

PROJET DE SOINS

La qualité des soins, des locaux, de l'accueil, des relations, de l'hôtellerie, de la vie sociale sont des facettes de la qualité globale de la prise en charge. Cette qualité est un droit pour ceux qui par nécessité ou choix viennent achever leur vie en institution ou y faire un court séjour. Si la loi consacre ce droit, il devrait découler simplement du respect que tout individu doit à l'autre et à lui-même parce que pareillement humain. Les notions de dignité, de consentement ont été inscrites dans les textes, notamment dans la charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante et doivent aujourd'hui faire leur cheminement.

Management des soins

Notion d'équipe

Prendre soin des résidents, veiller à leur sécurité, maintenir pour chacun une autonomie maximale et une qualité de vie, impliquent une alliance de tous les membres du personnel. Il est admis que chaque salarié a un rôle à jouer et qu'il en existe pas de mineur. Chaque fonction doit donc être clairement identifiée, chaque rôle défini, et les délégations réglementées. Pour cela, l'établissement a mis en place des fiches de poste selon les différentes catégories de personnel . Ceci facilite l'articulation du personnel autour du résident.

Les effectifs soignants de la structure sont les suivants:

Effectifs soignants:

Effectif infirmier et missions

L'établissement dispose de 3 Infirmiers Diplômés d'État (IDE) à temps plein. Ils assurent les soins infirmiers, la surveillance des résidents, la préparation et la distribution des médicaments. Ils assistent à tour de rôle à la visite des médecins et s'occupent des suites à donner. Ils doivent coordonner et évaluer les actions des aides-soignantes pour assurer la sécurité des soins. Pour cela certaines missions sont déléguées dans le

cadre réglementaire fixé (articles 3 et 4 du décret numéro 2002-194 du 11 février 2002). Par leurs actions de formations et de conseils au sein de l'équipe, ils contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les IDE s'assurent de la bonne qualité des observations et transmissions fournies par tous les acteurs de la prise en charge. Ils veillent à la transcription de toutes les informations utiles dans le dossier du résident ou dans la fiche d'action de soins et la bonne transmission de ces informations lors de transfert ou à l'occasion d'une visite chez un spécialiste.

Ils participent à l'encadrement et à la formation des élèves. Ils communiquent leurs connaissances professionnelles aux restes de l'équipe soignante de manière à enrichir le contenu de chaque action et d'en accroître l'efficacité.

Effectif aide-soignant et missions

Les Aides-Soignants (AS) sont au nombre de dix, compte tenu de la charge de travail lié à la dépendance lourde. Cet effectif est complété par des agents de service hospitalier qui font fonction d'aide-soignant. Les AS assurent l'accueil, les soins, l'hygiène corporelle des résidents en collaboration avec les IDE. Ils mettent en œuvre des actions préventives pour éviter la survenue ou l'aggravation de certaines pathologies ainsi que des actions destinées à maintenir l'autonomie des personnes âgées. Ils accompagnent les résidents dans leur quotidien sous tous ses aspects. Ils sont garants de la dignité de la personne âgée dans l'institution.

Effectif Agents de Service Hospitalier (ASH) et mission

Ils sont au nombre de 8,75 temps plein. Dans cet établissement, comme dans nombre de maisons de retraite, nous ne pouvons exclure les ASH de la réflexion sur la qualité des soins. Les effectifs d'AS ne pouvant permettre une réponse correcte à la dépendance constatée à ce jour, nous sommes contraints d'avoir recours aux ASH pour compléter l'effectif. Ils collaborent donc avec les AS pour prendre soin de tous les résidents afin de satisfaire à toutes les attentes de la personne âgée. Ils sont aussi garants de l'hygiène des locaux.

Toutefois, il est nécessaire de les accompagner dans leur rôle de faisant fonction d'AS. Pour cela, il a été mise en place des réunions régulières avec le directeur, le référent hébergement, et l'IDE présent. Il a aussi été mis en œuvre une fiche de poste et une participation aux différentes

formations.

Psychologue

Actuellement, l'établissement reçoit une fois par semaine une prise en charge psychologique grâce à l'intervention d'une psychologue. Cela garantit l'accès des résidents à des soins spécialisés que leur état requiert.

