

Le projet d'établissement - Le projet de soins - Le projet de vie

Le projet de soins des établissements médico-sociaux s'inscrit dans une logique constructive et participative de qualité globale.

Le projet de vie définit les axes prioritaires de réflexion et la place de la personne âgée en EHPAD comme étant un individu unique qui doit toujours, selon ses potentialités, être acteur de sa vie.

Projet de soins et projet de vie s'insèrent, sous la responsabilité du Directeur d'établissement, dans le projet institutionnel d'établissement dans une démarche collective.

Le projet d'établissement

(voir en fin de chapitre le texte concernant les contrats **)

Le projet d'établissement est un outil de programmation indispensable qui répond à un axe qualité comportant la rationalisation et la coordination de la prise en charge.

Le projet d'établissement définit les grandes orientations retenues par l'institution et doit tenir compte :

- De l'histoire de l'institution
- De son environnement (réseau)
- Des grandes orientations qu'il projette
 - activités
 - clientèle
 - projet médical et paramédical
 - projet architectural
 - hôtelier
 - projet d'animation
 - projet de communication

De façon schématique, le projet d'établissement s'articule autour de différents axes :

1. Réponse globale à la demande de soins

- a. Adhésion à des réseaux (gérontologiques, psychiatriques, cancérologiques...)
- b. Participation des médecins libéraux à l'activité de l'EHPAD
- c. Complémentarité avec les établissements hospitaliers

2. Recherche de la qualité

- a. Dans le domaine des soins et de la prise en charge globale (projet de soins)
- b. Dans le domaine des prestations
 - service social
 - pharmacie
 - diététique
 - services généraux (restauration, blanchisserie, services techniques)
- c. Dans le domaine architectural

3. Organisation des soins

- a. Valorisation du travail d'équipe
- b. Circulation de l'information (dans l'établissement et vers l'extérieur)

4. Développement des compétences professionnelles

- a. Amélioration des modes d'encadrement
- b. Profils de poste pour l'affectation des agents
- c. Développement des formations vers les personnels non médecins, vers les professionnels libéraux

5. Amélioration des conditions de travail et gestion du personnel

- a. Gestion des services de soins infirmiers
- b. Amélioration des conditions de travail dans les services, amélioration de l'ergonomie
- c. Amélioration du traitement de l'information et de la communication
- d. Gestion des ressources humaines

6. Développement des outils informatiques au sein de l'EHPAD

Le projet de soins

Le projet de soins est défini par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante et doit prévoir :

- En interne : les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents et les dispositions à mettre en œuvre pour coordonner les divers intervenants
- En externe : les modalités d'adhésion au projet institutionnel des personnels médicaux et paramédicaux libéraux intervenant dans l'EHPAD

Le projet de soins est placé sous la responsabilité du Médecin Coordonnateur (dispositions de l'annexe II de l'arrêté du 26 avril 1999)

Le projet de soins doit reposer sur les valeurs fondamentales suivantes

- Le respect et la prise en compte de la dignité de l'être humain qu'il soit en situation d'utilisateur ou de soignant. Cette valeur contribue au développement d'un projet de vie de l'un ou de l'autre à court ou long terme
- La compétence professionnelle et individuelle
- La responsabilité qui comprend une dimension individuelle et professionnelle. Elle engage la responsabilité tant des usagers que des équipes professionnelles. Cette responsabilité se traduit par un contrat entre les divers partenaires

Trois postulats doivent être pris en compte

- L'homme est un être bio-psycho-social qui a la capacité et le droit de choisir son projet de vie
- La santé est un état dynamique susceptible de variations qui nécessite un processus d'adaptation de la personne à son environnement
- Les soins, qu'ils soient liés aux fonctions d'entretien ou de continuité de la vie ou curatifs, visent à offrir à un individu ou à une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à son ou leurs besoins de santé.

La politique de soins est définie par le médecin coordonnateur en étroite collaboration avec l'équipe soignante de l'EHPAD et permet d'élaborer les orientations des soins médicaux et non médicaux en fonction de l'état de santé des résidents, de fixer les objectifs de prise en charge spécifiques, de

définir les principaux réseaux et relais de soins extérieurs à l'EHPAD, d'adapter les stratégies et de mettre en œuvre les actions qui en découlent.

Les objectifs d'organisation des soins préciseront les réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins :

- Maintien de l'autonomie
- Organisation des soins
- Aides et soins spécifiques
- Prestations hôtelières
- Compétence et qualification des soignants

Les axes de soins

Ils déterminent les orientations du Projet de Soins et permettent de définir les composantes préventives, qualitatives, administratives et socio-économiques de la dimension soin et de la dimension santé chez la personne âgée en EHPAD.

