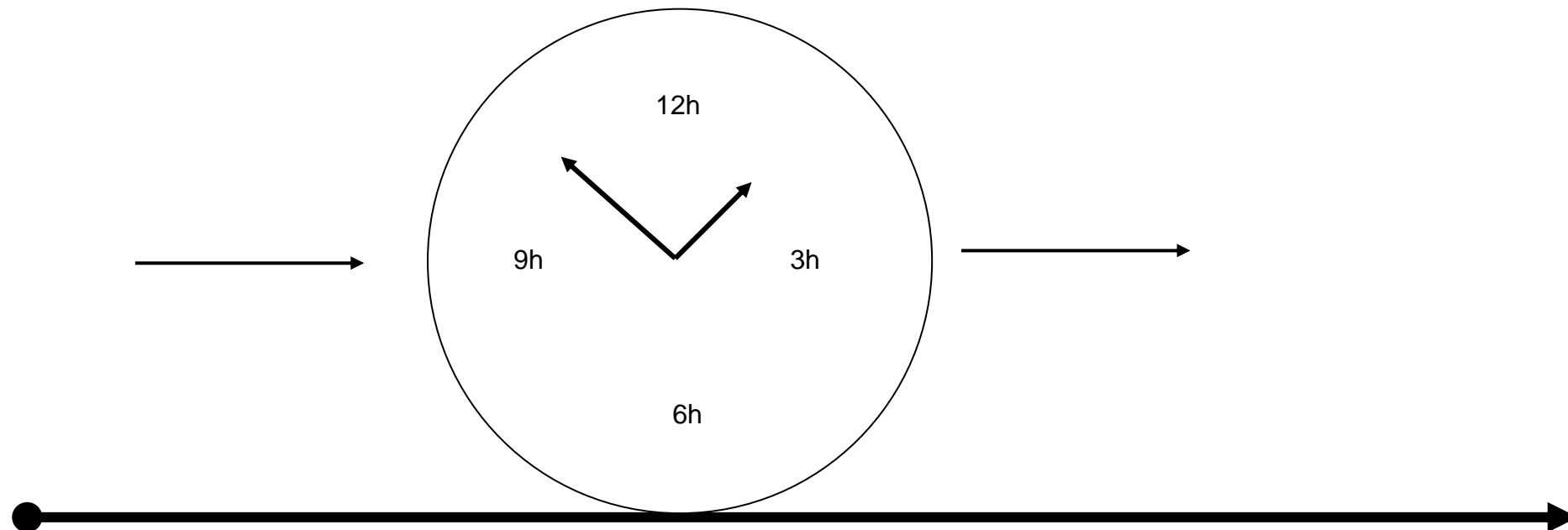


*VI/ 6 : Conduite à tenir en situation de canicule*  
*VI/ 7 : Prévention des chutes*  
*VI/ 8 : Mise en place d'une contention*  
*VI/ 9 : Les déficits sensoriels*  
*VI/ 11 : Les troubles du sommeil*  
*VI/ 12 : Hygiène et risque infectieux*  
*VI/ 12 bis : La prévention de l'incontinence*  
*VI/ 13 : Urgences : Conduite à tenir*  
*VI/ 14 : La place de l'aumônerie dans l'accompagnement du résident*  
*VI/ 15 : la psychopathologie du résident*  
*VI/ 16 : la psychopathologie du résident*  
*VI/ 17 : un résident en fin de vie*  
*VI/18 : Surveillances spécifiques*  
*VI/18/1 : Le diabète*  
*VI/18/2 : L'oxygénothérapie portable*  
*VI/18/3 : La voie sous cutanée*  
*VI/18/4 : Surveillance fécalome et recherche d'infection urinaire*  
*VI/19 : la bien traitance : contre la maltraitance*

**VII : Conclusion et Perspectives**



**II / Le quotidien du résident :**  
**II/1 : Dans une histoire individuelle**



**1/Contact**

Dossier médical  
 progressive  
 Visite de pré admission  
 - évaluation somatique  
 - évaluation psychologique

**2/ Admission**

Accueil  
 écoute, relais,  
 synthèse, relation d'aide  
 Médecin traitant  
 Lien familial

**3/ Accompagnement**

- de la vie  
 - soins palliatifs  
 Apprivoisement ! :  
 - toilette mortuaire  
 - spirituel

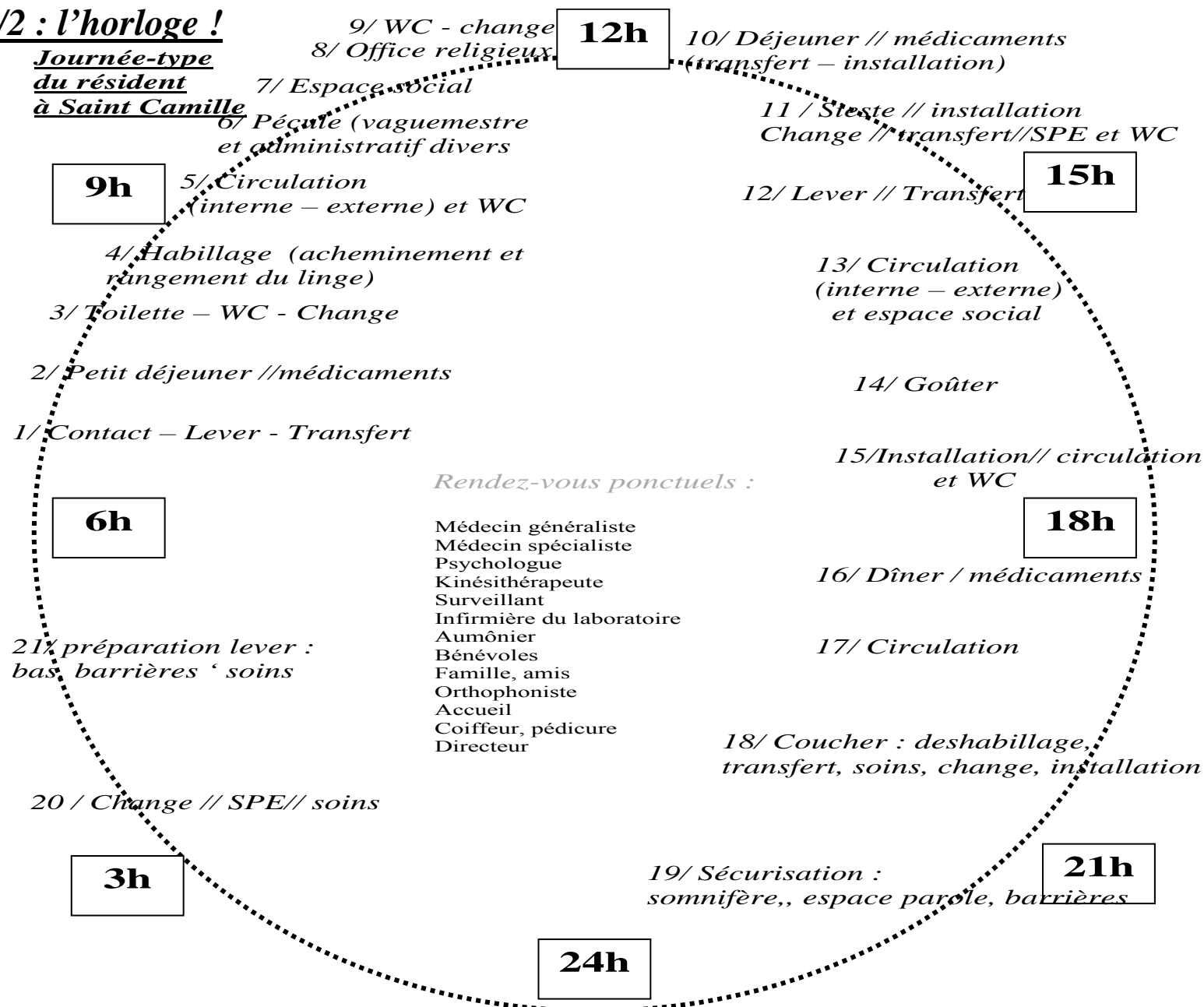
**4/ Accompagnement de la toute fin de vie**

- de la perte d'autonomie  
 - Funérailles



## II/2 : l'horloge !

### Journée-type du résident à Saint Camille



## II/3 : Détails de ce quotidien

### 1/ Contact - Transfert - Lever

- Contact : \* frapper à la porte (attendre l'invitation à entrer !)
  - \* salutations : « Bonjour » !
  - \* lumière - du jour ? lampes ? stores ?
  - \* barrières
- Transfert \* sans appareillage
  - assis au bord du lit quelques instants
  - installés - WC
    - fauteuil
    - fauteuil roulant
    - lavabo
    - laissé au lit
- \* avec appareillage
  - mise en route lève malade (ou verticalisateur)
  - installation du hamac (2 transferts) 2 personnes
  - transfert (cf. plus haut)

La toilette au lit peut précéder cette étape du transfert. Le résident peut également être laissé au lit (du coup installation pour le petit déjeuner).

### 2/Petit déjeuner//médicaments

2/1 en salle de restaurant

- choix du liquide , choix du solide self ?
- surveillance de la prise alimentaire alerte ? traçabilité ?
- distribution de médicaments

2/2 en chambre ou petite salle à manger d'étage : résidents levés : **INSTALLATION !!!**

- soit T.A.M (adaptbale) soit table
- **veiller aux habitudes** (sucre dans l'assiette, tartine à faire ou non, confiture à ouvrir...)
- distribution et aide à la prise des médicaments
- écoute, échange.... observation
- élaboration d'une boisson adaptée (blédine, épaississant... ) et aide à la prise alimentaire



2/3 en chambre au lit

- élaboration d'une boisson adaptée (blédine... ) et aide à la prise alimentaire

### 3/ Toilettes -WC- Change

3/1 contact (cf. 11). **Mettre la présence.**

3/2 préparation du matériel. Fermer fenêtre + rideaux (selon voisinage)

3/3 mise aux toilettes si nécessaire (ou sur la chaise de bien séance)

3/4 toilette (du plus propre au plus sale)

#### **△ Prise de température si problème particulier**

- visage (... rasage... ), bras, mains (ongles !), tronc, dos, génito-anal et change ( !!! décalotage... et !!! recalotage !), jambes, pieds
- Soins bucco dentaire selon la possibilité de la personne.
- Prothèse dentaire à nettoyer, et mettre en place (si la personne ne peut pas le faire)
- coiffure (maquillage)

\* Soins préventifs et curatifs cutanés (pansements...)

\* Pour l'ensemble de ces soins, veiller aux 3 étapes :

1/savonnage,

2/ rinçage,

3/ séchage (**△ dans les plis et entre les orteils**)

suivies de l'application, si besoin, d'une crème hydratante.

\* Soins complémentaires

o nettoyage lunettes

o pose appareils auditifs (vérification des piles)

o manucure

o pédicure

o pose des bas, chaussettes ou bandes de contention

Selon la situation, inscrire la personne pour le prochain passage de la pédicure.

\* Réfection du lit

\* Proposer un verre d'eau





- \* Rangement du matériel et de la salle de bains  
*Pour les personnes concernées, veiller à l'état des fauteuils roulants.*
  - \* Douche complète... (évaluation individuelle)
  - \* Traçabilité des soins et évaluation des soins (fiche individuelle, classeur de douche ou main courante informatique)
  - \* Installation// contention du résident (selon protocole)
- Durant l' ensemble de ces soins, écoute, échange et observation du résident...**

#### **4/Habillage - Vêtements**

- Veiller au change des vêtements
- Demander l'avis de la personne (attention aux saisons).
- Message éventuel aux familles pour besoins particuliers
  - Haut : peut lever les bras
  - Milieu : boutonnage ?
  - Bas:...

