

CONCEPT DE SOINS

1. INTRODUCTION

Nous avons choisi pour notre concept de soins de nous appuyer sur la philosophie de l'humanité selon Gineste Maescotti, sur la théorie de soins de Virginia Henderson, sur la méthode Montessori adaptée à l'âge avancé et sur la méthode de la Validation de Naomi Feil. Notre objectif est « de faire avec et non à la place du résident ». Nous considérons que les résidents sont chez eux à l'EMS et que l'équipe est là pour les aider à vivre le mieux possible leur handicap, de les aider à améliorer leur santé ou à la maintenir, de les accompagner jusqu'à la fin de leur vie.

2. PHILOSOPHIE DE SOINS

Philosophie de l'humanité :

L'humanité est l'ensemble des particularités qui permettent à une personne de se reconnaître dans son espèce, de reconnaître une autre personne comme faisant partie de l'humanité.

L'humanité c'est l'ensemble des éléments suivants qui font qu'on se sent appartenir à l'espèce humaine :

- Des manières particulières, propres aux humains, de satisfaire désirs et besoins... (Les êtres humains possèdent des manières bien à eux de manger, de se déplacer, de se reposer, etc., qui varient selon les cultures)
- Des facultés, des caractéristiques, des besoins, des désirs, etc. spécifiques aux êtres humains... (Parmi les facultés essentielles pour les humains : le rire, l'autonomie psychique, l'intelligence conceptuelle, un langage particulier, s'habiller, créer, raconter, échanger en société et en groupe etc.)

Un humain unique :

- Des manières particulières, propres à chaque personne, de satisfaire désirs et besoins... (Chaque personne possède des manières bien à elle de manger, de parler, de s'amuser, possède son propre rythme, son propre espace, etc.)

Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à améliorer sa santé, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort.

Lorsqu'une personne devient âgée et dépendante, il y a danger de rupture des liens d'humanité, du sentiment d'être perçu comme humain, quand les regards, les paroles, les touchers se raréfient.

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024

Le soignant va participer à la mise en humanité par des échanges de regards, des touchers :

- le regard est le premier canal de mise en humanité.
- la parole : si le regard débute la relation d'humanité, la parole l'accompagne immédiatement.
- le toucher vient conclure la relation. Ce que nous appelons « les préliminaires ».
- la verticalisation quotidienne afin d'éviter la grabatisation.

« Réf. *La méthodologie des soins Gineste-Marsecotti, IGM Suisse* »

3. THEORIE DE SOINS

La théorie de soins de Virginia Henderson et les 14 besoins fondamentaux :

L'être humain est construit de 14 besoins fondamentaux. La fonction de chacun de ces besoins crée des réactions, indispensables au maintien de la santé, sur le plan du corps, de l'esprit et à l'environnement.

Cette théorie se centre sur l'assistance des personnes pour atteindre, retrouver ou maintenir un niveau de santé harmonieux et optimal.

Elle se centre sur la promotion d'une qualité de vie jusqu'à sa fin.

Elle est connue de tous, au travers des formations en soins infirmiers et fait partie intégrante de notre travail journalier.

Son approche individuelle et globale s'intègre à la philosophie de l'humanité dans notre institution.

Méthode Montessori

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées ont besoin d'un accompagnement riche en stimulations cognitives régulières, d'échanges et de participation sociale ainsi que d'un entraînement fréquent pour réduire leurs difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne.

Le manque d'activités engendre souvent chez la personne, de l'apathie comme de l'anxiété ou de l'agitation.

L'objectif principal de l'approche Montessori est de permettre aux personnes accompagnées de recouvrer une certaine autonomie dans les gestes du quotidien pour associer dignité et plaisir.

Méthode de la validation par Naomi Feil

Attribuer du sens

« Valider » quelqu'un signifie reconnaître que son comportement a du sens, reconnaître que la personne a une valeur, et ce, même si nous ne la comprenons pas toujours. L'objectif n'est pas de découvrir le sens, mais de reconnaître qu'il y en a un.

Les comportements d'une personne désorientée ont du sens.

