



FONDATION JEANNE MILLILOUD

LES GRÈVES
DU LAC



CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

EMS LES GREVES DU LAC, GLETTERENS

Cyril Marclen Mourgine, directeur

| *Etabli le 01.07.2015. Mise à jour le 19.06.2023*

Table des matières

Institution	2
Infrastructure	3
Mission de l'unité	4
Philosophie	5
Philosophie de soins	5
Philosophie de l'Humanité :	6
La méthode Montessori :	7
Le concept Montessori	7
La méthode de la Validation (Naomi Feil)	8
Théorie de soins	9
Le mode de prise en charge des résidents, ainsi que l'accompagnement et l'intégration des proches	10
Démarche de soins infirmiers	10
Projet de vie et d'accompagnement	11
Le processus de soins	12
L'histoire de vie	12
Le recueil de données	12
Prise en charge globale	12
Accompagnement et intégration des proches « Familles »	14
Processus de gestion des mesures de contrainte	15
Dispositif de prévention des chutes	18
Concept de soins palliatifs et soins terminaux	19
Modalités d'admission dans l'USD	19
Gestion des ressources humaines et supervision	20

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

1. NOTRE INSTITUTION

Ouvert en 1989, l'établissement a été repris en 1991 par la Fondation Jeanne Millioud. Notre établissement a la particularité d'offrir une mixité gériatrie, psychiatrie de l'âge avancé et psychogériatrie dans un cadre convivial et chaleureux.

L'institution accueille en particulier des personnes souffrant d'affections psychogériatriques et de psychiatrie de l'âge avancé. La petite taille de notre établissement, sa situation en pleine nature et la philosophie de la direction permettent d'offrir aux résidents un cadre familial et une prise en soins centrée sur la personne soignée.

L'établissement dispose dorénavant 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.

Nous avons deux unités distinctes :

Une unité de soins démence (USD) : Notre mission vise à offrir un hébergement, dans un lieu adapté aux besoins des résidents, à des personnes âgées souffrant de troubles psychiques. L'hébergement, conforme aux exigences légales, concerne :

Il s'agit d'un hébergement et d'une prise en soin de personnes atteintes de démence, troubles cognitifs et de troubles du comportement, liés à l'âge. Ces personnes nécessitent un environnement sécurisé et des soins spécialisés.

Une unité gériatrie : Il s'agit de l'hébergement de toute personne en âge AVS (gériatrie, psychiatrie de l'âge avancé et psycho-gériatrie compatible) ayant perdu une partie ou la totalité de son autonomie, afin de lui proposer un encadrement social ou médical, propice à l'accomplissement des actes de sa vie quotidienne.

La compatibilité des personnes pouvant être admises dans le cadre de la mission psychogériatrique se définit par la possibilité qu'elles ont de s'adapter à un milieu semi communautaire ouvert, sans se mettre en danger elles-mêmes, ni représenter une charge excessive pour l'institution ou nuire à la tranquillité de leur entourage (peuvent par exemple être considérées comme causes de non-compatibilité, les fugues à répétition, agressions, cris, exhibitions, etc.). En cas d'aggravation des troubles psycho-comportementaux, durant le séjour, nous pouvons donc être amenés à transférer le résident dans l'unité de soins démence.

Dérogation : sur dérogation du médecin cantonal, nous accueillons également des résidents n'ayant pas encore atteint l'âge de l'AVS, pour autant qu'il n'y ait pas de projet

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 2/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

de réhabilitation. La philosophie de l'institution est orientée sur l'ouverture vers l'extérieur, le respect des droits et des libertés de chacun ainsi que la recherche constante d'une amélioration de la qualité des prestations. De plus, notre EMS offre le libre choix du médecin traitant et un projet d'accompagnement individualisé.

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.

2. INFRASTRUCTURES

L'EMS sis dans la grande Cariçaille est composé d'un bâtiment de deux étages (2 ailes) avec deux unités bien distinctes. Au rez-de-chaussée, une unité spécialisée démence (USD - Le Cygne) et au 1^{er} étage l'unité de gériatrie (La Roselière). Dans l'USD Le Cygne se trouvent 11 chambres à 2 lits avec salle de bain, une salle à manger dédiée uniquement à l'unité USD, un bureau pour les soignants, la cuisine, une cafétéria, une réception / bureau infirmier, une pharmacie, un local lave-vase, un local ménage, une buanderie, un local technique, des vestiaires et d'un réfectoire pour les collaborateurs.

S'y trouve également une magnifique salle d'animation qui est divisible en trois pièces grâce à un système de parois amovibles, pour les deux unités. L'une des pièces a été aménagée en petit salon TV pour les résidents. Dotées de grandes baies vitrées, les salles s'ouvrent sur une belle terrasse qui fait le bonheur des résidents aux beaux jours. Les salles bénéficient d'une bonne isolation phonique et le toit plat est végétalisé.