#### **5/ Circulation**

- Amener la personne à l'endroit le plus adapté possible pour elle, soit qu'elle le souhaite, soit qu'on l'estime pour elle (toujours à décider en équipe)
  - la laisser dans la chambre
  - petit salon d'étage... TV ou non, musique ou non, voisinage...
  - couloir du RC ou salle de détente ou parc

#### **6/Pécule, vagemestre et accueil administratif**

- \* Donner la somme d'argent déterminée à l'avance (soit avec la personne, soit son représentant légal - tuteur...) les jours et heures dites (1, 2 ou 3 fois par semaine).
- \* Distribution du courrier, des journaux,
- \* Réponse aux différents problèmes administratifs (facture, sécu, repas invités, absences...)
- \* Standard pour passe une communication à un résident



## 7/Espace social

Espace collectif avec surveillance spécifique (petit salon)

Espace géronto psychiatrique à venir

Animation (maintien en forme, revue de presse...)

## 8/ Office religieux

Permettre aux résidents qui le souhaitent de participer au culte... de leur choix !!!

Attention aux heures des offices

## 9/WC-change-

A la demande, installer au WC ou changer le résident

## 10/Déjeuner //Médicaments

9/1 Transfert sur le lieu déterminé du repas (chambre, salle à manger d'étage, espace de soins, salle de restaurant, salle à manger invité...)

9/2 Installation - individuelle (chariot, passage... )  
collective (voisinage)

9/3 Surveillance hydratation, prise alimentaire (quantité, équilibre...), alcool

9/4 Aide à la prise du repas (semi liquide, mixé...)

9/5 Distribution et aide à la prise des médicaments

9/6 Retour sur son lieu de vie

## 11/Sieste //Installation - WC - chance - transfert – SPE

11/1 Evaluation du besoin *de repos* de la personne

(son désir et son besoin de changement de position). Installation toute personne ayant une protection doit bénéficier d'un soin : nettoyage, SPE (massage d'effleurage) Change si besoin.

11/2 Evaluation du besoin *de change* de la personne : ne pas mécaniser le soins. Change protection non systématique mais à évaluer. Quel impact, quelle image chez la personne que ce change ou non change ?



### 12/Lever//Transfert : cf 1

Transfert individualisé par AS et ASH.

### 13/ Circulation (interne - externe) et espace social :

13/1 Veiller à la proposition d'animation (les personnes peuvent oublier) :

Transfert individualisé par AS et ASH.

13/2 cf 5

### 14/Goûter

14/1 Veiller à une hydratation suffisante : passage systématique dans Toutes les chambres.

Par secteur.

*Cf fiche de surveillance* pour des personnes ciblées.

14/2 Proposer un « solide »

Identification **des personnes à risque**, notamment en étage

### 15/Installation //Circulation et WC//change (à la demande)

### 16/Dîner//Médicaments : cf9

L'équipe d'étage veille à ce que tous les résidents de son étage soient installés pour le dîner.

Pour les résidents très dépendants, il est préférable que le dîner se passe à l'étage de la personne (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup>) :

Fatigabilité du résident, encombrement des circulations...

A prendre en compte pour l'aménagement architectural.

### 17/Circulation (transferts) :

Acheminer les résidents dans leur chambre ;.. ou ailleurs

### 18/ Coucher : déshabillage. transferts (WC). soins, change : cfl et 3

Veiller particulièrement à l'installation pour la nuit ( moment déterminant pour une



nuit satisfaisante ) selon la personne :

Après un passage à la salle de bain (mise au WC, « *toilette de chat* »\* nettoyage du dentier et brossage des dents. et stores baissés ) : **Installation PERSONNALISEE :**

- position du relève buste
- nombre de couvertures selon la saison
- barrières selon « protocole contention »  
TAM si besoin
- Sonnette à portée de mains ! **Vérifier la hauteur du lit !**
- Salutations ? : « Bonne Nuit »

\*« *toilette de chat* » : toilette génitale, visage et mains, change selon.

### **19/Sécurisation : somnifère, espace parole, contention variée, bar et repas thérapeutique**

Ce début de nuit est également essentiel pour mettre en confiance le résident

et lui offrir les conditions d'un sommeil apaisé, tranquilisé,

- distribution et aide à la prise des traitements dans un moment d'échange éayant, rassurant, apaisant
- rester disponible pour le résident qui sonne ou qui se déplace pour rencontrer l'aide soignant : mise en route d'une écoute, d'une relation d'aide...

La question se pose d'associer à cette distribution de médicament **un tour systématique d'hydratation.**

- L'hiver : une boisson chaude (tisane) ce qui suppose une tasse adaptée (attention à l'installation de la personne , la chaleur...)
- L'été : boisson chaude ou froide.
- L'expérience de l'été s'est révélée concluante, et appréciée des résidents.

- Est-ce que ce tour d'hydratation est assuré par l'aide soignant et le veilleur en même temps ?

- Quelle modification du profil de poste (ménage des communs avec nuisance sonore – la mono brosse - ) ?

Distribution des hypnotiques : Actuellement l'aide-soignant de nuit utilise le « plateau veilleur », préparé par l'IDE<sup>1</sup> (entre 20 et 25 personnes environ).

L'utilisation du chariot de médicament pour la distribution de nuit manque de souplesse (réponse aux sonnettes), oblige à utiliser l'ascenseur.

---

<sup>1</sup> L'IDE transfère les médicaments de la case nuit de la boîte journalière dans une boîte ronde nominative (de la couleur de l'étage du résident). Chaque boîte a un couvercle.



### **20// Surveillance chez les résidents présentant des difficultés**

24h : passage chez les résidents nécessitant une surveillance spécifique (présence, TA, température)

Pour les résidents étant dans la phase des soins palliatifs, l'aide soignant de nuit a l'information

- à la relève orale avec l'équipe de jour,
- sur la main courante,
- sur le tableau de l'office.

### **21// Chasse //SPE//Soins**

Entre 2h30 et 3h : début du tour des changes (durée environ 1h30)

Une trentaine de résidents

La fiche « gestion des protections » affichée sur les chariots de change n'est pas utilisée par les veilleurs.

### **2//Préparation lever : bas, barrières, soins, médicaments de 6h.**

Le bien dormir : c'est difficile à évaluer : souvent les personnes disent : je n'ai pas fermé l'oeil alors qu'ils ont dormi, mais se sont réveillés plusieurs fois.

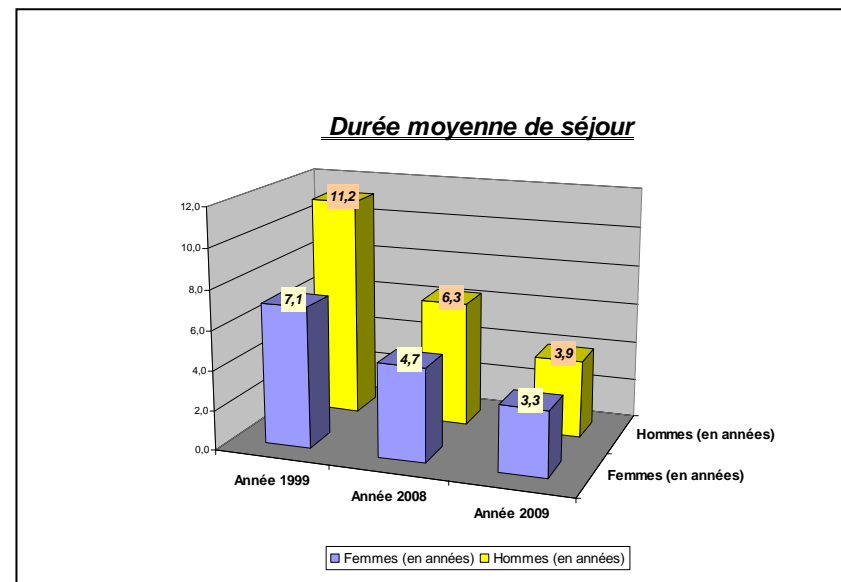
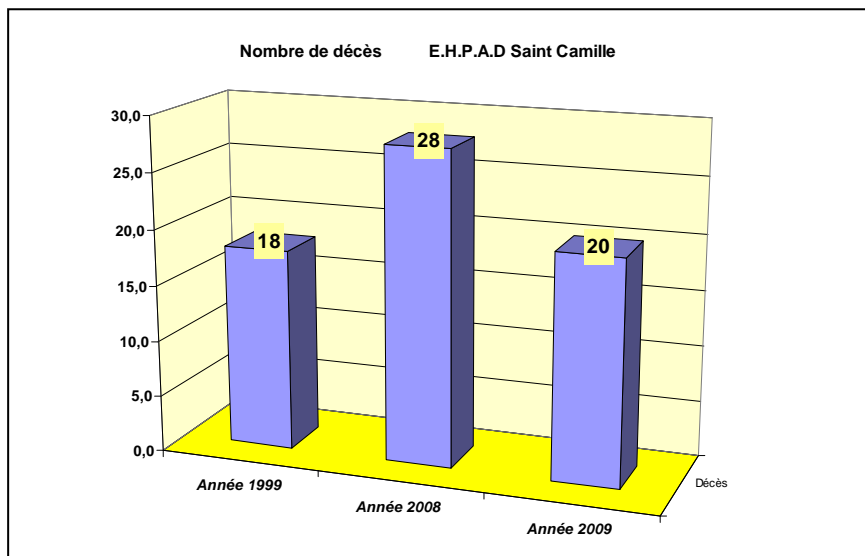
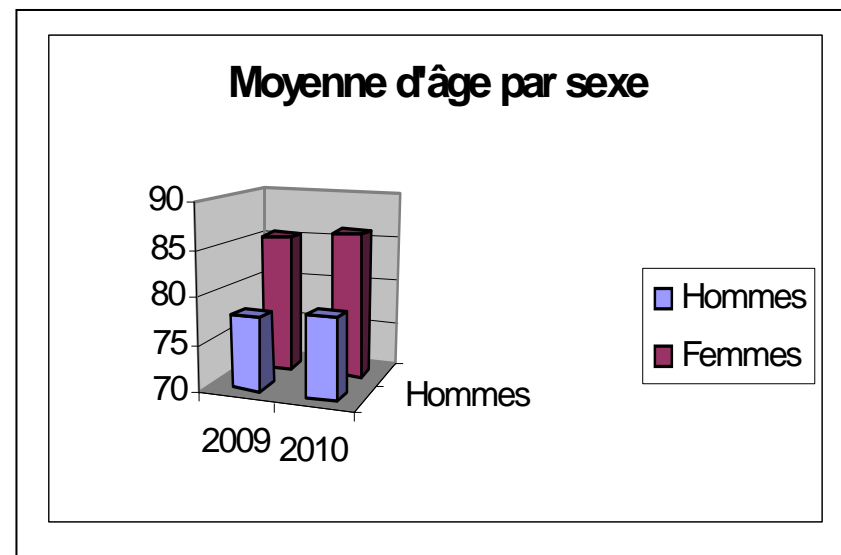
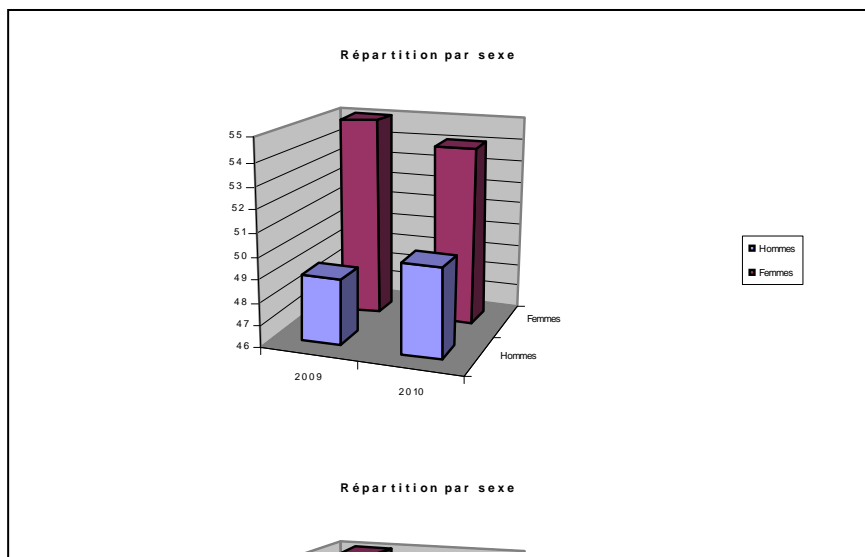
Avec le vieillissement, le sommeil paradoxal (au cours duquel on rêve), ne diminue pas.