Médecin coordinateur

L'établissement n'ayant pas de médecin coordonnateur, le projet de soin résulte d'un travail d'équipe constituée de 2 IDE, 1 AS, et 1 ASH.

Permanence et continuité des soins

Les soins s'effectuent sans discontinuité tout au long de la journée et de la nuit. Les IDE sont présents la journée mais pas la nuit. En cas d'urgence, le personnel peut avoir recours aux services du secteur affilié à cet effet: pompier, samu, médecin. Les numéros sont clairement affichés au poste téléphonique de l'infirmierie.

Les conditions d'intervention de professionnel extérieur à la structure (kinésithérapeute, pédicure, dentiste) font l'objet d'une traçabilité manuscrite dans un classeur spécifique.

Les transmissions dans l'établissement sont organisées de la façon suivante:

Relève avec la psychologue: de 9h à 9h30 avec l'IDE en poste du matin les vendredis

Nuit/Jour 6h45 à 7h en salle de pause. Les agents de nuit notent leurs transmissions sur les dossiers de soins et lisent les transmissions utiles à la prise en charge du jour.

Mi-journée: 13h45-14h15 en salle d'animation. 2 Grandes relèves par semaine avec les membres du personnel présents. Les autres jours, une relève par corps de métier est faite.

Jour/nuit de 21h à 21h15 en salle de pause l'IDE transmet les informations nécessaires à la prise en charge de nuit et du lendemain.

Points à améliorer et orientations de l'établissement

- Pas de règles définies pour assurer les transmissions orales
- Élaborer et diffuser le protocole de conduite à tenir en cas d'urgence vitale
- Mettre en place un chariot d'urgence et organiser son contrôle
- Améliorer l'organisation des transmissions orales
- Améliorer l'utilisation par tous les membres du personnel du dossier de soin infirmier et des transmissions ciblées
- Réactualiser régulièrement le suivi du recueil de données initiales
- Finaliser la mise en place d'une fiche individuel d'action de soins.

Circuit du médicament

L'établissement ne dispose pas de pharmacie à usage interne.

L'organisation de l'approvisionnement est faite par l'officine du village le plus proche. Les résidents restent cependant libres d'utiliser une autre pharmacie s'ils le désirent. La communication avec la pharmacie se fait par fax ou téléphonie. La livraison peut être rapide en cas de besoin.

Les prescriptions médicales donnent le plus souvent lieu à une double retranscription infirmière sur le dossier de soin infirmier et une fiche de traitement personnalisée et manuscrite, dans le but de la continuité des soins

La préparation des semainiers est réalisée par un infirmier qui est en poste spécifique à cette charge le vendredi de chaque semaine. Les modifications de traitement sont effectuées au fur et à mesure des changements de prescription par les IDE.

La distribution est en partie déléguée au personnel soignant non infirmier le matin. Les infirmiers assurent directement la distribution du midi et du soir.

Points faibles

- Retranscription IDE des prescriptions en double
- Manque de place pour le stockage des toxiques et clés laissés sur le

coffre en permanence. Pas de contrôle d'entrée et de sortie des toxiques.
-Les médicaments sont déconditionnés lors de la préparation des semainiers par les infirmiers

Orientation de l'établissement:

- Adapter l'utilisation du coffre des toxiques à cette seule utilisation
- Élaborer un livret d'entrée et de sortie du toxique
- Sécuriser la clef des toxiques

Réalisation des soins

Suivi nutritionnel et de l'hydratation

En cas de détection d'un résident dénutri, un tableau a été installé afin d'y noter le nom du résident et l'apport hyperprotéiné adapté à son état de santé. Le suivi du poids est organisé. Les agents sont responsabilisés pour suivre tous les 2 mois, le poids de l'ensemble des résidents. Si besoin, la fréquence des contrôles peut être augmenter.

Incontinence

Les résidents sont accompagnés aux toilettes régulièrement et quand ils le désirent. La mise en place de protection est individualisée et adapté à chaque résident en fonction de ses besoin grâce à un planning de changes.