Au 1^{er} étage se trouvent 9 chambres à 2 lits avec salle de bain, 10 chambres individuelles avec salle de bain, 1 chambre bien-être, les bureaux de la direction, un salon, un salon de coiffure / physiothérapie, un local lave-vase, un local de rangement et une salle de réunion. On y trouve également une salle de bien-être équipée d'une baignoire nouvelle génération avec « luminothérapie, résonnance musicale, douche aux huiles essentielles, utilisation du chariot sensoriel à l'aide du Bluetooth et, avec la télévision en face de la baignoire ».

Le bâtiment est entouré d'un grand parc plat de plain-pied qui comporte de nombreuses terrasses.

Le jardin arborisé est clôturé et sécurisé par un système de téléalarme (portail avec un code) afin d'éviter que les résidents désorientés ne partent dans la nature. Ils peuvent toutefois se promener tout autour de l'établissement et dans le jardin s'ils le souhaitent. Un projet de sentier didactique est à l'étude. L'établissement est également équipé, en cas de nécessité, d'un GPS anti-errances.

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 3/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

3. MISSION DE L'UNITÉ

Notre mission¹ vise à offrir un hébergement, dans un lieu adapté aux besoins des résidents, à des personnes âgées souffrant de troubles psychiques. L'hébergement, conforme aux exigences légales, concerne la

- *Psychiatrie de l'âge avancé*: Il s'agit d'un hébergement et d'une prise en soins de personnes atteintes de démence, troubles cognitifs et de troubles du comportement, liés à l'âge. Ces personnes nécessitent un environnement sécurisé et des soins spécialisés. Sur dérogation du médecin cantonal, nous accueillons également des résidents n'ayant pas encore atteint l'âge AVS, pour autant qu'il n'y ait pas de projet de réhabilitation.

Notre établissement est un lieu de séjour dans lequel chaque résident bénéficie d'un projet d'accompagnement personnalisé et de soins appropriés à son état de santé.

Nos atouts les plus importants sont :

- Etablissement de petite capacité entouré d'une belle zone de verdure et proche d'un lac.
- Périmètre extérieur sécurisé, permettant une liberté d'aller et venir à l'intérieur de ce périmètre.
- Prise en charge personnalisée prodiguée par un personnel compétent, formé à la prise en soins selon la méthode Montessori² et les principes d'Humanitude, la méthode de validation³.
- Relations avec nos partenaires basées sur la confiance et sur le respect mutuel.
- Qualité des prestations continuellement examinée et améliorée.

Nous sommes membres de l'AFISA et nous nous sommes engagés à respecter la charte éthique de notre association professionnelle, les directives éthiques et recommandations pour « le traitement et la prise en charge des personnes âgées dépendantes » édictées par l'académie suisse des sciences médicales (ASSM) ainsi que les principes éthiques des soins infirmiers proposés par l'Association suisse des infirmières (ASI).

Nos lignes directrices sont les suivantes :

- *Le souci de bien faire* : ce principe fait référence au devoir d'aider les autres pour obtenir ce qui est bénéfique, ce qui favorise leur mieux-être et réduit autant que possible les risques de préjudice physique ou psychologique.
- *La justice* : ce principe fait référence à l'obligation de décider d'une affectation juste et équitable des ressources, de traiter chacun avec équité et selon ses besoins.

¹ Tiré des documents qualité Gedocq de notre institution.

² Méthode Montessori adaptée aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs.

³ La méthode de validation de Naomi Feil.

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

- *Le respect de l'autonomie* : soit le respect de la personne dans ce qu'elle a été avant la maladie et ce qu'elle est aujourd'hui, et dans les choix de vie qu'elle émis avant la maladie touchant ses capacités cognitives. Le respect aussi de ses choix démontrés par ses attitudes non-verbales.
- *Le respect de la véracité* : soit le devoir de dire la vérité, de ne pas tromper la personne, même souffrant de troubles cognitifs.
- *Le respect de la confidentialité* : soit le caractère confidentiel des informations concernant les personnes et l'obligation de protéger leur vie privée.
- *L'équité de traitement* : ce principe s'adresse aussi bien à nos résidents qu'à notre personnel. La direction veille à un traitement équitable de la personne en tant qu'être humain et professionnel.
- *La responsabilité* : chacun de nous est conscient d'exercer un métier où la responsabilité doit être favorisée et appliquée pour gérer au mieux les ressources. Nous assumons une responsabilité publique et nous veillons à son respect.