Les personnes âgées parlent régulièrement de leurs rêves.



### III / Etat des lieux :

#### III/1 : Statistiques



## III/2/ Pathologies

### III/2/1 Domaine de pathologies

Cf graphique Analyse des domaines de pathologies dominantes



### III/2/2 Détails des pathologies

<u>DESIGNATION</u>	<u>% des résidents sélectionnés</u>	<u>Nombre</u>	<u>% du total étudié</u>
Insuffisance cardiaque	17.48 %	18	2.31 %
Coronaropathie	9.71 %	10	1.28 %
Hypertension artérielle	33.98 %	35	4.49 %
Troubles du rythme	17.48 %	18	2.31 %
Phlébite	12.62 %	13	1.67 %
Embolie, thrombose, amputation	12.62 %	13	1.67 %
Artériopathie chronique	10.68 %	11	1.41 %
Hypotension orthostatique	6.80 %	7	0.90 %
Malaises, vertiges, PdC, chutes	12.62 %	13	1.67 %
Accident vasculaire cérébral	12.62 %	13	1.67 %
Comitialité focale et général.	3.88 %	4	0.51 %
Syndrome parkinsonien	12.62 %	13	1.67 %
Syndrome confusionnel aigu	0.97 %	1	0.13 %
Trouble chron. du comportement	31.07 %	32	4.11 %
Etat dépressif	42.72 %	44	5.65 %
Etat anxieux	31.07 %	32	4.11 %
Psychose, délire, hallucination	18.45 %	19	2.44 %
Syndrome démentiel	49.51 %	51	6.55 %
Broncho-pleuro-pneumopathie	16.50 %	17	2.18 %
Insuffisance respiratoire	9.71 %	10	1.28 %
Syndromes infectieux généraux	2.91 %	3	0.39 %
Infection urinaire basse	2.91 %	3	0.39 %
Escarres	2.91 %	3	0.39 %
Autres lésions cutanées	8.74 %	9	1.16 %
Pathologie de la hanche	24.27 %	25	3.21 %
Pathologie de l'épaule	11.65 %	12	1.54 %
Pathologie vertébro-discale	23.30 %	24	3.08 %
Autres pathologies osseuses	37.86 %	39	5.01 %
Polyarthrite et path. articul.	11.65 %	12	1.54 %
Syndromes digestifs hauts	12.62 %	13	1.67 %
Syndromes abdominaux	33.01 %	34	4.36 %





Affection hépatique, biliaire	11.65 %	12	1.54 %
Dénutrition	14.56 %	15	1.93 %
Diabète	8.74 %	9	1.16 %
Dysthyroïdie	10.68 %	11	1.41 %
Troubles de l'hydratation	9.71 %	10	1.28 %
Rétention urinaire et prostatisme	19.42 %	20	2.57 %
Insuffisance rénale	4.85 %	5	0.64 %
Incontinence	22.33 %	23	2.95 %
Anémie	6.80 %	7	0.90 %
Etat cancéreux	17.48 %	18	2.31 %
Hémopathies malignes	0.97 %	1	0.13 %
Syndrome inflammatoire, fièvre	1.94 %	2	0.26 %
Pathologie oculaire évolutive	30.10 %	31	3.98 %
Etat grabataire	2.91 %	3	0.39 %
Autres pathologies	59.22 %	61	7.83 %
<i>Total général</i>	100.00 %	779	100.00 %

*103 résidents analysés.*

*103 résidents sélectionnés dont 0 sans pathologie.*

Ce graphique et cette liste mettent en évidence trois principaux groupes :

- les affections neuro-psychiatriques,
- les affections ostéo-articulaires,
- les affections cardio-vasculaires.

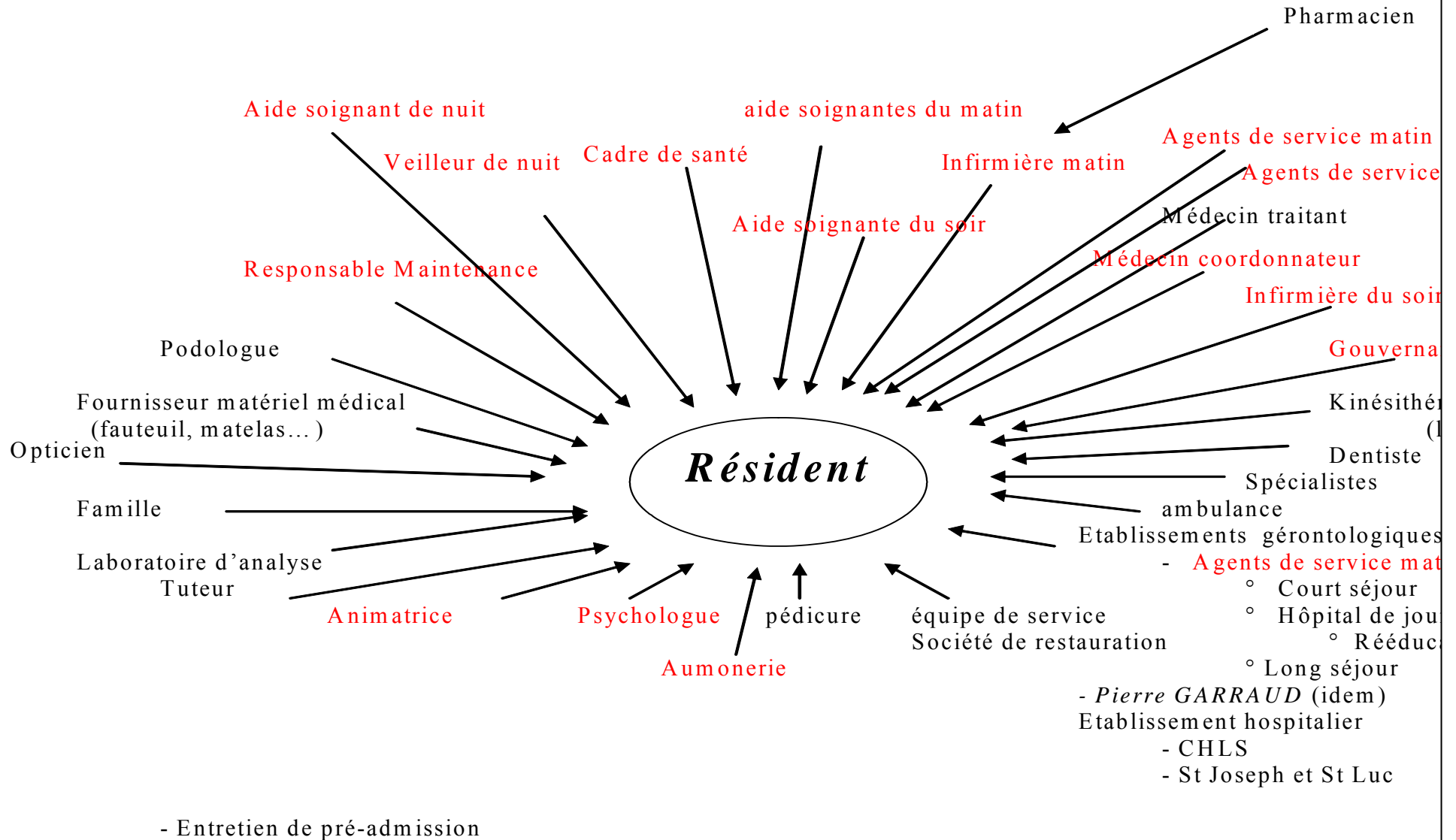
La spécificité de l'éthique et du recrutement de Saint Camille explique le pourcentage important de psychoses et de troubles du comportement.



## IV / Les acteurs du Projet de soins :

### les missions de chacun au service du résident

# Coordination *interne* et externe



## **IV/1 : en intra**

L'équipe soignante est composée :

- d'un médecin coordonnateur, titulaire de la capacité de gériatrie,
- d'un cadre de santé, titulaire du Diplôme Universitaire de base de soins palliatifs,
- d'une psychologue, titulaire du Diplôme d'Etudes Supérieur Spécialisé en clinique gériatrique,
- de 5 infirmières, dont une titulaire du Diplôme Universitaire de psychiatrie du sujet âgé,
- de 16 aide-soignantes dont 8 titulaires du Diplôme Professionnel d'aide-soignant(e), les autres étant inscrites dans un processus de validation des acquis
- de 12 agents de service,
- une secrétaire médicale (1/2 journée par semaine).

Les autres professionnels (secrétaires de l'accueil, l'animatrice, les personnes de l'entretien, la lingère, la gouvernante, la gestionnaire, le Directeur), dans leur fonction de lien social, les services rendus, participent au projet de soins.

## **IV/2 : en extra**

### **IV/2/1 : le médecin traitant**

Le résident a le libre choix de son médecin traitant, mais l'organisation des soins est essentiellement structurée, depuis 2004, autour de 6 médecins généralistes intervenant chaque semaine, se partageant les 6 jours ouvrables.

Cette régularité a permis

- une connaissance mutuelle entre médecins et infirmiers (ères), délimitant les possibilités et les limites des soins à Saint Camille, favorisant un dialogue préalable à toute consultation, élément indispensable pour un plan de soin adapté (galénique des traitements par exemple) ;
- l'harmonisation des transmissions médicales (observation et ordonnances) par l'utilisation régulière d'un même outil informatique, outil évolutif à partir des remarques des utilisateurs ;
- la mise en place de rencontres de travail annuelles ou bi annuelles selon les années rassemblant l'équipe infirmière et la psychologue (intra), les six médecins généralistes et les deux kinésithérapeutes intervenants portant sur l'ensemble des difficultés rencontrées dans l'organisation des soins individuels : la délivrance des traitements (de la prescription jusqu'à l'administration), la mise en place de repères réguliers de surveillance (poids, TA, glycémie, bandelette urinaire, selles), l'harmonisation des protocoles de pansement, etc... ;
- l'organisation de soirée de formation réunissant l'équipe soignante de Saint Camille (intra) et les professionnels libéraux intervenants (extra) portant notamment sur la prise en charge de la douleur (prescription limitée, échelle d'évaluation, surveillance des effets indésirables) sur l'accompagnement des personnes démentes en fin de vie, sur la iatrogénie, sur le soin palliatif en gériatrie (liste non exhaustive).



### **IV/2/2 : le kinésithérapeute**

Deux masseur-kinésithérapeutes interviennent du lundi au vendredi, une le matin, l'autre l'après midi, auprès de 65% des résidents. Ils assurent un passage le week-end si nécessaire.

