

Le Bourg Joly

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Livret d'accueil du professionnel et du stagiaire



MAISON DE RETRAITE PUBLIQUE – EHPAD du Bourg Joly

1 route de Mazé — 49250 ST MATHURIN SUR LOIRE

☎ : 02 41 79 55 00 – fax 02 41 57 08 52 - ✉ accueil@mrstmathurin.fr

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Au nom de la maison de retraite « Le Bourg Joly » et à titre personnel, je tiens à vous souhaiter la Bienvenue dans notre Institution.

Pour un remplacement ponctuel, de courte durée, un recrutement plus long, peut-être à vocation définitive, ou pour un stage de formation, vous allez être amené à travailler au contact de personnes âgées dont l'état de santé les a conduits à venir habiter dans une structure d'hébergement médicalisée.

Elles y sont venues pour des raisons multiples : sécurité des soins, qualité de l'accompagnement au quotidien, la chaleur humaine qui permet de surmonter la solitude...

En tant que professionnels du secteur de la santé et en tant qu'agents ou stagiaires de la maison de retraite « Le Bourg Joly », nous nous devons de mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité des prestations offertes, en particulier, en proposant un certain « bien-être » aux personnes accueillies et en leur offrant les conditions d'une vie digne au sein de l'établissement.

Aussi la connaissance de l'établissement et de son fonctionnement facilitera-t-elle votre intégration.

Nous espérons que ce livret de bienvenue répondra à vos attentes. N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques pour nous aider, éventuellement, à l'améliorer dans les années à venir.

Bienvenue et bon exercice professionnel !!

Le Directeur

Emmanuel GUEGNIAUD

SOMMAIRE

PARTIE 1 : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES PERSONNES ACCUEILLIES	4
1. LE « BOURG JOLY, UN SITE HISTORIQUE »	4
2. STATUT ET VOCATION.....	5
3. SITUATION	5
4. LES PUBLICS ACCUEILLIS	5
<i>Le taux d'occupation sur les 3 dernières années</i>	<i>6</i>
<i>Le taux de rotation des lits</i>	<i>6</i>
<i>La répartition des résidents par communes d'origine</i>	<i>6</i>
5. LA CAPACITE D'ACCUEIL ET L'OFFRE D'HEBERGEMENT	6
6. SE LOCALISER DANS L'ETABLISSEMENT : PLAN	7
PARTIE 2 : LES MISSIONS ET VALEURS	8
1. LES MISSIONS	8
2. LES VALEURS	8
3. L'OUTIL DE REFERENCE	9
PARTIE 3 : PRÉSENTATION DU PERSONNEL, DES INSTANCES ET DES REUNIONS INTERNES	10
1. LES PROFESSIONNELS	10
2. LES INSTANCES	10
3. LES REUNIONS INTERNES.....	11
PARTIE 4 : INFORMATIONS PRATIQUES.....	12
1. ACCUEIL.....	12
2. HORAIRES	12
3. TENUE VESTIMENTAIRE	12
4. VESTIAIRES	12
5. REPAS	13
6. PARKING	13
7. CGOS.....	13
PARTIE 5 : CONSIGNES PROFESSIONNELLES.....	14
1. L'HYGIENE	14
2. LA SECURITE	14
3. LA DEMARCHE QUALITE	15
4. LA GESTION DES RISQUES.....	16
5. LE SECRET PROFESSIONNEL ET LA DISCRETION PROFESSIONNELLE.....	16
⇒ Le secret professionnel	16
⇒ La discrétion professionnelle	16
⇒ Le secret partagé	16
PARTIE 6 : FOCUS SUR LES STAGIAIRES.....	17
1. LES ATTENTES VIS-A-VIS DES STAGIAIRES	17
2. L'EVALUATION DE FIN DE STAGE	17
ANNEXE 1 : LA GRILLE NATIONALE AGGIR (AUTONOMIE GERONTOLOGIQUE GROUPE ISO-RESSOURCES).....	18
ANNEXE 2 : REFLEXIONS ETHIQUES SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS (D'APRES LES PROPOS DU PR BLANCHARD)	19
ANNEXE 3 : CHARTE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE	22
ANNEXE 4 : CHARTE DU BOURG JOLY, PERSONNALISEE PAR LES RESIDENTS.....	23
ANNEXE 5 : ORGANIGRAMME	24

PARTIE 1 : PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DES PERSONNES ACCUEILLIES

1. Le « Bourg Joly, un site historique »

L'établissement est implanté sur le site de l'ancien Hospice « Martineau » fondé en 1880 par Mme Perrine Marcereau et Mme Sophie Normand. En 1889, les propriétaires font don de l'hospice à la commune de Saint Mathurin. La gestion et le fonctionnement sont assurés par des religieuses de la congrégation de la Salle de Vihiers.