Entrer en empathie

La validation repose en grande partie sur l'empathie et donc sur la reconnaissance des émotions de l'autre. Pour Naomi Feil, ne pas reconnaître ses émotions, revient à nier l'individu. La méthode repose donc sur la rencontre, sur la manière d'établir un lien de

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024

confiance et sur une certaine valorisation de l'autre en tant qu'individu à part entière. Il s'agit de restaurer la dignité en repoussant le sentiment douloureux d'inutilité et de solitude. Ainsi, si le présent a de la valeur et du sens, la personne aura moins besoin de s'enfermer dans le passé. **La validation nous engage à changer de regard sur la personne démente et sur la relation que nous pouvons établir avec elle.**

Quelles sont les étapes de la validation ?

- 1. **Se centrer** : on ne peut pas entrer dans une relation véritablement empathique si on est parasité par nos propres préoccupations, par nos propres angoisses.... Il convient donc de se centrer sur soi pour se libérer de toutes nos préoccupations afin d'être complètement disponible à la rencontre de l'autre.
- 2. **Observer** : repérez l'état émotionnel de la personne, notamment grâce aux indices non-verbaux. Qu'est-ce qu'elle manifeste comme émotion ? Quelles sont les expressions de son visage ? Ensuite, reflétez l'attitude de la personne en se mettant au même rythme qu'elle : on peut par exemple synchroniser sa respiration, harmoniser son attitude en modulant sa voix, et en accordant ses mouvements et ses mimiques.
- 3. **Trouver la distance appropriée** : être suffisamment proche tout en respectant la distance dont la personne a besoin. Il s'agit d'une approche respectueuse et attentive, où la distance est adaptée volontairement pour ne pas paraître ni trop distant, ni trop intrusif.
- 4. **Se mettre en empathie** : capacité à se mettre en résonance avec l'état émotionnel de l'autre. L'empathie nous permet de ressentir en partie les émotions de l'autre, et lui permet de se sentir compris.
- 5. **Utiliser des techniques verbales ou non-verbales adéquates** : Naomi Feil décrit un certain nombre de techniques pour communiquer avec une personne démente. Elle aborde notamment la gestion des situations où la personne est désorientée, et ce, en fonction des étapes d'évolution de la maladie. Elle développe la question du contact-regard qui va accompagner par la suite le toucher respectueux.
- 6. **Terminer la rencontre sur une note positive** : Il est essentiel de terminer la rencontre sur une note positive afin d'ancrer la note positive de la rencontre dans la mémoire émotionnelle et de faciliter les échanges ultérieurs.

4. LA DEMARCHE DE SOINS :

La démarche de soins permet d'offrir des actions de soins adaptées aux ressources et besoins du résident, lorsqu'elle est comprise par l'ensemble de l'équipe, elle induit des soins fondés sur des observations, des manifestations objectives, une analyse pluridisciplinaire et non sur des habitudes de gestes routinière ou systématique.

La démarche de soins permet d'améliorer la qualité des soins du fait du travail en équipe (elle est basée sur une réflexion commune, des échanges, une cohérence des actions entreprises, des transmissions complètes et élaborées) et par son aspect pluridisciplinaire.

Elle fait particulièrement appel à la créativité des soignants, et à la perspicacité de leurs observations.

Elle a pour finalité d'offrir des prestations de qualité adaptée à chaque résident de l'établissement.

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024

La démarche de soins se décline sous 2 aspects essentiels, le projet de vie et le processus de soins.

4.1 Le projet de vie – projet d’accompagnement

Chaque résident a un « ***projet de vie/d’accompagnement*** » ; ce projet peut se trouver modifié ou non, suite à l’entrée en institution.

Lorsqu’un résident ne peut plus en raison de ses troubles cognitifs se déterminer sur son projet de vie, l’équipe met alors en place un projet d’accompagnement qui tient compte si elle en a connaissance du projet de vie antérieur de la personne.