Ils sont intégrés à l'équipe soignante, participant aux différentes formations, à certaines relèves, et synthèses, et utilisent les transmissions informatiques. Leur intervention couvre la rééducation post traumatique, l'insuffisance respiratoire (aigüe ou chronique), la mobilisation passive et la relaxation (notamment en phase palliative).

### **IV/2/3 : l'orthophoniste**

Quatre résidents bénéficient d'un suivi orthophoniste.

Ce poste est à développer. Certaines personnes pourraient être soutenues par la mise en place d'un bilan et d'un suivi.

### **IV/2/4 : la psychomotricienne**

Un résident bénéficie d'un suivi de psychomotricité pour une meilleure appréhension de son schéma corporel.

Ce poste est à développer.

### **IV/2/4bis : l'ergothérapie**

La présence d'une ergothérapeute permettra de développer un travail d'évaluation d'aides techniques aux gestes de la vie courante, ainsi que l'animation d'ateliers. Ce poste est à créer.

### **IV/2/5 : le dentiste**

Chaque résident bénéficie d'une évaluation bucco-dentaire par le médecin coordonnateur.

Le dentiste vient dans l'établissement lorsque le résident ne peut se déplacer. Il renseigne *une fiche d'évaluation bucco dentaire* et propose les soins nécessaires.

Ces soins font toujours l'objet d'un devis transmis au référent familial ou au tuteur.

### **IV/2/6 : le Centre Médico Psychologique du 5<sup>ème</sup> arrondissement et les autres C.M.P**

L'équipe du centre médico psychologique du 5<sup>ème</sup> arrondissement assure le suivi d'une vingtaine de résidents.

Cette participation active prend plusieurs formes :

- visites régulières à Saint Camille du géro-psycho-atr,ne,
- visites infirmières à Saint Camille selon un rythme personnalisé,
- animation d'un temps de relève trimestriel avec l'équipe de Saint Camille,



- rencontre du psychiatre tous les deux mois avec les médecins traitants.

Cette équipe assure le lien avec les services hospitaliers du Vinatier.

Par ailleurs, d'autres liens se sont développés avec d'autres structures de soins psychiatriques (au 1<sup>er</sup> juin 2010) :

- le C.M.P d'Oullins (Hôpital Saint Jean de Dieu) pour 3 personnes;
- le C.M.P de Vaise (Hôpital spécialisé de Saint Cyr au Mont d'or) pour une personne ;
- la Maison de santé de Vaugneray, pour une personne.

#### **IV/2/7 : les établissements gériatriques**

L'E.H.P.A.D Saint Camille a signé une convention avec *le Centre hospitalier gériatrique Pierre GARRAUD et l'hôpital de Fourvière.*

Ce partenariat facilite

- les hospitalisations pour bilan, évaluation, et thérapeutiques non réalisables à Saint-Camille,
- les ateliers parkinson ou réminiscence,
- les consultations mémoire,
- les admissions.

#### **IV/2/8 : la Clinique Charcot :**

La proximité de cet établissement médico-chirurgical permet de trouver des solutions satisfaisantes sur plusieurs points :

- les urgences pour la traumatologie et petite chirurgie,
- la radiologie pour la quasi totalité des examens radiologiques (echo doppler, scanner...)
- les médecins spécialistes ( dont certains praticiens d'ailleurs se déplacent).

### **V : Les moyens, les outils :**

#### **V/1 : le dossier médical et infirmier informatisé :**

La mise en place d'un logiciel médical et paramédical associé à la mise à disposition de cinq postes informatiques répartis sur 3 étages permettent une utilisation inter-disciplinaire (médecins, IDE, aide-soignant, kiné, psychologue, dentiste, administratifs). Chaque intervenant utilise une main courante spécifique. Sur plan médical et infirmier, des observations spécifiques existent : suivi pour hospitalisation, suivi de soins palliatifs.

Une traçabilité personnalisée, sécurisée et efficace a été rendue possible par :

- le recueil régulier des mesures physiologiques (tension artérielle, dextro, poids...),
- la liaison H<sup>7</sup> permettant l'intégration des résultats biologiques dans le dossier du résident,
- la relève soignante au jour le jour dans la main courante,
- la création de la quasi-totalité des ordonnances (traitements, biologie, examens complémentaires...),



- la planification des rendez-vous et des transports afférents,
- la création *d'une fiche de liaison* complète (hospitalisation, rendez-vous).

Plusieurs éléments restent encore sur des supports papiers :

- la programmation des soins infirmiers,
- leur validation,
- les soins aide-soignants,
- la surveillance des selles.

Une secrétaire médicale assure, une demie journée par semaine, le classement des dossiers médicaux et infirmiers, ainsi que la préparation des rendez-vous programmés.

### **V/2 : L'organisation du travail**

#### **\* La sectorisation :**

- La sectorisation (2 secteurs de soins infirmiers par niveau – 1<sup>er</sup> et 4<sup>e</sup> étage, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> étage ) et 3 secteurs aide-soignants permet
  - a. un meilleur suivi des résidents (continuité sur le moyen terme) ;
  - b. une meilleure efficacité des soignants (moins de dispersion) en améliorant les conditions de travail (moins de déplacements).

Une réflexion est en cours pour la mise en place de binômes aide-soignants//A.S.H pour une optimisation du service aux personnes.

#### **\* Un plan de soin individualisé :**

La réalisation d'un plan de soin individualisé en cours de finalisation permettra une programmation infirmière et aide-soignante personnalisée, tracée et opposable, facilitant le calendrier des soins (heure, jour, semaine, mois) et l'évaluation qualitative.

Ce plan de soin sera réévalué au retour d'hospitalisation, au moment de l'évaluation de la dépendance chaque année en septembre.

#### **\* Réévaluation :**

Un outil de réévaluation régulière doit être travaillé.

### **V/3 : Matériel**

#### **\* L'informatique :**

Les transmissions sont assurées par l'ensemble des acteurs de soins (intra et extra) grâce à la mise à disposition de postes informatiques de qualité, en nombre suffisants.



Une réflexion est en cours pour l'acquisition de micro ordinateur portable pour les infirmières (saisie immédiate des données au chevet du résident pour une meilleure transmission). L'équipe aide-soignante sollicite également un micro ordinateur par secteur aide-soignant.

\* Matériel médical diagnostic

L'utilisation de saturomètres, d'un appareil à électro cardiogramme facilite la surveillance et le diagnostic médical.

\* Chariots de médicaments

Le remplacement des chariots de médicaments en décembre 2009 a permis de faciliter les conditions de distribution (plateaux de piluliers anti chutes).

\* Chariots de douche

L'utilisation de deux chariots douche permet d'assurer des soins en sécurité pour les résidents dans de bonnes conditions de travail pour le personnel.

L'acquisition d'un *verticalisateur* programmé en 2010, d'une *chaise de douche* dans les années qui viennent visent à faciliter certains transferts.

\* Investissements à venir

Plusieurs permettront d'améliorer le diagnostic et les soins :

- blader scan (recherche de rétention urinaire).
- appareil de photo (suivi des escarres)
- lecteur de bandelettes urinaires.
- téléphone aide-soignant par secteur.



## VI : Réponses aux besoins spécifiques des résidents : Protocoles de soins

### VI/1 : Accueil d'un résident

Un travail interdisciplinaire a permis ces dernières années de mettre en place une procédure d'admission récapitulée dans le schéma de la page suivante.

- Psychologue :**
- participe à la visite de pré-admission : aide la personne à préciser son projet de vie ;
  - visite de situation quelques jours après l'admission ;
  - Compte-rendu de visite de pré-admission
- Infirmier (ère) :**
- accueil et installation,
  - récupère les dossiers et ordonnances pour préparation du traitement ;
  - réalise l'entretien d'histoire de vie ;
  - veille à la mise en confiance : met en œuvre la continuité des soins.
  - Précise avec la personne le lieu du petit déjeuner
  - Elabore le plan de soins des prochaines 24h
  - Transmet les informations sur la main courante et sur le tableau de l'office ;

### **Aide soignante de jour :**

- accueil, installation selon les accompagnants, recueil des habitudes de vie ;
- transfert aller retour pour salle à manger
- référent aide-soignant

### **Aide soignante de nuit :**

- présentation en tout début de nuit pour rassurer ;
- mise en place des actions selon plan de soin ;

### **Responsable entretien :**

- vérification // réparation avec mise en conformité
- installation matériel ;

### **Animatrice :**

Contact dans la semaine qui suit pour évaluer le besoin social du résident ;

### **Médecin coordonnateur :**

- accord du Dossier médical d'admission avec ou sans visite à l'hôpital ou à St Camille ;
- visite médicale d'admission à J+4 : élaboration des actions à entreprendre, analyse de pathos et GIR.
- réunit les pièces du dossier médical

### **Cadre de santé :**

- participe à la visite de pré-admission : Compte rendu sur dossier médical ;
- synthèse de présentation sur l'ordinateur :
  - o désignation d'un **réfèrent soignant** pour l'accueil et relais ;
  - o décision de la logistique correspondante
- J+20 : contact famille pour évaluation

### **Le médecin traitant :**

- Visite de prise de contact clinique ;
- Transcription des ordonnances sur l'ordinateur Saint Camille
- Mise en route des Actions à entreprendre ;

### **Administratifs**

#### **\* Directeur :**

- o décision d'admission
- o fiche technique d'admission (lancement et validation)

#### **\*Secrétariat :**

ouverture du dossier informatique ;  
création du dossier papier  
protocole spécifique « Accueil »

#### **\* Gouvernante :**

fleurs ou chocolat, eau, mot d'accueil,  
découverte de la chambre, fonctionnalités diverses,  
circulation, linge...

**\* Directeur :** salutations !

*Résident*





## **VI/ 2 : Prise en charge de la douleur** (cf protocole en annexe)

L'équipe soignante recueille les informations par l'écoute, l'observation (modifications de comportement), et pour cela, s'aide de l'E.V.A et de l'échelle ALGO PLUS.

Le diagnostic et le traitement (référentiel de l'O.M.S) est assuré par le médecin traitant (durée du traitement limité avant réévaluation).

Le médecin coordonnateur expertise certaines situations.

L'équipe soignante réévalue au quotidien.

Le résident est informé de son traitement.

La prévention des effets secondaires thérapeutiques est mise en œuvre.

## **VI/ 3 : Prévention et soins des escarre** (cf protocole en annexe)

L'équipe soignante évalue les résidents à risque.

Elle met en place la prévention individualisée :

- matériel spécifique : matelas à air, matelas à mémoire de forme, fauteuil confort, coussin de siège...
- évaluation de la dénutrition,
- alimentation adaptée (hyper protéinée),
- rythme de change ajusté,
- changements de position réguliers,
- installation adaptée,
- massage effleurage.





## Pansements de plaies et d'escarres

	<u>Hydrocolloïdes</u>	<u>Hydrocellulaires</u>	<u>Hydrogels</u>	<u>Alginates hydrofibres</u>	<u>Pansements au charbon</u>	<u>Interface -tulle semi-perméables</u>	<u>Acide Hyaluronique</u>
<b><u>Indications</u></b>	Plaies exsudatives de la détersion jusqu'à l'épidermisation	Plaies peu ou moyen. exsudatives du bourgeonnement => l'épidermisation	Ramolissement de la plaque de nécrose	Accélération de la détersion Grande capacité d'absorption Nécessite milieu humide	Plaies malodorantes	Bourgeonnement et épithélialisation (plaies superficielles)	Ulcères de jambe
<b><u>Nécrose</u></b>			↓		↓		
<b><u>Détersion</u></b>	↓		↓	↓	↓		
<b><u>Bourgeonnement</u></b>	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
<b><u>Epidermisation</u></b>	↓	↓	↓	↓		↓	↓
<b><u>Exsudats</u></b>	↓ + à ++	↓ + à ++	↓ 0	↓ +++	<u>Odeurs</u> + à ++	↓ 0 à +	
<b><u>Spécialités</u></b>	<u>COMFEEL + DUODERM</u>	<u>BIATAIN Ibu COMBIDERM</u>	<u>DUODERM Hydrogel INTRASITE</u>	<u>URGOSORB AQUACEL</u>	<u>ACTISORB Plus 25</u>	<u>TEGADERM</u>	<u>IALUSET</u>



## **VI/ 4 : Nutrition, alimentation du résident** (cf en annexe « Le repas est un soin »)

Pas de retraite pour la fourchette !!