Prévention des chutes

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

Les chutes font l'objet d'un signalement systématique. Mais, l'analyse des causes n'est pas approfondie. L'équipe se pose la question de savoir comment analyser les causes de chute les plus critiques et répétitives. Une réflexion est à mener avec tous les membres du personnel mais aussi les familles sur les risques et les moyens d'y remédier.

Il existe cependant une discussion systématique au sein de l'équipe sur le bénéfice d'une contention par rapport au risque de chute pour un résident. La prescription de cette contention est rédigée par le médecin traitant. Par

contre, il n'existe pas de critères définis et formaliser sur la mise en place et la réévaluation de la contention.

Escarres

La prise en charge des escarres ne fait pas l'objet d'un protocole au sein de l'établissement. Pour autant, le personnel est formé à la prévention et à la prise en charge des escarres. Les agents disposent de matériel adapté (matelas à air,...) et pratiquent si besoin cure de posture et effleurement. Il est aussi mise en place une hyper hydratation et des apports hyperprotéinés.

Douleur

L'évaluation et la prise en charge de la douleur font partie des actions prioritaires. La souffrance des personnes âgées est souvent négligés. Les différents médecins traitants qui interviennent restent à notre écoute en permanence et ils n'hésitent pas à prescrire des antalgiques même majeur afin de soulager.

Sommeil

Il est primordial de respecter le sommeil dur résident. La qualité et la quantité de sommeil influence en effet le comportement d'une personne durant la journée. Les agents de nuit se doivent donc de prodiguer leurs soins tout en tenant compte des besoins et des souhaits de la personne âgée.

Maltraitance

Qu'elle soit active ou passive, la maltraitance trouve son origine dans une simple négligence, loin des actes violents ou agressions. Elle prend souvent le visage de la banalité et profite du silence de tous. Ne pas offrir des soins de qualité, ignorer la souffrance de l'autre, négliger la prise en charge, sont autant de maltraitance qui ne peuvent être tolérées. Elle porte atteinte à l'intégrité physique et psychologique d'une personne vulnérable.

Il faut ajouter que le personnel n'est pas le seul à pouvoir être mis en cause: les familles et les résidents peuvent être maltraitant.

Chaque agent a le devoir de signaler les soins ou comportements

maltraitant au directeur. La loi lui en fait obligation et le protège selon les articles du code pénal 434-3 du code pénal et 226-14.

Fin de vie

La fin de vie reste un temps particulier qui nécessite une plus grande formation interne du personnel afin d'envisager une prise en charge spécifique adaptée à chaque résident. Le personnel souhaite en effet développer une réflexion autour de l'accompagnement afin d'aider les résidents et leurs familles à préserver une harmonie entre la personne âgée et son entourage, dans le respect de la fin de vie du défunt et de sa mémoire. Il faut que dans l'équipe, chacun soit persuader de la nécessité de prendre ce temps de dernier partage. Cette nécessité d'aller jusqu'au bout, n'est pas à envisager du seul point de vue du mourant. Elle s'impose aussi au personnel. Nous redoutons tous la mort parce que c'est l'inconnu. Ce dernier fait peur. Et, comment ne pas se sentir mal, si nous laissons les résidents affronter seul ce que nous ne pouvons supporter?

Orientation de l'établissement au titre de la réalisation des soins

- Élaborer un protocole d'identification et de prise en charge d'un résident à risque de dénutrition
- Élaborer un protocole d'identification et de prise en charge de la déshydratation
- Améliorer la prise en charge de la douleur
- Formation interne à l'accompagnement en fin de vie
- Favoriser la présence de la famille et l'orienter si besoins vers la psychologue en vue dans cette accompagnement de fin de vie. Par cette réflexion, il n'est pas question d'imposer à tous une démarche qu'ils ne se sentent pas la force de porter mais de permettre une organisation adaptable, à ceux qui veulent être des accompagnant de le faire dans de bonne condition. . I
- Mettre en place un système d'annonce des décès au sein de la MDR
- Renouveler les formations interne sur les protections
- Finaliser la mise en place des fiches individuelles d'actions de soins
- Mettre en place un protocole de réévaluation de la contention

- Mettre en place une fiche de déclaration de chute