Le projet de vie ou d’accompagnement est l’élément de base sur lequel se fonde l’ensemble de la prise en soins, le point vers lequel les processus de soins convergent :

- Il est celui de résident, il fait sens pour lui et le résident en garde la maîtrise.
- Il est absent de préjugés personnels.
- Il tient compte de l’histoire du résident, de son passé, de ses demandes, de ses souhaits et de ses possibilités.
- Il prend en compte les ressources et limites de l’autonomie du résident.
- L’accompagnement du résident dans son projet de vie nécessite des bilans réguliers avec la personne soignée et sa famille (objectivité du projet-actualité-étapes à franchir)
- Il est important de faire participer les personnes-clefs qui connaissent et aident le résident, permettant ainsi de comprendre les souhaits, le style de vie de la personne afin de connaître l’orientation du projet, d’en assurer la continuité tout en respectant ce que la personne a élaboré avec ses proches.

4.2 Le Processus de soins

Le « ***processus de soins*** » se réalise en équipe pluridisciplinaire il a pour but de mettre en place des actions de soins qui répondent aux besoins des personnes ou dans le but de développer / maintenir leurs ressources.

Le processus de soins infirmiers se compose des éléments suivants :

- L’histoire de vie
- Le recueil de données
- La toilette évaluative
- L’analyse et l’interprétation des données
- Le diagnostic infirmier ou le problème de soins
- Les objectifs de soins
- Les interventions
- Les résultats

4.2.1 L’histoire de vie

Le document « ***histoire de vie*** » résume l’histoire de vie du résident, il est établi dans le premier mois de résidence de la personne. Si des faits significatifs apparaissent par la suite, ils sont ajoutés dans le « ***suivi d’histoire de vie*** » avec la date à laquelle nous avons eu connaissance de l’information.

4.2.2 Le recueil de données

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024

Le « **recueil de données** » est fait sur la base des 14 besoins selon Virginia Henderson. Il relève également les habitudes de vie de la personne. Il est réalisé dans le mois qui suit l'entrée dans l'établissement. Le recueil de données fait l'objet d'un document organisé et spécifique à cet effet, il est classé dans le dossier de soins.

Le recueil de données se fait avec le résident et/ou en collaboration avec la famille ou les personnes significatives. Lorsque cela n'est pas possible, l'infirmière recueille des données par observation en collaboration avec l'équipe soignante. Dans ce cas la source est clairement signifiée sur le document.

4.2.3 La toilette évaluative

Il n'y a pas sans doute dans la relation soignant-soigné, de moment plus important, plus intime, plus difficile ou au contraire plus constructeur, validant que la toilette, où le corps est mis à nu, mais aussi souvent l'âme.

Cette rencontre précieuse est encore trop souvent considérée comme un simple soin d'hygiène qui ne vise qu'à rendre « plus propre ». Il s'agit pourtant d'un moment très important qui se situe au cœur du soin. La toilette évaluative permet d'évaluer les ressources et les difficultés d'un résident.

4.2.4 L'analyse et l'interprétation des données

Les données sont analysées par le personnel soignant diplômé en collaboration avec l'équipe et en tenant compte des souhaits exprimés par le résident, le cas échéant par son représentant thérapeutique. Cette étape permet de dégager les problèmes et les ressources de la personne soignée. Il en découle un « **plan de soins** ».

4.2.5 Le diagnostic infirmier

La formulation du diagnostic infirmier est de la compétence du personnel infirmier diplômé. Elle ne doit pas se fonder sur des jugements ou des éléments subjectifs mais contenir des données objectives, en se basant sur des faits observés.

4.2.6 L'objectif de soins

Après l'identification des problèmes et des ressources du résident, cette étape consiste à fixer le ou les objectifs à atteindre. Ceux-ci doivent être réalistes et un délai doit être fixé pour les atteindre. Ils doivent par ailleurs être déterminés en concertation avec le résident.

S'il y a plusieurs objectifs, il faut faire en sorte d'échelonner les différentes étapes, mais toujours dans la perspective du processus de soins global, qui doit rester cohérent avec le projet de vie ou d'accompagnement du résident.

4.2.7 Les interventions : (actions, moyens qui agissent sur les causes)

Ce sont les actions mises en place pour atteindre le résultat escompté, elles relèvent du rôle propre de l'infirmière, des prescriptions médicales et des décisions provenant de la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.

Les interventions sont adaptées au résident.

Elles sont novatrices et créatives, les interventions stéréotypées sont à éviter.