### 1/ L'alimentation, c'est quoi ?

L'alimentation a une fonction

- d'apport (quantitatif, qualitatif)
- sociale (rencontre - rupture d'isolement-, fêtes...), de communication,
- symbolique (oralité – histoire personnelle-, spiritualité...),
- de mobilisation (maintien de l'autonomie)
- de repère temporo-spatial (les heures, les lieux...)
- de plaisir.

L'alimentation est « plus » que la nutrition !

### 2/ Conditions d'une prise alimentaire satisfaisante

Nous devons veillons à plusieurs paramètres :

- le cadre du repas (la mise du couvert) les petites zones... ;
- les conditions de présentation (donner l'envie, éveiller le désir en soignant l'aspect, l'odeur, la couleur, la température), particulièrement pour les repas à textures modifiés (haché, semi liquide et régimes spécifiques) :

#### **De grâce, évitons la patée !**

Par ex mettre dans l'assiette 1 ou 2 haricot vert lorsque l'on sert une purée de haricots verts ?

- le *RYTHME* du service doit s'accorder au rythme des résidents ;
- l'attention *au voisinage* des personnes favorisant ou empêchant l'échange, la conversation, les liens...
- Horaire ADAPTEE pour le petit déjeuner avec fourchette élargie (7h30 – 9h) :

Notre clientèle exige la souplesse

### 3/ Réponses aux situations particulières

Un certain nombre de situations ont des réponses anticipées. Selon les cas, les personnes peuvent prendre leur repas en chambre, plus ou moins longtemps, en fonction de leur désir.

Un plateau léger, un menu anti-diarrhée sur un rythme hebdomadaire (permettant d'avoir une variété du menu ) sont protocolisés et doivent être poursuivis. Menu douceur ? Menu diabétique à établir.

Selon les cas, un dépistage de la dénutrition est entrepris :

Examen clinique, surveillance pesée régulière protocolisée mensuelle, biologie (albuminémie et C.R.P systématique dans les cas à risque ).



M.N.A non réalisé (non adapté).

La collaboration régulière avec la société de restauration est un élément déterminant pour une satisfaction de tous.

#### 4/ Les compléments alimentaires

Ils sont dispensés par l'établissement, sur prescription médicale ou à l'initiative du personnel soignant.

#### 5/ Les troubles de la déglutition (cf annexe)

##### A/ Fonctionnement de la déglutition normale

3 temps

- **buccal** : prise en bouche (action des lèvres/langue), une fois le bolus prêt, le dos de la langue se creuse en son centre, la langue prend appui derrière les incisives sup, lèvres fermées/ lors du passage au niveau des piliers : *déclenchement du réflexe de déglutition*
- **pharyngien** : (fermeture des voies aériennes et passage dans voie digestive) voile relevé, le larynx remonte+épiglote s'abaisse en protégeant les voies aériennes, le bolus recouvre donc l'épiglotte et se dirige vers l'œsophage.

Fin : quand l'épiglotte s'ouvre pour la respiration

- **œsophagien** : descente du bolus dans l'oesophage

##### B/Précautions à prendre

- Postures du patient et du soignant

position de sécurité à respecter :

tête légèrement **vers le bas** sur la poitrine pour protéger les voies respiratoires,

nuque : appui tête (coussin, fauteuil ou appui de nos mains) peut aider à éviter que la tête bascule,

tronc le plus droit possible

en position assise de préférence

pour le soignant : **se placer toujours plus bas que son visage** sinon le patient peut être amené à relever le menton et favoriser les FR

- Textures (après BO)



**si FR aux solides** : éviter les aliments à grains (ris, semoule), favoriser une unité de consistance en liant les aliments avec des sauces, avant le repas, stimuler la déglutition par l'ingestion d'une boisson fraîche ou sucer un glaçon

**si FR aux liquides** : boissons glacées et/ou gazeuses pour stimuler la déglutition, liquide épaissi comme nectar de fruits ou sirop pour stimuler la salive (ATTENTION : si hyper-sialhorée : éviter le sucre), sinon eau gélifiée et/ou épaissie quand les FR sont trop nombreuses

– Moyens de compensation

donner l'eau à la petite cuillère pour limiter la quantité ingérée,

**paille plus ou moins longue** si l'aspiration est possible

**verre avec une ouverture élargie** pour boire tt en gardant la tête en bas pour laisser la place au nez,

verre avec bec de canard,

remplir le verre pour qu'il soit tjrs à moitié plein/ **en tout cas laisser les fonds de verre** pour des résidents conscients de leur trouble,

**se servir d'un appui quand ils avalent** et leur redire de bien mâcher de poser le verre, de redonner souvent les consignes

pour aider à la prise de médicaments qui peuvent se coller au palais, il est conseillé de les prendre avec des aliments de type flan, yaourts, compotes.

## **VI/ 5 : Le circuit du médicament**

### **1/ la prescription.**

*\* Les conditions de la prescription*

Elle est conditionnée par un certain nombre de paramètres :

- l'âge,
- la poly-médication (la hiérarchisation des maladies),
- le poids, la fonction rénale,
- les constantes hémodynamiques,
- les particularités individuelles.

Les soignants doivent transmettre au médecin les éléments d'une bonne compréhension de la situation. Quels sont ses éléments importants ?

Elimination, alimentation, localisation et type de douleur éventuelle, modification de comportement (syndrome confusionnel), les mesures physiologiques (dont **la température**).

*\* L'examen clinique*

*\* La rédaction de la prescription*

Selon les recommandations de l'AFSSAPS : **Systématisation de l'ordonnance informatisée** (logiciel tesys).



Les IDE sont dans leur rôle propre quand ils (elles) ajustent la posologie selon l'évaluation ( assurée en équipe) dans le cadre de la prescription, pour certains traitements.

\* Dans le cadre du forfait global, l'instauration d'un LIVRET THERAPEUTIQUE sera discutée. Il consiste à choisir dans une spécialité thérapeutique donnée un produit disponible sur le marché (alors qu'il en existe peut être plus de 20). Pour quels avantages ?

A qualité égale, optimisation du coût de l'ordonnance ;

- l'économie produite puisque les spécialités choisies sont bien sur les moins coûteuses ;
- réduction du nombre de produits utilisés : meilleure connaissance des produits, des effets indésirables...
- éviter les traitements sans service médical rendu.

Le livret devra être évolutif.

*\* L'édition d'une ordonnance :*

Elle est imprimée en 2 exemplaires :

*1 original* => vérification du stock => sélection de la commande => faxé à la pharmacie=> rangé dans la bannette « *prescriptions* » au bureau médical (B.M.).

Vérification systématique de l'accusé de départ de fax (nombres de feuilles).

*1 duplicata* => mis en attente pour l'IDE d'après midi => Classé dans *le classeur des traitements* (par étage) rangé au bureau médical

*\* Fiche de traitement récapitulative :*

Elle permettrait de synthétiser l'ensemble des ordonnances en cours. Elle n'est pas en place actuellement.

*\* Surveillances spécifiques*

Un certain nombre de prescriptions nécessitent une surveillance particulière (biologique, physiologique et prédictives des risques encourus) : antivitamine K, antidiabétique, hormones, antihypertenseurs.

La prescription des morphiniques fait l'objet d'une réglementation spécifique (stupéfiant).

*\* Médicaments réservés à usage hospitaliers.*

Quelques spécialités sont réservées à usage hospitalier (prescription ou délivrance). Le responsable de l'entretien assure l'approvisionnement.

## 2/ La livraison des médicaments

La pharmacie nous demande d'avoir les fax **avant midi**. Si la commande est passée l'après midi, la livraison a lieu le lendemain l'après midi.

Si il s'agit **d'une urgence**, le fax est complété par un coup de téléphone.

La livraison est effectuée dans des sacs individuels, nominatifs, rangés dans des caisses.

L'IDE déconditionne les sacs :

- soit range dans le casier individuel nominatif dans l'armoire à pharmacie,
- soit prépare le pilulier et range le restant des médicaments dans le casier individuel.



### 3/ Préparation des piluliers

#### *\* Préparation*

Actuellement :                    *le lundi* : 3<sup>e</sup> étage  
De 14h à 16h30 environ    *le mardi* : 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> étage  
   *le mercredi* : 1<sup>er</sup> étage

*soit 12 heures hebdomadaires environ consacrées à la préparation des piluliers.*

Elle est assurée par l'équipe infirmière.

Au fur et à mesure de la préparation, il est noté sur le tableau véléda les médicaments manquant pour la semaine préparée et devant être complétés de la façon suivante :

nom du médoc – posologie – jours manquant abrégés.

La préparatrice prend note des médicaments manquant. Ils seront livrés le lendemain.

La préparation terminée, elle fait l'objet d'un émargement (feuille en début de classeur).

Il n'y a pas de procédure d'évaluation de la préparation qui est à mettre en place.

#### **Proposition d'auto évaluation :**

Chacun des préparateurs choisit 2 piluliers qui ont été préparés par l'autre et vérifie les piluliers.

#### *\* Nettoyage*

Actuellement les boîtes journalières ne sont pas nettoyées ce qui n'est pas satisfaisant.

### 4/ Distribution

#### A/ les circuits de médicaments personnalisés

- 1/ Ordo médecin ttt => ordo remis au résident=> va dans une pharmacie extérieure => médicaments remis au résident => auto préparation et auto prise
- 2/ Ordo médecin ttt => ordo circuit SCA => médicaments remis tel quel au résident par IDE => auto préparation et auto prise (demande son OAR)
- 3/ Ordo circuit SCA => Distribution par IDE : pilulier journalier dans la chambre .M.S. N.M.<sup>2</sup>
- 4/ Ordo circuit SCA => Distribution par IDE : pilulier journalier dans la chambre (**boîte bleue** dans la case nuit) . N.M.
- 5/ Ordo circuit SCA => Distribution par IDE : **boîte rouge**. N.
- 6/ Ordo circuit SCA => Distribution par IDE : pilulier journalier dans la chambre (**boîte jaune** dans la case matin ) . M.
- 7/ Ordo circuit SCA => Distribution par IDE : distribution fragmentée à chaque repas.

*Ces éléments font état d'un suivi médicaments personnalisé.*

---

<sup>2</sup> M.S.N.M. : Midi. Soir. Nuit Matin



## B/ la distribution déléguée par l'IDE aux autres acteurs de soins

### a/ l'aide soignant de nuit

L'IDE prépare des boîtes individuelles (une couleur par étage) rassemblées sur un plateau identifiée « *plateau de nuit* ». Concerne essentiellement les médicaments hypnotiques (une vingtaine)

### L'aide soignant de nuit

commence son poste de travail par la distribution de ces traitements entre 20h40 et 21h30,  
termine son poste de travail avec la distribution des traitements (anti parkinsonien et antalgiques) vers 6h (6 résidents )

### b/ les A.S.H.

Les jours où l'infirmière est seule\_elle prépare des boîtes individuelles (une couleur par repas , **jaune pour le matin**, **rouge pour le midi**, **bleu pour le soir**) rassemblées sur 2 plateaux distincts, « *matin côté neuf*», « *matin côté ancien*» (une vingtaine en tout).