On peut schématiquement définir 6 axes de soins

1. Axe N°1 : objectifs de soins liés aux perturbations de santé des résidents
2. Axe N°2 : accueil et animation (vecteur de soins)
3. Axe N°3 : supports de soins
4. Axe N°4 : évaluation des soins, indicateurs de santé
5. Axe N°5 : formation du personnel
6. Axe N°6 : réseaux de soins

AXE N°1 - Les objectifs de soins

Il s'agit de déterminer les orientations de santé qui synthétisent au mieux les perturbations et les nécessaires prises en charge et accompagnements relatifs à la personne âgée en EHPAD. Ces objectifs devront être réactualisés en fonction du degré de dépendance des résidents.

A titre d'exemple dans une liste non exhaustive :

- Lutte contre les infections et pathologies infectieuses

prévention vaccinale, hygiène, isolement septique.... Les différents volets de cet axe doivent faire l'objet de protocoles validés par le médecin coordonnateur et l'équipe soignante

- Prévention des chutes

adaptation des locaux, installation des résidents, règles de précautions à mettre en œuvre, cahier de chutes, programme spécifique de prévention pour les résidents instables ou chuteurs...

- Contention physique

utilisation du référentiel pratique de l'ANAES

- Nutrition et régime

fiche alimentaire, prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique, prise en charge des désordres hydro-électrolytiques, prise en charge de la constipation ...

- Prévention et traitement des escarres

repérage des patients à risque, utilisation d'échelles de risque, protocoles de prévention et de soins...

dépistage dès l'entrée en établissement, stimulation vésicale, protections...

- Utilisation des psychotropes

dépistage des troubles cognitifs démentiels, des états dépressifs, relations médecin coordonnateur et médecin traitant avec le secteur psychiatrique, consultations hospitalières spécialisées...

- Traitement de la douleur

repérage de la douleur, protocoles, formation des personnels

- Prise en charge des résidents psychiquement perturbés (*démence, Alzheimer*)

préserver le plus longtemps possible l'autonomie physique, psychique et sociale par l'entretien et la stimulation des fonctions cognitives, poser un diagnostic, évaluer l'efficacité des traitements, optimiser l'environnement et les lieux de vie...

- Accompagnement de fin de vie

assurer une fin de vie dans la dignité et le respect de la personne âgée, accompagner, maîtriser la douleur physique ou psychique (plan de soins, protocoles) ...

- Conservation de l'autonomie physique

stimulation des actes de la vie quotidienne, kinésithérapie, protocoles de prévention...

- Situations d'urgence- Risques sanitaires

protocole d'urgence (médecin à prévenir, fiche d'évaluation d'urgence...) – Mise en œuvre de l'application des recommandations du Ministère de la santé et des DDASS pour les risques sanitaires exceptionnels (plan canicule, infections nosocomiales, patients porteurs de bactéries multi-résistantes...)

AXE N°2- Accueil et animation

Ces 2 vecteurs sont indissociables de la fonction soins.

1. L'accueil (dimension psychosociale, familiale)

L'intégration des familles et l'accueil de la personne âgée apportent à la prise en charge une dimension globale de qualité et conditionne au-delà des soins prescrits, son adaptation et sa vie en EHPAD.

On peut mettre en place un certain nombre de dispositions :

- livret d'accueil
- dossier d'admission
- bilan infirmier
- bilan médical
- rendez-vous effectif avec la personne âgée et sa famille
- organisation des conditions d'entrée
- recueil d'informations et évaluation dans les jours qui suivent l'admission
-

2. L'animation (dimension sociale, culturelle)

C'est une composante à part entière de la fonction soin et un vecteur de soins (action positive sur l'état de santé de la personne âgée en favorisant le maintien des capacités physiques, psychiques, intellectuelles, temporo-spatiales).

L'animation favorise le sentiment d'appartenance à un groupe social, maintient ou restaure une bonne image de soi et favorise l'expression des besoins.

L'animation peut être individuelle ou collective. Elle est intimement liée à l'élaboration du projet de vie individuel et requiert la participation de l'ensemble de l'équipe soignante et des résidents. On peut ainsi proposer des ateliers mémoire, lecture, gymnastique, correspondance, jeux de société, sorties...

AXE N°3 – Supports de soins

Trois domaines doivent être explorés :

1. Dossier médical et dossier de soins

Ils sont validés par le médecin coordonnateur. **Dossier unique**, il peut regrouper les données administratives, sociales, psychosociales, médicales et de prise en charge de soins infirmiers.

A titre d'exemple : fiche d'entrée et bilan social, bilan médical et infirmier d'entrée, antécédents, vaccinations, fiches de traitements, prescriptions, fiches de transmission infirmière, suivi médical et infirmier, suivi kinésithérapique...