4. PHILOSOPHIE

4.1 PHILOSOPHIE DE SOINS

Nous avons choisi pour notre concept de soins de nous appuyer d'une part sur la philosophie de l'Humanité selon Gineste Marescotti qui correspond à nos valeurs et lignes directrices, sur la méthode Montessori, qui offre une approche basée sur le respect, la dignité et l'égalité et sur la théorie de soins de Virginia Henderson qui s'intègre parfaitement dans cette approche, et sur la méthode de validation de Naomi Feil

Notre objectif est de maintenir les compétences préservées du résident et de les améliorer. Nous voyons la personne âgée souffrant de troubles cognitifs et de démence comme une personne pouvant encore acquérir de nouvelles compétences et ayant un réservoir de ressources sur lesquelles nous appuyer pour lui offrir un accompagnement adéquat.

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 5/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

4.2 PHILOSOPHIE DE L'HUMANITE⁴ :

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'intelligence conceptuelle, un langage particulier, s'habiller, créer, raconter, échanger en société et en groupe, la lecture, 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.

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 ».

⁴ « Réf. La méthodologie des soins Gineste-Marescotti, IGM Suisse »

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

La **verticalisation** quotidienne afin d'éviter la grabatisation.

4.3 LA METHODE MONTESSORI⁵ :

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.

4.4 LE CONCEPT MONTESSORI

Première femme médecin en Italie, psychologue, anthropologue et philosophe, Maria Montessori a créé la méthode qui porte son nom en observant les enfants. Elle s'appuie sur les capacités sensorielles, physiques et intellectuelles de l'enfant pour permettre le développement de ses potentiels. Pour elle les conditions de réussite de cet épanouissement sont :

- Le respect du rythme des particularités individuelles.
- L'éveil du lien aux autres.

Les concepts de Maria Montessori ont été transposés aux Etats-Unis et enrichis des connaissances apportées par les neurosciences ces vingt dernières années. En étudiant le rôle des amygdales cérébrales, groupes de neurones préservés jusque très tardivement chez les personnes atteintes de démence de type Alzheimer on constate que :

- Si le cerveau rationnel est altéré le cerveau émotionnel fonctionne.
- Si la mémoire déclarative est altérée, la mémoire procédurale fonctionne.

L'environnement des personnes est repensé afin qu'il soutienne les comportements et l'autonomie. Ainsi, en contournant les déficits et en s'appuyant sur les habiletés préservées, les personnes atteintes de troubles cognitifs peuvent réapprendre des gestes du quotidien, c'est alors notre regard qui change.

⁵ <http://www.ag-d.fr/concept-methode-montessori-adaptee.aspx>

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

12 Principes simples et applicables de la méthode Montessori que nous appliquons

- L'activité doit avoir un but/un sens, capter l'intérêt de la personne.
- Demander à la personne et l'inviter à participer.
- Offrir du choix à chaque fois que c'est possible.
- Parler moins, montrer plus !
- Se concentrer sur les capacités préservées de la personne.
- Ralentir. Adapter sa vitesse à la personne.
- Utiliser des modèles, des indices visuels dans le matériel et l'environnement.
- Donner à la personne quelque chose à tenir et manipuler.
- Toujours aller du plus simple au plus complexe.
- Si besoin, diviser l'activité en sous-étapes.
- Terminer en demandant : « avez-vous aimé ? », « Voudriez-vous le refaire ? »
- Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière de faire. Le but est l'engagement.

... au service de valeurs indéfectibles

Respect, dignité, égalité

Nous empruntons la devise de Maria Montessori :

« Aide-moi à faire seul »

4.5 LA METHODE DE VALIDATION SELON NAOMI FEIL

La méthode – aussi appelée Validation affective, ou thérapie par empathie a pour objectif principal de maintenir la communication avec les grands vieillards désorientés afin de les accompagner dans une relation respectueuse de leur identité tout en reconnaissant dans leur comportement, la manifestation de leur besoin d'exister en tant qu'individu et d'être entendus.

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 8/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

La mise en pratique de la Validation passe par la maîtrise de plusieurs techniques de communication verbales et non verbales. Elle doit s'inscrire dans un cadre professionnel, autour d'un projet de prise en charge adapté à des personnes très âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. Il ne s'agit pas tant d'analyser les faits du passé que de construire une relation de confiance. Cette confiance développera un sentiment de sécurité qui permettra de tenter de « rejoindre » le patient et de l'accompagner par le regard, la parole et le geste, dans l'exploration de sa réalité subjective. En cela, un bon praticien se gardera d'attentes irréalistes et de toute volonté de contrôle, pour accueillir ce qui survient et le laisser advenir.

Il s'agit donc, en améliorant la communication, de maintenir des liens authentiques avec la personne âgée et de contribuer ainsi :

- à restaurer le sentiment de sa valeur personnelle ;
- à réduire son anxiété ;
- à améliorer son bien-être subjectif.