Concerne les résidents prenant leur petit déjeuner en chambre qui ont des traitements nécessitant des prises à intervalle régulier.

### C/ Aux aide soignants

Concerne les résidents qui sont rassemblés au salon du 1<sup>er</sup> étage pour être aidé

- au petit déjeuner (7 au 8 mars 2006),
- au déjeuner et dîner aux salons d'étage.

Certains de ces médicaments sont **transformés (écrasés)** ou **conditionnée** (gouttes) par les infirmiers (ères) pour une prise facilitée (environ 45 minutes par jour).

**Prescription => commande => Livraison => stockage => préparation => distribution => prise => surveillance**

## VI/ 6 : Conduite à tenir en situation de canicule ((cf en annexe)

La situation vécue en 2003 nous a alerté sur l'extrême vigilance à mobiliser en situation de canicule.

La situation des personnes âgées (la polyopathie médicamenteuse, la perte de sensation de soif, la perte de mobilité, l'insuffisance organique fonctionnelle - cardiaque, rénale... - ), la détérioration cognitive les rendent particulièrement fragiles en situation de canicule.

A Saint Camille, le pourcentage important de personnes sous neuroleptiques aggrave les risques.

Face à cette situation, est mise en œuvre une évaluation des personnes à risques (fiche d'évaluation : QUANTIFICATION des FACTEURS de RISQUES de DESYDRATATION à la CHALEUR), et un plan d'actions déclinés à plusieurs niveaux :

- aération et climatisation des espaces communs (ventilateurs dans les chambres des personnes à risque) notamment pour les temps de repas –  
l'utilisation de cette climatisation doit être bien adaptée -
- hydratation systématisée (en lien avec la cuisine) avec potage à midi, tour à 10h, 16h et dans la nuit,
- rafraichissements des personnes fiévreuses





- modification des posologies des traitements à risque.

### **VI/ 7 : Prévention des chutes**(cf en annexe)

Nous sommes confrontés quotidiennement aux chutes des résidents dont la cause est multifactorielle : médicaments, pathologies adjacentes (visuelles, neurologiques, cardiologique...), environnementales (locaux), hygiène de vie et rééducation.

Nous savons également que certaines situations psychologiques ont un impact sur la chute.

Nous allons créer *une fiche de signalement* des chutes qui nous permettra de progresser dans l'analyse des chutes.

Et la mise en place de réponses adaptées (lit alzheimer).

La contention par les barrières de lit ne fait actuellement pas l'objet d'une traçabilité. A l'avenir, cette décision sera prise en équipe et nécessitera une prescription.

### **VI/ 8 : Mise en place d'une contention**(cf en annexe)

La mise en place d'une contention, depuis plusieurs années, fait l'objet d'une discussion d'équipe interdisciplinaire et d'une décision médicale consignée sur une ordonnance. Cette décision est toujours expliquée au résident et//ou à la personne de confiance. Cette ordonnance précise l'objectif de la contention, sa durée. Ces ordonnances sont rangées dans le classeur aide-soignant.

### **VI/ 9 : Les déficits sensoriels**

Un repérage des déficits visuels et auditifs est pris en compte pendant la visite d'admission.

L'éclairage des communs et des chambres a fait l'objet d'une étude pour l'extension.

La signalétique visuelle et sonore, notamment des ascenseurs, mérite une attention particulière.

Lors des plaintes de surdité, les conduits auditifs sont régulièrement examinés.

Nous rencontrons des problèmes pour l'entretien et la pose des prothèses auditives.

L'attention aux plaisirs du goût, dans certaines situations est déterminante :

- en soin palliatif, menu douceur spécifique ?
- sur conseils des orthophonistes dans le cadre de gastrostomie, menu plaisir.

L'importance du toucher dans la relation soignante est prise en compte par l'équipe.

Pour l'instant, nous n'avons pas développé de démarche sur le confort olfactif.

### **VI/ 11 : Les troubles du sommeil**

Plusieurs éléments sont à examiner face à des troubles du sommeil :

- des facteurs prédisposants (isolement, ennui, handicaps sensoriels et moteurs, perte de repères),
- les contraintes institutionnelles : bruit, lumière, chauffage, temps passé au lit trop long.

La recherche s'oriente d'abord



- sur une maladie générale (affection douloureuse, dyspnée...),
- sur un médicament excitant,
- des troubles psychiatriques ou neurologiques.

On recherchera également un trouble primaire du sommeil :

- syndrome d'impatience des M. Inf,
- syndrome d'apnée du sommeil.

La qualité relationnelle déployée par les soignants de nuit dans le premier passage est un élément déterminant dans la préparation, la sécurisation et la mise en confiance du résident.

### **VI/ 12 : Les risques infectieux (cf annexe)**

La fragilité des personnes accueillies à Saint Camille nous amène à mettre en place une organisation rigoureuse pour réduire les risques infectieux : lavage des mains réguliers, mise à disposition individuels et collectifs de solution hydroalcolique, de gants à usage unique, change des tenues réguliers, évacuation des poubelles.

Nous devons dans les années à venir accentuer le ménage des chambres.

La mise à disposition de sets de pansements et de matériels à usage unique vise également à cet objectif.

### **VI/ 12bis : Stratégie d'équipe pour la prise en charge de l'incontinence urinaire (cf annexe)**

Le diagnostic et la conduite à tenir dans le cas d'une incontinence mérite d'être précisée :

En effet, le plus souvent, l'incontinence urinaire est liée à la dépendance physique et psychique.

Plusieurs protocoles de prise en charge ont été établis

### **VI/ 13 : Urgences : (cf annexes)**

Un protocole détaillant les différentes situations rencontrées précise la conduite à tenir, les interlocuteurs à joindre.

L'urgence est assurée 6 jours sur 7 de 8h à 19h par les médecins traitants intervenant dans la structure.

Selon les situations, les traitements et les orientations du résident seront différentes.

A chaque hospitalisation, *une fiche de liaison récapitulative* (pathologies, traitement, biologie, relève médicale et paramédicale, administratifs, contacts familiaux) est éditée pour les destinataires.

Une oxygénothérapie est disponible en urgence

### **VI/ 14 : La place de l'aumonerie dans l'accompagnement du résident**

La proximité de la communauté camillienne offre une présence spirituelle qui prend la forme

- d'offices quotidiens pour les personnes qui le souhaitent,



- un office dominical précédé le samedi d'un temps de préparation pour personnes qui le souhaitent,
- d'accompagnements individuels,
- de propositions de sacrements (la communion le dimanche en chambre, sacrement des malades à la demande du résident ou de sa famille),
- d'échanges informels avec les membres de l'équipe, des résidents et de leurs familles,
- la célébration des obsèques dans la chapelle de Saint Camille par un camillien.

## **VI/ 15 : la psychopathologie du résident** (cf annexe)

### 1/ Le principe

Le principe qui soutend notre pratique est **le respect de la personne âgée**. C'est la base de l'éthique (c'est-à-dire de «l'agir») en gériatrie.

Plusieurs éléments caractérisent la pratique psycho-gériatrique des soins à Saint Camille :

- 1/ la tolérance de la différence,
- 2/ l'individualisation des soins,
- 3/ l'étayage.

L'établissement se propose d'être **un véritable tissage d'étayage**. Chacun des acteurs, quelque soit sa fonction, sa responsabilité, participe de cette contenance qui sécurise, apaise, rassure, conforte et reconnaît la personne pour elle-même, avec sa fragilité, ses limites et ses potentiels.

Nous cherchons à ne pas avoir de standardisation de prise en charge.

Paradoxalement, le choix de maintenir un établissement ouvert de 6h du matin à 21h met les personnes en situation de liberté, de responsabilité, de décision.

Dans la situation du refus de soin, que nous rencontrons assez fréquemment, l'objectif est d'initier un lien individuel, de l'ordre **de l'appivoisement**, qui respecte là où en est la personne, en cherchant à la faire évoluer, la sortir de son repli, de son refus...

Cela suppose de **la patience**, d'accepter de venir et de revenir... à temps et à contre temps.

Cela suppose d'accepter et de se satisfaire, de tolérer **que la personne ne soit pas comme nous voudrions qu'elle soit...** (hygiène, repli en chambre, vie sociale, traitement...).

**Cet accompagnement au long cours** nécessite **une confiance** qui se met en place **progressivement**, une fiabilité des interlocuteurs.

Par ailleurs, il existe également un élément qui nous échappe : ce sont **les liens des résidents entre eux** qui se tissent peu à peu, avec des duos, des trios, des groupes, de vraies solidarités, de vrais tutorats qui voient 2 résidents s'épauler mutuellement (la tête et les jambes...).

**Respecter la personne ? Du premier contact à la fin de vie...**



Il s'agit d'amorcer dès cette visite **un travail d'ancrage**, de travail psychologique, de mise en mouvement qui met en jeu le travail d'adaptation, qui modifie les représentations pré existantes des établissements, de la maison de retraite.

Nous ne soulignons pas assez certains détails comme la question du linge (marquage) : donner son linge c'est donner « *un peu de soi* », de son intimité (le vêtement « moi peau », qui a une valeur symbolique, affective).

Une remarque : la situation économique n'est pas un critère d'entrée.

### **Respecter la personne ?**

La parole... parler, communiquer... Un de nos objectifs est que **les résidents soient en situation de relation**, de lien, d'être parlant, communiquant **JUSQU'AU BOUT**.

Les familles expriment leur désir et leur besoin de parler, d'être informées plus encore sur le suivi, l'accompagnement, les soins.

Il nous revient également de les accompagner dans le travail de deuil (dans l'approche de la mort, au moment du décès et ensuite).

Dans le lien médical, dans l'échange avec le résident, il convient de « *parler la décision thérapeutique* » (le changement de traitement, l'examen complémentaire) pour expliquer, informer, associer le résident à la décision : c'est bien lui qui va vivre le scanner, qui va prendre le diurétique qui va le gêner dans sa vie quotidienne... Il appartient au médecin traitant d'expliquer systématiquement le traitement et ses modifications, d'argumenter les examens complémentaires et inciter à leur réalisation. L'équipe infirmière se charge de donner les convocations individuelles qui informent et rappellent de l'évènement à venir.

### **Dans ce travail de mise en mot, d'échanges, le travail de la psychologue est déterminant :**

Des suivis individuels à un rythme personnalisé (là aussi), qui peut varier dans le temps, selon l'état de la personne.

Au moment de l'admission, une attention plus soutenue (très réactive).

Elle prépare et met en place les projets de vacances individuels (voir collectifs - Charmanon).

Elle propose plusieurs groupes :

Un groupe **communication** ( visant à les soutenir, maintien du lien social et à l'intégration au moment de l'admission) co-animé avec l'animatrice.

Un groupe **d'écoute musicale** (pour les personnes très déficitaires, les plus régressées), co animé avec l'animatrice également.

Un groupe **Mandala** (coloriage sur des figures pré dessinées) nécessitant une concentration, un travail de recentrage individuel, permettant une renarcissisation (je suis capable de...) animé lorsqu'un(e) stagiaire psychologue est là.

Un groupe de **soutien aux familles** tous les mois (compréhension institutionnelle, acceptation, expression des vécus de souffrance).

Pour l'instant, ces groupes sont animés, assurés par des spécialistes (psychologue, animatrice, stagiaire psycho, infirmière) : elles ont initiés ce type de pratique, de liens, de suivi.

Un de nos objectifs est que **tous les membres de l'équipe se ré approprient ce type de liens**, et puissent les mettre en œuvre *de façon individuelle* (promenade dans le parc, jeu, lectures, musique, massage, relaxation) ou *collective* (groupe plus ou moins important).