2. Les transmissions

La fiche de transmission d'équipe permet quotidiennement de définir les problèmes et perturbations de santé. Elles doivent, si possible, inclure des transmissions ciblées et préciser les objectifs de soins, les cibles d'action et leur évaluation.

La fixation d'objectifs de santé permet aux équipes de proposer une prise en charge adaptée, optimale et réactualisable selon l'état de santé du résident et sa volonté ou sa possibilité de conserver son autonomie.

L'organisation des soins

L'organisation des soins doit faire l'objet pour chaque résident d'une planification écrite et réactualisée en fonction de l'état de santé (dossier de soins).

Chaque catégorie de personnel relève d'une fiche de poste inhérente à sa fonction propre.

AXE N°4 – Evaluation des soins, indicateurs de qualité

1. Evaluation de la qualité des soins

Le respect des normes en matière d'information, de respect de l'individu, d'éducation permet aux personnes âgées de recevoir des soins d'une qualité optimale.

A titre d'exemple :

- L'équipe soignante donne une information adaptée et compréhensible dans le respect de la déontologie
- Les soins respectent la dignité de la personne âgée, son droit à la différence et ses choix en fonction de ses croyances et valeurs
- L'équipe soignante participe à la conservation du degré d'autonomie de la personne et applique les règles favorables à la bonne hygiène de vie
- Des procédures qualité et des protocoles de soins sont décidés collectivement en conformité avec les recommandations de bonne pratique gériatrique en vigueur

2. Indicateurs de qualité

On peut tenter de mesurer le degré de réalisation des objectifs fixés :

Indicateurs de santé :

- Pourcentage de chutes
- Pourcentage d'escarres
- Pourcentage d'hospitalisation
- Utilisation des transmissions ciblées, des protocoles
- Conservation de l'autonomie après alitement
- ...

Enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles :

Une fois par an, elle peuvent porter sur les soins, l'accueil, l'intégration des familles, la qualité des repas et de l'hôtellerie, les locaux, la qualité de relation du personnel...

AXE N°5 – Formation du personnel

Les EHPAD doivent, dans la logique de l'arrêté du 26 avril 1999, s'efforcer de promouvoir la qualité des soins et des services.

Deux moyens complémentaires peuvent être mis en œuvre :

1. La formation interne

Elle peut, et doit, être dispensée au quotidien en transmettant le savoir-faire mais aussi par des rencontres formalisées sur des thèmes choisis correspondant aux aspirations du personnel.

Cette formation est dispensée par le médecin coordonnateur en relation directe avec le cadre infirmier. Elle permet de promouvoir des thèmes liés aux perturbations de santé ainsi que la création et la validation de protocoles de soins inhérents à l'évolution des prises en charge auprès de la personne âgée.

Par ailleurs, si des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes traitants, infirmières libérales) interviennent dans l'EHPAD, le médecin coordonnateur pourra proposer des formations gérontologiques soit mono, soit interprofessionnelles, sur des thèmes choisis en commun avec pour objectif de concourir à l'application des bonnes pratiques gériatriques et à organiser la coordination de ces professionnels de santé.

2. La formation externe

Elle concerne des objectifs de formation du personnel optimisant la compétence et la qualification des acteurs de soins. Elle peut se dérouler sous forme de formation professionnelle continue ou de formation professionnelle qualifiante.

AXE N°6 – Réseaux de soins

L'arrêté du 26/04/1999 recommande l'inscription des EHPAD dans un réseau.

La philosophie des réseaux est définie clairement par la définition qu'en donne l'ANAES dans son document : « Principes d'évaluation des réseaux de santé » :

« La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins. Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé. »

Par référence à cette définition on voit que, s'il est nécessaire de mettre en place une véritable coordination gérontologique à l'échelle d'un canton, d'une commune ou d'un pays en déterminant des bassins gérontologiques et des réseaux gérontologiques coordonnés, la démarche essentielle du travail en réseau est la création de liens entre des partenaires.

Ces partenaires peuvent être des professionnels ou non professionnels du réseau de proximité de la personne.

Cela peut permettre de distinguer des niveaux différents de coordination de réseau :

- Le réseau naturel des intervenants
- Les coordinations gérontologiques de secteur en ville
- Les interfaces entre réseaux de ville et institutions
- Et enfin, les réseaux d'établissements

Il faut donc distinguer les articulations avec les réseaux gérontologiques de ville et la place de l'EHPAD dans le réseau d'établissements.