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024

EMS les Grèves du Lac

Elles font partie d'un processus continu, elles sont vérifiées et modifiées en fonction de l'évolution du résident.

4.2.8 Les résultats

La date de l'évaluation des interventions est planifiée lorsque l'objectif de soins est élaboré. Cette étape se réfère à la somme des observations directes qui auront été écrites au fur et à mesure dans le dossier du résident.

L'évaluation de l'objectif est discutée avec le résident. Un entretien avec ce dernier et/ou son entourage est nécessaire afin de faire le point sur la globalité de la démarche, savoir comment il évalue l'atteinte de l'objectif, et comment poursuivre et / ou modifier l'offre en soins. Ceci fait l'objet d'une transcription écrite sur le document.

5. SOINS PALLIATIFS :

Cf. concept soins palliatifs

Définitions :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux personnes dont l'affection ne correspond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération de problèmes psychologiques, sociaux et spirituels. Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille ».

Organisation mondiale de la santé, rapport no 804, Genève 1990

« La médecine et les soins palliatifs comprennent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel, destinés aux malades souffrant d'une affection évolutive non guérissable. Son but est de soulager la souffrance, les symptômes, d'assurer le confort et la qualité de vie du malade et de ses proches ».

Société Suisse de Médecine et de soins Palliatifs (SSMSP), Statuts 1995

C'est en se référant aux définitions ci-dessus, ainsi qu'aux recommandations pour la pratique de la médecine et des soins palliatifs que nous développons notre approche des soins palliatifs. Nous accordons une attention particulière au traitement de la douleur et à l'accompagnement psychosocial de personnes souffrant de maladies chroniques non guérissables.

C'est en adaptant le projet d'accompagnement du résident que nous intégrons les objectifs et actions mises en place pour assurer son confort.

6. ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE

Les soins d'accompagnements en fin de vie sont complets et individualisés ; ils sont fondés sur des valeurs prédominantes telles que le respect, la dignité, l'humanité (écoute, toucher, regard, parole). Ils prennent en considération les besoins physiques, psychologiques, sociaux, familiaux, spirituels, ainsi que la lutte contre la douleur.

L'objectif de ces soins est de préserver la meilleure qualité de vie possible pour le résident, en soulageant ses douleurs, en lui offrant une relation d'aide et en accompagnant également la famille et les proches. De tels soins n'ont pour but ni de hâter ni de retarder le décès.

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024

EMS les Grèves du Lac

Pour garantir une bonne qualité de soins de fin de vie, les soignants en partenariat avec le résident, ses proches et son médecin :

- respectent son projet de vie,
- respectent ses directives anticipées,
- collaborent avec les référents thérapeutiques et les proches,

- respectent ses croyances et ses valeurs,
- évaluent et respectent ses besoins,
- respectent son rythme de vie,
- évaluent sa douleur,
- assurent son confort,
- évaluent régulièrement les interventions de soins.

7. ORGANISATION DU SECTEUR « SOINS »

L'établissement dispose de 50 lits dont 22 lits pour les bénéficiaires atteints de troubles psycho-comportementaux liés à la démence et 28 lits dédiés à la gériatrie / psychiatrie de l'âge avancé dont 10 chambres individuelles et une chambre de bien-être pour les situations de fin de vie.

L'équipe soignante est composée d'une infirmière responsable du secteur soins (IRSS), de deux ICUS, d'infirmières diplômées (ID), d'assistantes en soins et santé communautaire (ASSC), d'aides en soins et accompagnement (ASA), d'aides-soignantes (AS) et d'auxiliaire santé Croix-Rouge. Un cahier des charges précise le rôle et les responsabilités de chacune.

Des infirmières diplômées, des assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) et des auxiliaires Croix-Rouge forment un pool veilleuses attirées. Elles assurent le service de nuit en binôme. Le personnel de jour est aussi appelé à faire des veilles.