L'expérience de journées socio thérapeutiques (accompagnement d'un petit groupe de résidents par 1 ou 2 aide-soignantes du lever jusqu'à la sieste intégrant le repas) a permis un suivi individuel global, au rythme des résidents, dans un espace social plus intime et plus contenant.

L'expérience de la sortie du *marché de Noël* est très significative (un nombre important des membres de l'équipe accompagne une vingtaine de résidents place Carnot). Il en va de même de l'animation de la fête de Noël pensée, animée en totalité par 20 membres de l'équipe de Saint Camille. Il est envisagé que l'animation de fête de Saint-Camille soit assurée par l'ensemble de l'équipe.

La mise en place d'un bar, dans le projet architectural, pourrait être très intéressante (goûter, jeux...).

## 2/ Méthodologie de l'accompagnement des personnes souffrantes d'une maladie psychiatrique

La spécificité d'accueil aux personnes vieillissantes, souffrantes de pathologies psychiatriques, à Saint Camille, nous a amené à mettre en place une méthodologie adaptée :

- collaboration avec les services hospitaliers d'origine en amont,
- visites d'admission accompagnées (2 minimum),
- journées d'intégration avant l'admission pour appréhender les temps collectifs.

Nous demandons la poursuite du suivi par l'équipe du Centre Hospitalier Spécialisé après l'admission :

- suivi infirmier en intra,
- accueil au C.M.P,
- relation entre médecins,
- réhospitalisations en phase aigue.

L'accueil de ces personnes est rendu possible par une collaboration étroite avec l'équipe du C.M.P (psychiatre, IDE, ergothérapeute) :

- entretiens réguliers infirmiers et psychiatre,
- synthèses,
- rencontre trimestrielle des médecins traitants,
- rencontre trimestrielle de l'équipe de Saint Camille.

La psychologue assure le suivi individuel des résidents.



### 3/ Accompagnement de pré admission.

- Accompagnement ? Il s'agit bien d'accompagner c'est-à-dire de « cheminer » avec quelqu'un vers un changement de lieu de vie :
  - o D'abord par une rencontre, l'expression, la précision d'un projet et la mise en lumière du chemin à prendre et des potentiels physiques et psychologiques à prendre en compte (blocages, peurs, angoisses...)
  - o Puis par un travail d'accompagnement en amont quand cela est nécessaire. Effectivement nous nous sommes rendus compte que pour certaines personnes, plusieurs rencontres sont nécessaires avec l'objectif de leur permettre de mettre en travail leur projet d'entrée dans des espaces différents : collectifs (participation aux repas et aux animations...) et individuels (premiers contacts avec les membres de l'équipe et suivi psychologique...) Ce processus a été extrêmement bénéfique dans beaucoup de situations et c'est aujourd'hui un outil référencé dans notre accompagnement des résidents de la pré-entrée à la fin de vie...

## **VI/ 16 Accompagnement de personnes présentant des troubles cognitifs**

A Saint Camille actuellement 70% des résidents présentent des troubles cognitifs à des degrés de gravités diverses.

Il existe déjà un élément de structure pour les plus atteints ou dépendants *au 1<sup>er</sup> étage de l'établissement* avec une prise en charge particulière.

Cet étage est **une structure ouverte**, alors que quelques patients déambulent ou présentent des troubles du comportement importants.

L'ambition de Saint Camille est de favoriser *un contenant d'aide psychologique* plutôt qu'un service fermé.

En référence au plan *maladie d'Alzheimer 2004-2007* du Ministère, puis du *plan 2008-2012*, notre réflexion intègre les éléments structurants de ces 2 plans.

### **1- INDIVIDUALISATION DES SOINS**

Celle-ci existe à Saint Camille grâce à l'étayage du résident dément par l'équipe mais aussi par la création de lien entre résident : notion de couple fonctionnel (la tête et les jambes). Malgré leurs fragilités, ils produisent entre eux du lien, du soutien.

L'ambition pour l'unité de soins à Saint Camille est de rester une structure ouverte en s'appuyant sur les ressources de chacun : soignants, résidents, familles et bénévoles. Il s'agit de permettre aux personnes de développer des stratégies pour faire face à leurs pertes (physiques, psychiques).

**Il s'agit de lutter contre cette potentialisation de la dégradation lorsque l'on regroupe des incapacités semblables.**

**Le rassemblement des fragilités individuelles les accentue !**

Il est nécessaire de prévoir la création d'un postes de soignant (Aide Médico Psychologique – A.M.P, auxiliaire en gérontologie) spécifique à l'unité ayant **un rôle transversal** par rapport aux patients (résidents) et aux autres soignants.

Cela supposera une clarification des rôles de chacun et des profils de poste.

L'objectif des soins : **S'appuyer sur le potentiel de la personne, sur ce qu'elle est encore en mesure de faire.**

### **2- ANIMATION CULTURELLE SOCIALE ADAPTEE**

Le principe de base est que si les chambres des résidents Alzheimer doivent avoir une spécificité géographique, **il ne sera pas fait de cloisonnement entre les activités de l'établissement.**



Celles-ci restent accessibles à tous en fonction de leur intérêt.

Un certain nombre de propositions possibles :

- En parallèle avec l'atelier mémoire existant, création *d'un atelier spécifique* pouvant être animé par une infirmière ayant la capacité de gérontopsychologie ou une AMP ;
- Activité spirituelle forte dans la maison, adaptée à poursuivre ;
- Mise en place d'*une volière, aquarium, animaux familiers* ou même *animaux de la ferme* dans le projet de restructuration du parc ;
- Création d'un jardin thérapeutique, celui-ci s'intégrera en repaysageant le parc avec espaces attractifs de déambulation totalement indépendant de la circulation automobile ;
- Fermeture du portail et création d'une portillon piéton ;
- Garder des activités culturelles de qualité (musique, peinture avec Vs'art en autre...) ;
- Promenade (individuelle ou petit groupe) ;
- Gymnastique ;
- Massage et soins esthétiques en prise en charge individuelle ou petit collectif assurée par l'équipe devenue disponible ;
- Atelier informatique (pour quelques personnes).

Nous pourrions développer les ressources des familles avec encouragement, présence et étayage de l'équipe soignante.

Nous mesurons que les personnes ont besoin d'évoluer dans des espaces circonscrits.

**Ainsi, les espaces collectifs d'étage** devront être des lieux privilégiés d'animation.

Certaines animations pourront être assurées par l'équipe de chaque secteur.

### **3- ADAPTATION ARCHITECTURALE**

Nous allons réfléchir à l'automne 2010 à l'organisation de *l'unité protégé* permettant d'accueillir les personnes dont l'évolution nécessite une présence permanente et un encadrement resserré.

La création dans le nouveau bâtiment du projet architectural en cours de 12 lits au rez-de-chaussée avec jardin privatif orienté vers la zone active de la résidence est toute indiquée.

La question se pose *d'un espace protégé temporaire* (pour un temps donné, le temps de passer une crise). Nous faisons le constat que, souvent, rien n'est définitif ! A concevoir comme une hospitalisation ?

L'espace central de cette unité sera chaleureux avec harmonie des couleurs, mobiliers, plantes rappelant un intérieur « *comme chez soi* ».

Est-ce que cette unité bénéficie d'une présence la nuit ?

Nous réfléchissons également à la création de **2 chambres d'hôte pour les familles** (ex : Maison La Salette Bully - tarif proposé 35 € en demi pension).

### **4- PRINCIPE DE COHABITATION**



Il est la base même de la réflexion de la prise en charge à Saint Camille : **cohabitation entre résidents ayant différentes pathologies et de différentes origines sociales, culturelles ou religieuses.**

Cohabitation des soignants avec intégration dans l'équipe d'AMP, d'auxiliaire de gérontologie (inscrit au plan de formation 2011) et proposition de formations complémentaires pour les aides soignants et auxiliaires de vie avec validation des acquis.

### **5- PRINCIPE DE COOPERATION AVEC LES FAMILLES**

Proposer le lien avec dans l'entretien de pré admission puis d'accueil.

Favoriser le lien avec le médecin traitant (rendez vous).

Adapter le questionnaire d'entrée pour évaluer les capacités de chacun à être aidant ainsi que les capacités des soignants à accepter les spécificités des familles.

Actuellement existe déjà *le groupe rencontre avec les familles* pour les familles qui le désirent : grâce à ce groupe, les barrières se lèvent, des relations s'instaurent et se nouent autrement que sur des questions matérielles ou de santé (actuellement, réunion de deux heures toutes les six semaines).

Ces liens sont d'autant plus nécessaires que les résidents accueillis présentent des troubles cognitifs (non reconnaissance de leurs enfants).

Nous devons garder en mémoire qu'il y a des choses qui nous échappent, et que leur histoire familiale ne nous appartient pas.

Création d'une animation en étage en petit groupe assisté par les soignants, lecture du journal, jeux...

### **6- INFORMATION ET SOUTIEN DU PERSONNEL**

Le *groupe de parole* permet aux différents membres de l'équipe d'extérioriser la difficulté du soin, de l'accompagnement, la violence de certaines situations (« vider la corbeille »).

Il permet :

- d'entendre la souffrance des autres (« *je ne suis pas le seul à souffrir* »),
- d'entendre l'autre parler de son travail et de ses difficultés,
- de faire croiser différents services (soignant, technique, administratif) et participer à créer une cohésion d'équipe.

Groupe mensuel, sur la base du volontariat, d'une heure et demie.

Les participants s'engagent bien entendu au secret professionnel.

### **La nécessaire et indispensable formation des membres de l'équipe est à valoriser, poursuivre et développer.**

Formation collective, en équipe et aussi individuelle (diplôme d'aide soignant, Diplôme d'état d'infirmier, D.U. de psychiatrie du sujet âgé, D.U. de base de soins palliatifs, D.U d'alzheiméologie et démences apparentées massage, nutrition de la personne âgée...).

En prévision de l'ouverture proche de l'unité protégé de 12 lits déjà évoquée, dorénavant et déjà nous pensons utiliser cette opportunité pour des séjours temporaires d'étayage, en cas de crise.

La finalisation de ce projet se fera avec l'équipe du C..M.P du 5<sup>ème</sup> arrondissement qui s'est proposé pour cette réflexion.





## *VI/ 17 : un résident en fin de vie (cf annexe)*

L'évolution de la population accueillie à l'E.H.P.A.D Saint Camille ces dix dernières années a amené l'institution à s'adapter : le recrutement d'un cadre de santé en 2001 (titulaire du D.U de base de soins palliatifs en 2006), d'un médecin coordonnateur fin 2002, le renouvellement de l'équipe infirmières et aide-soignante les années suivantes, puis dans le cadre de la signature de la convention tri-partite début 2007.

La mobilisation de ces compétences et la coordination pluridisciplinaire ont permis l'élaboration d'un plan de soin individualisé, toujours à reprendre, qui a amené la prise en compte de la qualité de l'accompagnement de la fin de la vie, de la toute fin de vie.

Parallèlement, l'institution a entendu le désir d'un certain nombre de personnes âgées et de leur entourage de ne pas être hospitalisées. Ainsi, nous avons progressivement développé des soins palliatifs pour les personnes en toute fin de vie, à la mesure de nos ressources humaines et techniques, de nos compétences et de nos partenariats (réseau de soin palliatifs à domicile) en cherchant à initier, dès leur arrivée, un soin personnalisé, global, situant la personne âgée comme sujet.