En accompagnant l'expression des émotions et peut-être la résolution d'anciens conflits de la personne âgée, l'aidant s'efforce de réduire les risques de contention physique ou chimique, de repli sur soi et d'évolution vers l'état végétatif, pour lui permettre de continuer à s'inscrire dans une vie qui a un sens.

Cette formation est réalisée intra-muros par petits groupes de 10 à 12 soignants, une à deux fois par année.

Pour les soignants qui ne peuvent pas suivre la formation intra-muros, ils ont la possibilité de suivre la formation auprès de l'association « La famille au jardin ».

4.6 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.

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 9/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

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.

5. MODE DE PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS, ACCOMPAGNEMENT ET INTÉGRATION DES PROCHES « FAMILLES »

Pour prendre en charge adéquatement des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et de diverses démences, nous mettons en œuvre les démarches suivantes :

5.1 DEMARCHES DE SOINS INFIRMIERS :

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 des 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.

La démarche de soins dans les situations de psychogériatrie 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 adaptées à chaque résident de l'établissement.

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

5.2 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

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 10/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

connaissance du projet de vie antérieur de la personne et de ses valeurs exprimées par ses proches.

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.
- 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 capacités préservées.
- 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.

5.3 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

5.4 L'HISTOIRE DE VIE

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 11/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

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.

5.5 LE RECUEIL DE DONNEES

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.

Dans le recueil de données, nous intégrons aussi le document « compétences préservées » de la méthode Montessori afin d'avoir des connaissances précieuses du résident.

5.6 PRISE EN CHARGE GLOBALE

L'une des spécificités de notre prise en charge est de privilégier une approche d'abord non-médicamenteuse des troubles du comportement de nos résidents : les réserves de médicaments pour gérer les épisodes de troubles du comportement sont données avec parcimonie et prudence. Nous tentons d'autres approches, en lien avec la méthode Montessori, la philosophie de l'Humanité, la validation.

Nous nous considérons comme étant des facilitateurs de vie.

Nous utilisons aussi les Fleurs de Bach, l'aromathérapie, les massages type Reiki, grâce aux compétences de nos collaborateurs formés dans ces spécialités.

Nous veillons avant tout à maintenir un climat calme et serein dans l'institution et tous les soignants sont sensibilisés, de par leur formation, à cette approche.

Lorsque cela s'avère bénéfique pour le résident, nous mettons en place un cadre particulier, que nous intégrons au P2d du RAI. Nous veillons à l'expliquer à ses proches et en demandons la validation au médecin psychogériatrie.

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 12/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

Comme la lecture est une compétence⁶ longtemps préservée chez une personne âgée souffrant de troubles cognitifs, nous nous appuyons dessus pour créer des repères lui permettant de retrouver sa chambre, la salle à manger, le salon de coiffure. Nous utilisons aussi cette compétence préservée pour gérer certains troubles du comportement.

Nous testons, à l'aide d'un document spécifique, quelle grandeur de police convient le mieux à chacun pour la lecture.

Les tableaux, les informations qui sont destinés à nos résidents se basent sur ce que nous avons appris lors de nos formations Montessori.

Nous veillons aussi à ce que l'agencement des chambres soit facilitateur pour les résidents : côté de la table de nuit, objets significatifs etc.

Comme le périmètre extérieur est sécurisé, nous laissons aux résidents la liberté d'aller et venir, tout en veillant à l'adéquation de leur tenue avec la météo. Cette liberté de marcher permet aussi d'éviter la survenue d'épisodes de troubles du comportement.

Nous veillons aussi à maintenir la capacité de marcher des résidents le plus possible, par des trainings à la marche, à l'intérieur comme à l'extérieur.

Dans un souci de normalisation, nous installons les résidents sur des chaises lorsqu'ils sont en salle à manger, et évitons au maximum de les laisser sur les fauteuils roulants.

Les repas sont servis sur assiette, et certains repas manger-mains sont organisés.

Nous privilégions les soins d'hygiène au lavabo, en position debout lorsque c'est nécessaire.

Par des trainings WC, nous maintenons la continence chez les résidents.

Les résidents bénéficient d'activités nombreuses et variées, adaptées à chacun, et leur donnant un rôle dans notre société, ceci dans le respect des 12 principes Montessori⁷.

Nous bénéficions de 12 visites par an du médecin psychogériatrie, dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Le médecin nous apporte son expertise lors de situations particulières, en accord aussi avec le médecin traitant. Dans la cadre de la psychiatrie de liaison, nous pouvons aussi faire appel à l'expertise et la supervision d'un/e infirmière du RFSM.

Nous sommes sensibles au changement de comportement des résidents et explorons toutes les voies possibles pour les comprendre : infections, douleurs, inconfort et y apportons une réponse adaptée lorsque nous l'avons trouvée.