L'EHPAD peut constituer un maillon du réseau social et médico-social, de la coordination et de l'organisation des soins entre :

- ↔ Les acteurs du domicile
- ↔ La médecine de ville et ses réseaux
- ↔ Les SSIAD
- ↔ Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)
- ↔ Les alternatives à l'hospitalisation
- ↔ Les établissements de santé dispensant des soins spécialisés et disposant d'un plateau technique

Implication dans le réseau au niveau local

- ↔ Participation et animation éventuelles des réseaux de proximité et territoriaux avec les partenaires de ville
- ↔ Rôle dans la diffusion des bonnes pratiques gérontologiques en ambulatoire
- ↔ Accompagnement de la prévention des personnes âgées fragiles
- ↔ Éducation pour la santé

Entre établissements

- ↔ Création de réseaux de plusieurs EHPAD (mutualisation des moyens)
- ↔ Réseau hôpital local – EHPAD
 - Courts séjours
 - Soins de suite
 - Accueil temporaire (jour, nuit, séjour de répit)
- ↔ Relation entre EHPAD, court, moyen et long séjour gériatrique
 - Évaluation gériatrique au cours de consultations multidisciplinaires ou d'hospitalisation de jour ou de courte durée
 - Consultation gériatrique, programmée ou non, pour éviter un passage aux urgences
 - Conventions entre l'EHPAD et des établissements sanitaires ou de suite pour l'admission directe en service de médecine gériatrique
 - Conventions avec des équipes mobiles d'évaluation gériatrique
 - Amélioration de la prise en charge du retour en institution après hospitalisation

Mise en réseau au niveau du département

L'EHPAD et le médecin coordonnateur ont vocation à participer à :

- ↔ La coordination des services de maintien à domicile
- ↔ La coordination des établissements gériatriques
- ↔ La coordination des médecins coordonnateurs en EHPAD

Le projet de vie

Le projet de vie répond à une problématique individuelle et doit permettre la meilleure intégration possible de la personne âgée au sein de l'EHPAD dans le respect de ses désirs et de ses choix.

Le projet de vie exprime les orientations retenues par l'institution pour que le résident se réalise. Il doit respecter les fondamentaux de la gérontologie, favoriser l'autonomie de la personne âgée, et permettre l'accompagnement personnalisé du résident.

Le projet de vie, sous l'impulsion du médecin coordonnateur et du cadre infirmier, doit tenir le plus grand compte des avis, suggestions et propositions des AS et ASH, personnels les plus quotidiennement au contact des personnes âgées.

Le rapport annuel d'activité

Le projet de soins prend en compte pour une année l'ensemble des axes de soins ci-dessus détaillés. Le médecin coordonnateur doit établir chaque année un rapport d'activité médicale, document essentiel destiné :

- Au Directeur d'établissement
- Aux tutelles (DDASS...)
- Aux médecins exerçant dans l'établissement

Ce rapport a trois objectifs essentiels

- La description de l'établissement (résidents, personnels, fonctionnement, progrès réalisés, difficultés rencontrées)
- Analyse précise de ces différents éléments
- Mise en perspective pour aboutir à des propositions concrètes d'évolution

Le contenu du rapport d'activité

- ↳ Bilan par rapport à l'année précédente
- ↳ Activités de coordination
- ↳ Items à décrire et à commenter
 - Architecture et organisation
 - Résidents (GIR, GMP, origine, transferts, Pathos)
 - Personnel (effectifs, tâches, compétences, promotions)
 - Relations avec l'extérieur (réseaux)
 - Difficultés rencontrées
- ↳ Mise en évidence des points à améliorer et des objectifs à réaliser

Les outils à mettre en œuvre par le médecin coordonnateur pour établir son rapport d'activité annuel

- ↳ Evaluation qualitative de l'établissement
 - Outils standardisés
 - Grille Angélique (*en annexe*)
 - Logiciel GALAAD incluant AGGIR et PATHOS
 - Référentiel AP/HP SFGG (*en annexe*)
 - Outils subjectifs = questionnaires de satisfaction
 - Résidents
 - Familles
 - Soignants

- ↳ Evaluation de la charge de travail
 - Soins de base = grille AGGIR
 - Soins médicaux, paramédicaux, techniques = Pathos (permet d'identifier les pathologies dans un thésaurus d'états pathologiques, d'associer à chaque pathologie un des 12 profils de soins et d'obtenir le niveau de soins pour les 8 acteurs principaux mobilisés)

- ↳ Evaluation gériatrique des résidents (EGS) (*séminaire « Evaluation gériatrique »*)

**** Texte concernant le projet d'établissement**

Le projet d'établissement met en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Article 25 : « sans préjudice des dispositions de l'article 5.1 de la loi du 30 juin 1975, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin de notamment permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, ou la mise en œuvre du projet d'établissement ou de services. Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis sur une durée comprise entre trois et cinq ans ».