Ce développement a été rendu possible, également, par la constitution d'une équipe de six médecins généralistes, intervenant chaque semaine, se partageant les 5 jours ouvrables, depuis fin 2004. Cette régularité a permis

- une connaissance mutuelle entre médecins et infirmiers (ères), délimitant les possibilités et les limites des soins à Saint Camille, favorisant un dialogue préalable à toute consultation, élément indispensable pour un plan de soin adapté (galénique des traitements par exemple) ;
- l'harmonisation des transmissions médicales (observation et ordonnances) par l'utilisation régulière d'un même outil informatique, outil évolutif à partir des remarques des utilisateurs ;
- la mise en place de rencontres de travail annuelles ou bi annuelles selon les années depuis 2004 rassemblant l'équipe infirmière et la psychologue (intra), les six médecins généralistes et les deux kinésithérapeutes intervenants (extra) portant sur l'ensemble des difficultés rencontrées dans l'organisation des soins individuels : la délivrance des traitements (de la prescription jusqu'à l'administration), la mise en place de repères réguliers de surveillance (poids, TA, glycémie, bandelette urinaire, selles), l'harmonisation des protocoles de pansement, etc... ;
- l'organisation de soirée de formation réunissant l'équipe soignante de Saint Camille (intra) et les professionnels libéraux intervenants (extra) portant notamment sur la prise en charge de la douleur (prescription limitée, échelle d'évaluation, surveillance des effets indésirables, Loi Leonetti) sur l'accompagnement des personnes démentes en fin de vie, sur la iatrogénie, et plus largement sur le soin palliatif en gériatrie.

La dernière soirée de formation de septembre 2009 nous a permis de présenter, de discuter et d'enrichir *le guide de l'observation médicale de soins palliatifs*, document papier de 12 pages remis à chaque participant. Le plan de ce document structure *l'observation médicale de soins palliatifs*, disponible dans le choix des cibles informatiques permettant, de balayer l'ensemble des questions relatives à l'accompagnement d'une personne en toute fin de vie.

Parallèlement, a été mis en place *l'observation infirmière de soins palliatifs*, détaillant l'étendue de son champ clinique spécifique.

La poursuite et l'accentuation de cette collaboration intra //extra, l'optimisation des outils disponibles favorisant une transmission précise, accessible à tout moment, nous permettra de mieux répondre aux besoins et aux désirs des résidents que nous accompagnons dans la vie jusqu'à leur mort.



## VI/18 : Surveillances spécifiques

### VI/18/1 surveillance diabétique personnes âgées

#### 1 - Diabète insulino dépendant

- Dextro** : 2 à 3 fois par jour à tout moment de la journée pré ou post prandial.  
Correct si toujours inférieur à 1g80
- Tous les 3 mois** : Examen clinique : TA - poids - Recherche du pouls et examen des pieds  
HbA<sub>1</sub>C - créatinine + clairance - Na.k  
BU ou CBU à la moindre alerte.
- Tous les ans** :  
- Fond d'œil  
- Micro albuminurie  
- ECG  
- Dépistage des troubles vasculaires associés

Si diabète > 10 ans ou plus de 2 facteurs de risques cardio vasculaires associés	Echo doppler ECG d'effort si réalisable Scintigraphie myocardique au Thallium
--	---

- Recherche neuropathie

#### 2 - Diabète non insulino dépendant

Dextro peu utiles

- Si biguanides : surveillance insuffisance rénale ++
- Si traitement glitazone : transaminases tous les 2 mois pendant la première année.

Tous les 3 mois : idem DID

Tous les ans : idem DID

- Si hémoglobine > 8% malgré une bithérapie, surtout après dix ans d'évolution de diabète : PASSER A L'INSULINE.

LANTUS 10 vi/jours à augmenter progressivement en gardant le traitement oral.

Ne pas associer trois traitements oraux antidiabétiques.



### **3 - Le diabète en quelques chiffres**

*A 60 ans l'espérance de vie est de 26 ans chez la femme et 21 ans chez l'homme.*

*3 notions en fonction de l'EV:*

- Diabète âgé au vieillissement réussi.*
- Diabète âgé fragile.*
- Diabète âgé en fin de vie.*

#### *1/ Diabète âgé au vieillissement réussi*

*Prévention des complications (15 ans pour faire une rétinopathie )*

*Stratégie identique au sujet jeune:*

*Antidiabétiques oraux + insuline si besoin*

*But à atteindre : HbA1c inférieure à 7*

#### *2/ Diabète âgé fragile.*

*La prévention du risque iatrogène est prioritaire*

*Prévention des accidents aigus : hypoglycémie et coma hyperosmolaire ( troubles neuro et déshydratation , hyperglycémie majeure , installation sur plusieurs jours)patients sous ADO )*

*But : HbA1c inférieure à 8*

*ADO contrindiqués*

*Insuline ou abstention ttt*

#### *3/ Diabète âgé en fin de vie.*

*Le principal est d'éviter les hypoglycémies*

*Mais aussi hyper ( sup à 3 gr ) : polyurie, déshydratation , phlébite , facteur infectieux, tr de la vigilance et convulsions*

*HbA1c inutile*

*Maintenir un dextro entre 1.5 et 2 gr*

*Pas d'ADO*

*Insuline seule minimaliste de confort , 1 injection par jour et peu de dextro de surveillance*





#### 4 V1/18/2 L'oxygène portable



### Réservoir portable d'oxygène Difficultés respiratoires ?

La difficulté respiratoire s'analyse :

- par *le rythme* respiratoire (nombre de mouvements respiratoires (expiration//insufflation) par minute. (la normale est entre 10 et 15),
  - par *la coloration des extrémités* (doigts, lèvres) qui deviennent bleus en cas de détresse respiratoire.
- Elle est majorée par l'anxiété.

#### En cas de difficultés respiratoires :

##### 1/ Vérifier le niveau d'oxygène

(le soulever en le tenant pas la sangle du côté de la jauge : l'aiguille indique alors le volume d'oxygène restant.

Vous pouvez également vérifiez que l'oxygène parvient bien jusqu'aux lunettes en trempant les embouts nasaux dans un peu d'eau (si des bulles sortent des tuyaux, tout va bien).

Vous pouvez alors

- soit rassurer la personne : il reste de l'oxygène ;
- soit faire le constat du manque d'oxygène : appeler les sapeurs pompiers en faisant le 18.

*Dans tous les cas, il s'agit d'entourer la personne, de la rassurer au maximum, d'ouvrir les fenêtres si vous êtes dans une pièce fermée.*

##### 2/Vérifier les connexions :

- au départ du réservoir portable
- que les lunettes soient installées correctement dans le nez



### **VI/17/3 la voie sous cutanée**

L'objectif de développer la voie sous cutané vise à répondre aux difficultés d'absorption par voie orale (troubles de déglutition, de la conscience, de la vigilance, vomissements, occlusion) et assurer un apport hydrique minimum.

#### Les avantages :

- pose et surveillance simples,
- réduction des conséquences d'incidents de perfusion,
- réduction des risques infectieux,
- pas de risque de thrombophlébite.

#### Confort :

- moins traumatisant que la voie I.V,
- préservation du capital veineux,
- liberté du mouvement du résident conservé,
- régularité et efficacité du traitement administré
- réduction des douleurs induites par les brèches cutanées récurrentes.

Pour ce faire, nous utilisons le catheter BD Salf intima, permettant d'avoir une voie sous cutanée permanente.

1/ **Epicraniennes** : risque d'exposition au sang, délai de 24h, aiguille traumatique.

2/ **Cathlon ordinaire** : les jonctions catheter//tubulure entraînent régulièrement des lésions cutanées.

3/ **Durée de vie d'un BD Salf Intima** : **96h** (4 jours) minimum ! Certaines équipes vont jusqu'à 5 jours.

4/ Aujourd'hui il existe des diamètres >0 (**22 gauge**) : couleur **BLEU**, permettant de passer des molécules plus importantes

5/ **IMPORTANT** : **les 4 temps** préparatoires à l'installation :

1/ *Lavage*

2/ *Rinçage*

3 *séchage*

4/ *Aseptie.*

6/ Ne pas hésiter à utiliser d'autres sites, notamment **les pectoraux (cf dossier la voie sous cutanée ou épidermolyse).**

7/ En sous cut, le clan (blanc) est à **enlever systématiquement.**

8/ Son utilisation n'est pas réservé à l'hydratation mais doit rentrer dans **un processus de lutte contre la douleur** (injection d'antibiotique, ROCEPHINE par exemple).

### **VI/17/4 surveillance fécalome et recherche d'infection urinaire ( bandelettes urinaires)**

La surveillance du transit des résidents fait l'objet d'une traçabilité sur une fiches de selle individuelle, difficile à établir pour les personnes continentes qui gèrent seul.

La collaboration avec l'équipe de cuisine doit être accentuée pour l'adaptation des menus.

La recherche d'infection urinaire par bandelette urinaire est systématisée dans toute baisse d'état général et changement de comportement.



## **VI/18 : la bientraitance... Contre la maltraitance**

L'ensemble de notre projet de soin vise à la bientraitance.

De la bienvenue au jour de l'admission au bien mourir le jour de son décès, le temps passé à Saint Camille doit être un temps de lien possible, offert et entretenu où la personne puisse vivre le temps qu'il lui reste au mieux, aidée pour compenser ses pertes, accompagnée pour réaliser son bilan de vie et se préparer à la mort.

Pourtant, chaque personne en lien avec une personne âgée est potentiellement maltraitante.

L'ensemble de l'organisation du travail, des modes de relation, de concertation entre les différents personnels doivent contribuer à développer la bientraitance.

Chaque nouveau salarié reçoit une information sur la maltraitance.



## **VIII Conclusion Perspectives (cf annexes)**

Notre objectif est de pouvoir apporter un meilleur service aux résidents en assurant une présence régulière auprès de chacun d'eux, de façon à pouvoir répondre à leurs besoins vitaux et poursuivre la mise en place de suivis adaptés et réguliers.

Ceci passe par

- la rénovation architecturale de l'établissement en cours depuis 2009 (l'entrée dans les lieux est prévue à l'automne 2011) dont 12 lits d'une Unité d'Hébergement Protégé avec jardin privatif.
- la nécessité du recrutement des personnes qualifiées dont certaines avec des compétences absentes aujourd'hui (infirmières, aide-soignantes, auxiliaires en gérontologie, agents de service, psychomotricienne, ergothérapeute ),
- la mise en place de la dotation globale optimisant le soin avec une meilleure régulation et améliorant la qualité du service rendu,
- la poursuite d'une politique de formation ambitieuse (en intra – douleur en juin 2010, les chutes en septembre, santé bucco dentaire en octobre 2010 par la SOHDEV, secourisme en novembre, le processus de vieillissement ; en extra : la loi leonetti en juin 2010, la connaissance de la personne âgée et les outils MOBIQUAL courant 2010). Ces formations collectives sont complétées par des formations individuelles (D.P.A.S, soins palliatifs, A.V.C du sujet âgée, D.U d'alzheiméologie et pathologies apparentées),
- l'intégration de l'équipe de restauration dans le projet d'établissement.

Une réflexion est en cours sur un éventuel accueil de jour, passerelle entre le domicile et l'institution.

La poursuite de l'accueil de personnes âgées marginalisées, en précarité, porteuses de maladies psychiatriques et de troubles cognitifs nous obligent à nous adapter en permanence pour individualiser l'accompagnement, proposer des solutions ajustées et chercher les moyens d'un lien social maintenu. Le travail de pré admission est à valoriser et développer, pour anticiper une intégration de toutes façons difficile et complexe.

Saint-Camille est un lieu de vie où nous désirons

- mettre en œuvre le potentiel des personnes jusque dans la toute fin de vie,
- accompagner les résidents dans la vie, jusqu'à leur mort, pour qu'elle soit la moins inconfortable possible.