Dans tous nos soins et activités, nous mettons tout en œuvre pour que le résident soit valorisé et évitons de le mettre en échec.

La philosophie qui nous anime dans toute notre prise en charge est **respect, dignité, égalité**.

⁶ Selon la méthode Montessori adaptée à la personne âgée

⁷ Voir annexes : les 12 principes Montessori

5.7 ACCOMPAGNEMENT ET INTEGRATION DES PROCHES « FAMILLES »

Dès l'entrée à l'EMS, nous créons un lien avec les proches lors du repas d'accueil auquel ils sont chaleureusement invités. Très tôt, nous les sollicitons pour nous apporter leur connaissance de leur parent, et partager avec nous toutes les informations nécessaires pour le connaître et respecter au mieux sa personnalité.

Après un mois, nous programmons un entretien avec la famille et le résident. Cet entretien a pour objectif de présenter notre philosophie et notre prise en charge spécifique de ce résident.

Il a aussi pour but de répondre à toutes les interrogations et questionnements des proches. Il permet aussi d'éclaircir certains points administratifs, si nécessaire.

Des réunions de réseau sont organisées lors de situations particulières : hospitalisations, rencontre avec le psychogériatre ou autres.

Le directeur, l'infirmière-cheffe, les infirmières ainsi que tous les soignants se mobilisent pour apporter écoute et soutien aux proches lorsque c'est nécessaire.

En dehors de ces moments de rencontre centrée sur un résident et sa famille, nous organisons chaque année trois grands événements réunissant les familles, représentants légaux et les résidents des proches qui le veulent :

- La fête des familles : elle a lieu en début d'été, et la participation des familles est encouragée en leur proposant d'apporter salades et desserts de leur crû. Nous offrons le repas. Une animation musicale permet la convivialité. C'est aussi un moment d'échange pour les familles entre elles et avec les soignants.
- La fête de Noël : dans un décor de circonstance, elle permet aux proches et aux familles de se retrouver pour partager avec leur parent un repas, des chants de Noël et un moment privilégié.
- Soirée des familles : Chaque année nous organisons une soirée d'information pour les familles et représentants légaux. Lors de cette soirée, nous présentons les projets en cours, les objectifs et nous répondons également volontiers aux questions, suggestions, propositions ou critiques.

Tous les 4 ans, la Fête-Dieu est organisée dans notre institution et elle permet à toute la communauté de participer à un moment de recueillement.

Nous avons comme projet d'organiser une journée portes ouvertes et souhaitons y intégrer les familles.

Dans le cadre de la méthode Montessori, nous les sollicitons aussi pour les intégrer à certaines activités avec leur parent, pour écrire un livret, nous apporter des photos significatives, cuisiner, etc.

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

Nous leur donnons la parole et prenons en compte leurs interrogations, leurs doutes et leur faisons part de nos expériences heureuses dans l'approche de leur parent. Nous les considérons comme des partenaires privilégiés pour nous aider dans la prise en charge de leur parent.

Tout au long du séjour du résident, nous les considérons comme des partenaires privilégiés pour nous aider à prendre soin de leur parent.

Des rencontres formelles entre famille, direction, soignants sont organisées selon les demandes de chacun (famille ou soignants).

Les heures de visites sont libres, nous accueillons les proches à toute heure.

Nous tenons informé le représentant thérapeutique de tout fait marquant : chute, changement de traitement, baisse de l'état général, moyen de contrainte, etc.

Nous veillons à maintenir auprès des proches une image positive de leur parent.

6. PROCESSUS DE GESTION DES MESURES DE CONTRAINTE

Chaque mise en place de mesures de contraintes donne lieu à une analyse en équipe de soins. Elles sont protocolées selon le document en vigueur (service du médecin cantonal), et visées par le médecin. Elles sont expliquées et argumentées au résident et à sa famille. Elles sont réévaluées très régulièrement.

Nous veillons à les appliquer avec prudence, à les instaurer uniquement si un autre moyen n'est pas envisageable.

La ligne directrice de notre institution est de laisser leur liberté à nos résidents, à éviter les contraintes telles que les ceintures de contention sur les chaises roulantes, dans les lits etc.

Les barrières de lit et les détecteurs de mouvement et la possibilité d'écraser les médicaments sont les contraintes utilisées le plus souvent.