Une infirmière référente est désignée pour chaque résident, elle est la garante de la démarche de soins soit : du projet d'accompagnement, du processus de soins, des interventions qui en découlent ainsi que de leurs évaluations. Dans un esprit de partenariat, l'infirmière-référente est l'interlocutrice privilégiée du résident et/ou du représentant thérapeutique et/ou familial, du tuteur, pour les aspects liés à la santé du résident. Une co-référente (ASSC, AS ou AI), prend plus particulièrement soin de la gestion des effets personnels du résident, elle collabore étroitement avec ce dernier et/ou la famille pour l'entretien, les achats des effets de toilette, d'habits et l'organisation de l'environnement de l'espace privé du résident, chambre, armoire, table de nuit, meuble, etc.

8. INTERACTIONS SOINS-ANIMATION

Les deux services œuvrent en étroite collaboration à la prise en charge globale des résidents. Les soignantes et les animatrices travaillent dans un esprit de coopération, de respect réciproque et d'ouverture.

Elles échangent leurs informations et leurs points de vue respectifs.

Elles participent ensemble à certaines activités, dans le respect des rôles et des compétences de chacune.

Pour atteindre les objectifs, les soignantes et les animatrices se donnent les moyens suivants :

- planification de rencontres régulières pour échanger, organiser le planning mensuel et hebdomadaire, résoudre les éventuels problèmes.

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024

EMS les Grèves du Lac

- partenariat dans l'élaboration du projet de vie et d'accompagnement du résident.
- mise en place d'un système optimal pour faire circuler les informations.
- organisation d'un tournus du personnel soignant en aide animation afin de diversifier et de personnaliser les prises en charge.
- collaboration dans les diverses tâches quotidiennes.
- transmissions quotidiennes des observations

9. MALTRAITANCE ET MESURES DE CONTRAINTES

Une mesure de contrainte est une mesure qui restreint la liberté du résident et qui est imposée à son insu ou sans son consentement libre et éclairé.

Les directives du médecin cantonal relatives à la prévention des maltraitements et moyens de contrainte sont appliqués de façon rigoureuse dans notre établissement.

Les mesures de contraintes sont interdites : si une telle mesure doit être prise afin d'éviter au résident une mise en danger grave de sa sécurité ou de celle des autres, elle doit alors faire l'objet pour sa mise en place d'une démarche de soins et d'un « ***protocole d'application des mesures de contraintes*** » qui répondent à des critères précis :

- l'état du résident doit être évalué par l'équipe, une recherche des causes à l'origine des troubles du comportement doit être faite.
- toutes les autres mesures de prise en soins non restrictives n'ont pas permis de gérer la situation.
- une fois la mesure prise, elle doit être évaluée régulièrement.
- la surveillance du résident doit être renforcée pendant la durée de la mesure.
- des mesures compensatoires doivent être mises en place afin de limiter les effets secondaires des contraintes.
- le nom de la personne responsable de la mesure, la décision, les évaluations et les mesures compensatoires doivent être inscrites dans le dossier du résident.

Le résident, à défaut le représentant thérapeutique sont consultés, à défaut la famille est informée.

(Quelques exemples de mesures courantes, mais néanmoins interdites si la personne n'y a pas consenti clairement : Bloquer quelqu'un en chaise roulante devant une table / barrières de lit / interdiction de boire de l'alcool / mettre un pyjama fermé / fermer l'armoire personnelle à clef / cacher les médicaments dans la nourriture / obligation de suivre un régime / etc.)

10. SECURITE :

En principe et en lien avec les directives du médecin cantonal, la présence d'une infirmière diplômée est requise 24 heures sur 24.

Pour les situations dans lesquelles une infirmière diplômée n'est pas présente, une infirmière est désignée pour assurer le service de piquet un document décrit les modalités d'intervention du service de piquet.

11. DOCUMENTATION :

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024

EMS les Grèves du Lac

Des classeurs contenant des documents de référence : concept de soins palliatifs, concept USD, concept qualité, concept sécurité sont à la disposition des soignants. Ils sont mis à jour par l'IRSS



« On peut vivre sans traitement mais on ne peut vivre sans soins. Aucun traitement ne peut se substituer aux soins »

M-F Collière dans soigner, le premier acte de la vie, 1996, interéditions

Code : 12389052	Auteur : DIR	Pagination : 1/9
Version : 2	Libération : DIR	Date : 02.09.2024