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 15/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne
T +41 26 305 79 80
www.fr.ch/smc

Version 09.01.2023

Directives pour l'application d'une mesure de contrainte et/ou limitative de liberté de mouvement

(réf. Loi sur la santé du 16 novembre 1999, art 53, 54, 55 et Code civil, art. 383, 384, 385)

Par principe, toute mesure de contrainte et/ou limitative de liberté de mouvement est interdite. Elle peut être appliquée en dernier recours si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et si le comportement du patient ou de la patiente présente un grave danger pour sa sécurité, sa santé ou celles des autres ou perturbe gravement la vie communautaire. La mesure doit respecter le principe de proportionnalité et faire l'objet d'un protocole d'application comprenant des mesures compensatoires. Elle est répertoriée dans le « Registre des mesures de contraintes et limitatives de liberté » de l'institution. Le-la résident-e est informé-e au préalable de la nature de la mesure, de ses raisons et de sa durée probable. Le-la représentant-e thérapeutique doit être informé-e de la mesure contre laquelle il ou elle peut recourir.

Recommandation importante : au-delà de l'aspect légal, il est vivement recommandé d'associer le-la représentant-e thérapeutique ou les proches aux discussions et à la prise de décision afin qu'elle soit bien comprise et admise.

Définition de la mesure de contrainte (réf. Art. 3.1. des Directives médico-éthiques de l'ASSM 2005)

Par mesure de contrainte, on entend toute intervention allant à l'encontre de la volonté déclarée du patient ou suscitant sa résistance, ou, si le patient n'est pas capable de communiquer, allant à l'encontre de sa volonté présumée.

En exemples, on peut citer les mesures les plus fréquentes suivantes : ceinture, tablette au fauteuil, barrière de lit, drap zewi, porte fermée, bracelet anti-fugue, soins forcés, ou mesures de privations (alcool, fumée, etc.)

Protocole d'application d'une mesure de contrainte et/ou limitative de liberté de mouvement

Lorsqu'une mesure de contrainte est instaurée au sens des Directives médico-éthiques de l'ASSM ou lorsqu'une mesure limitative de liberté de mouvement est instaurée à une personne incapable de discernement (art. 384 du Code civil) un protocole d'application est établi et signé.

Les signatures de l'infirmier-ère diplômé-e et de l'infirmier-ère chef-fe sont impératives. Les proches doivent être informés.

En cas de désaccord, le-la résident-e ou les proches peuvent s'adresser à la **direction de l'établissement** ou recourir auprès de l'**Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (Justice de paix du district où la mesure est prise)**. La plainte pénale est réservée.

En cas d'urgence, l'infirmier-ère peut imposer une mesure de contrainte et requérir la signature de l'infirmier-ère chef-fe, voir du médecin, ultérieurement.

Toutes les mesures faisant l'objet d'un protocole doivent être répertoriées dans le « **Registre des mesures de contraintes et limitatives de liberté** » de l'institution.

Surveillance électronique

L'instauration d'un système de surveillance électronique fait également l'objet d'un protocole de mesure de contrainte lorsqu'il limite la liberté de mouvement de la personne incapable de discernement (bracelet anti-fugue, système de géolocalisation).

Les tapis sonnette ou détecteurs de mouvements qui transmettent un appel infirmier pour une assistance, comme l'orientation aux WC ou un déplacement accompagné, font aussi l'objet d'un protocole lorsqu'ils sont instaurés à une personne incapable de discernement. Les résidents et/ou leur représentant-e thérapeutique doivent être informés de l'instauration et de la portée de toute mesure de surveillance électronique permettant de les localiser. L'institution s'assure que les dispositions légales en matière de protection des données et que les principes éthiques soient respectés.

—
Direction de la santé et des affaires sociales **DSAS**
Direktion für Gesundheit und Soziales **GSD**

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 16/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

Bonnes pratiques pour la mise en place d'une mesure de sécurité volontaire chez une personne capable de discernement

Contexte / Préambule

L'élaboration de bonnes pratiques pour la mise en place d'une mesure de sécurité volontaire chez une personne capable de discernement s'inscrit dans le cadre des exigences du SMC en matière de traçabilité et d'évaluation des mesures limitatives de liberté dans un souci de respect des bases légales notamment liées à la protection des personnes en incapacité de discernement. Ces bonnes pratiques permettent à l'institution d'avoir des bases sur lesquelles s'appuyer lors de la mise en place d'une mesure acceptée ou demandée par le-la résident-e capable de discernement. Cette mise en place est de la compétence d'un-e infirmier-ère diplômé-e en collaboration avec l'équipe soignante.

Le SMC et l'AFISA ont collaboré à la rédaction de ces bonnes pratiques. Elles intègrent les exigences du SMC ainsi que du cadre légal.

Procédure

- A. Exemples de type de mesures : barrières au lit, fermeture de la porte de chambre, détecteurs de mouvement (système tapis sonnette, levé du lit, matelas connecté, ...), GPS,
- B. Analyse de la situation : Evaluation du risque avec / sans la mesure.
- C. Evaluation par un-e infirmier-ère diplômé-e de la capacité du ou de la résident-e à comprendre la mesure (mesure acceptée/demandée par le-la résident-e).
- D. Description de la mesure de sécurité et de ses conséquences.
- E. Objectifs / bénéfices de la mise en place de la mesure.

Conditions

- Mesure acceptée ou demandée par un-e résident-e ayant sa capacité de discernement.
- Traçabilité et réévaluations régulières (nécessité de la mesure et capacité du ou de la résident-e à comprendre la mesure).
- En cas de perte ou d'altération de la capacité de discernement : élaboration d'un protocole d'application d'une mesure de contrainte et/ou limitative de liberté de mouvement.
- Selon les situations, informer le-la représentant-e thérapeutique de la mesure ou l'intégrer dans la réflexion
- Information à l'infirmier-ère chef-fe.

Tracabilité (Exigences minimales du SMC)

- Les éléments de la procédure se trouvent dans des rubriques adéquates du dossier de soins. Exemple pour la création d'une macrocible : « mesure de sécurité volontaire ».
- La traçabilité comprend :
 - ✓ L'ensemble des éléments de la procédure.
 - ✓ La planification des réévaluations : date de la dernière évaluation et de la prochaine évaluation (minimum : lors des réévaluations RAI).
 - ✓ Les informations relatives aux évaluations / réévaluations (par exemple dans les observations).
 - ✓ Visa électronique de l'infirmier-ère responsable de la mise en place de la mesure.

Références

- Evaluation de la capacité de discernement : Académie suisse des sciences médicales (ASSM)_ La capacité de discernement dans la pratique médicale + formulaire
- Mesures de contraintes en médecine / Directives médico-éthiques (ASSM)
- Les droits fondamentaux des personnes âgées en EMS / Marie Cherubini
- Loi sur la santé (LSan du 16.11.1999, articles 53, 54, 55)
- Code civil (articles 383, 384, 385)

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 17/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

7. DISPOSITIFS DE PRÉVENTION DES CHUTES ⁸

En nous basant sur le document BPA : prévention des chutes dans les EMS, nous développons un concept de prévention des chutes, s'articulant autour de plusieurs axes :

- **Architecturaux** : absence de seuil, sols plats, antidérapants. Accès de plain-pied à l'extérieur : terrasses, jardin.
- **Environnementaux** : les chambres sont lumineuses, les meubles disposés de façon à éviter les chutes et leurs conséquences. Ils sont disposés de manière ergonomique selon les ressources et handicaps de la personne. Ils sont stables et solides.

Les risques de trébucher sont évités, p. ex. les appareils médicaux, tubes d'oxygène, câbles électriques, objets environnants, tapis décollés

Les effets personnels sont placés à portée de main. Les horaires et méthodes de nettoyage sont adaptés au rythme de vie de l'institution. Des panneaux signalent les sols mouillés ou en cours d'entretien.

Pour aider les résidents, des signalétiques claires, écrites en grand sont privilégiées, par exemple pour retrouver leur chambre ou les WC.

La lumière dans les WC où des veilleuses sont utilisées selon les cas.

Les moyens auxiliaires sont adaptés à la taille et aux besoins des résidents, par exemple les lits, déambulateurs, chaises roulantes, fauteuils. Le bon état de fonctionnement des aides à la marche est régulièrement contrôlé (profil des roues, l'état des freins). Elles sont aussi identifiées au nom du résident pour qu'il puisse les retrouver.

Nous veillons à maintenir un environnement sonore bas, afin d'éviter des risques d'agitation et d'anxiété.

Résidents : une analyse de leur risque de chute est établie régulièrement. Les traitements médicamenteux pouvant augmenter ce risque ils sont régulièrement revus.

Une supplémentation en Vitamine D est mise en place pour la majorité des résidents.

Nous veillons à leur fournir des activités physiques tenant compte de leurs habitudes, permettant d'atténuer leur agitation dans un cadre sûr : marche accompagnée dans les couloirs, dans le jardin, gymnastique douce. Nous apportons une attention particulière au maintien de la marche et des capacités motrices. Lorsque c'est nécessaire nous faisons appel au physiothérapeute.

Leurs aides sensorielles (lunettes, appareils auditifs) sont entretenues et adaptées. Nous veillons aussi au bon état de leurs pieds et à ce qu'ils aient des chaussures confortables et sûres.

⁸ <http://www.bfu.ch>

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

Des trainings WC et des changements fréquents des protections d'incontinence sont effectués pour éviter le risque de chute lié à cet aspect.

Soignants : ils veillent à accompagner les résidents dans leur déplacement, tout en leur laissant l'autonomie nécessaire.

Une présence continue est assurée en salle à manger et en salle d'animation, lorsque les résidents s'y trouvent.

Ils sont informés et sensibilisés aux risques de chutes plus importants pour certains résidents.

Le personnel socio-hôtelier est aussi sensibilisé à cet aspect.

Nous utilisons aussi la validation, des approches selon l'Humanitude et la Méthode Montessori pour atténuer les épisodes d'agitation, d'envie de fuir.

Mesures de contraintes/ contention : leur application et leur nécessité fait l'objet de discussions en équipe et avec les proches. Ce sont des moyens utilisés en dernier recours et ils sont protocolés.

Chaque chute est notifiée dans le dossier patient informatisé, et analysée en vue d'apporter de nouvelles mesures de prévention.

8. CONCEPT DE SOINS PALLIATIFS ET SOINS TERMINAUX

Nous avons élaboré un concept de soins palliatifs de soins terminaux (voir document annexé).

9. MODALITÉS D'ADMISSION DANS L'USD

Les demandes d'admissions se font via la plateforme du BRIO⁹ qui reconnaît notre compétence dans l'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et de comportement liés à la démence.

Dans notre USD, nous accueillons des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs et du comportement liés à la démence tels que :

- Violence, agressivité et cris.
- Fugues et errances avec mise en danger personnelle et des tiers.

⁹ Bureau régional d'information et d'orientation

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

- Désinhibition sociale et/ou sexuelle.
- Inversion du rythme veille-sommeil.
- Délire de persécution.
- Hallucinations visuelles, auditives, olfactives et gustatives, potentiellement effrayantes.
- Anxiété invalidante.

Après évaluation de leurs besoins et de leurs spécificités, ces personnes ne pourraient être placées dans une unité d'EMS classique, sans l'utilisation de moyen de contraintes chimiques ou physiques, ce que nous évitons dans notre institution.

L'évaluation RAI concernant les résidents entrant dans notre USD correspond idéalement aux critères suivants¹⁰ :

- > Diagnostic de I: q et/ou dd et/ou u et/ou J: e et /ou i ainsi qu'un indice cognitif de minimum 3.
- > Minimum deux problèmes de comportement parmi les codes E4a / E4b / E4c / E4d / E4e (avec codage de 2 ou 3 pour le A et 1 pour le B).

10. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES, FORMATION ET SUPERVISION

Le choix des soignants travaillant dans notre USD se fait sur une base volontaire et ils doivent au moins avoir une formation particulière leur permettant de comprendre et gérer les spécificités des résidents souffrant de troubles cognitifs : formation en Humanité, à la méthode Montessori, à la validation et/ou Kinaesthetic. D'autre part, ils acceptent d'entrer dans un processus de formation continue concernant la psychogériatrie.

Nous veillons à allouer suffisamment de ressources humaines à l'unité USD, en la sur-dotant légèrement, par rapport à une unité gériatrique classique.

Supervision :

Une supervision externe de l'équipe est assurée par une équipe de psychogériatrie du réseau RFSM. Cette supervision a lieu au minimum 2x/an. Ces supervisions consistent à analyser des études de cas cliniques.

Formation :

¹⁰ Critères d'entrée USD selon groupe de travail

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 20/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023

CONCEPT UNITE DE SOINS DEMENCE

Nous portons une attention particulière à la formation continue de nos collaborateurs. D'ailleurs plusieurs formations sont régulièrement mises en place en collaboration avec les EMS de la région, « Clair Vully » et « Marc Aurèle », afin de créer un réseau solide. Des formations à la méthode Montessori adaptée aux personnes souffrant de troubles cognitifs, à la méthode de validation de Naomi Feil, à la kinaesthetic sont mises en place sur une base de 2x/année.

Nous sommes d'avis que pour travailler avec des personnes souffrant de démences séniles ou de type Alzheimer, ou souffrant de troubles cognitifs, les collaborateurs doivent posséder des outils et des méthodologies adaptés à ces pathologies telles que la méthode Montessori, l'Humanitude, la validation, la Kinaesthetic et bénéficier de formations ponctuelles sur la prise en charge de personnes souffrant de démence liée à l'âge avancé.

Nous investissons aussi dans la formation des apprentis : assistant(e) en soins et santé communautaire « ASSC », assistant(e) socio-éducatif(ve) « ASE », assistant(e) en soins et accompagnement « ASA ». Sur une année, nous avons en moyenne 4 apprenti(e) ASSC, 1 apprenti(e) ASE, 1 apprenti(e) ASA, en cours de formation.

Une ICUS et une infirmière référente de l'équipe USD sont en possession d'un CAS en psychogériatrie et partagent leurs connaissances pour assurer la qualité de la prise en charge spécifique.

Le personnel socio hôtelier est sensibilisé aux caractéristiques de nos résidents et suit une formation interne lui permettant de mieux comprendre les troubles du comportement et à y faire face selon ses moyens.

Code : 12389073	Auteur : DIR	Pagination : 21/21
Version : 2	Libération : DIR	Date : 19.06.2023