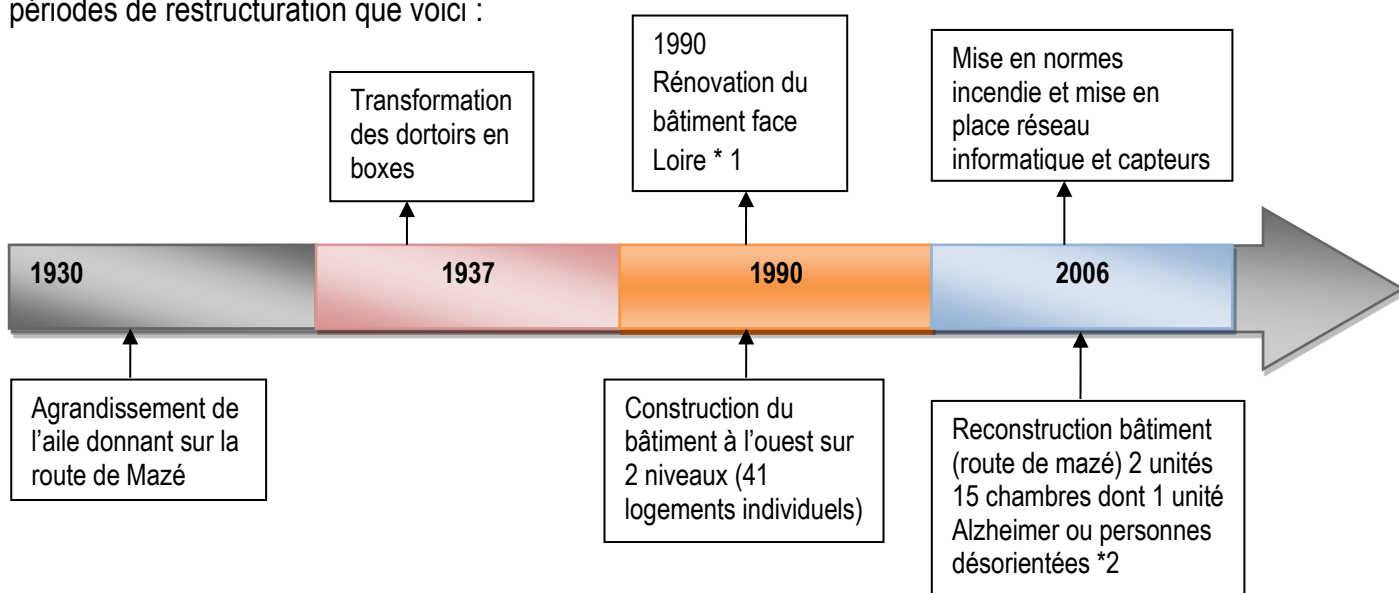
En 1909, le site devient insuffisant pour accueillir les malades et indigents du moment, de petites propriétés contiguës à l'ouest sont achetées et réhabilitées. En 1912, l'Hospice compte 19 pensionnaires et 5 religieuses.

Pendant la 1^{ère} guerre mondiale, l'hospice soigne des militaires blessés venant de l'hôpital de SAUMUR.

L'Hospice fut érigé en maison de retraite par arrêté ministériel du 5 juin 1961.

De l'hospice à l'établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes :

Afin d'adapter les lieux à l'hébergement de populations fragilisées, l'EHPAD, le Bourg Joly a connu 4 périodes de restructuration que voici :



En 2004, par la signature d'une convention tripartite avec l'État (aujourd'hui l'agence régionale de santé) et le Département (le conseil général), la maison de retraite le Bourg Joly devient un Établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). C'est ainsi qu'elle s'est engagée à développer une dynamique permanente d'amélioration de la qualité de vie et de soins dans le cadre d'un accompagnement personnalisé. L'EHPAD a été nommé « Le Bourg Joly », du nom du lieu-dit où est implanté l'Établissement.

2. Statut et vocation

L'EHPAD le Bourg Joly est un établissement médico-social autonome de statut public. Sa vocation est d'accueillir et de proposer aux résidents, quel que soit leur niveau de ressource, des prestations et des soins personnalisés, adaptés à leur état de santé et à leurs souhaits. L'objectif est de faire de la structure leur nouveau domicile.

L'établissement est géré en direction commune avec l'EHPAD de Trélazé. Chaque entité est autonome juridiquement et a son propre fonctionnement même si des rapprochements et des mutualisations existent.

3. Situation

La maison de retraite de Saint Mathurin se situe en bordure de Loire, à 25 km d'Angers et 25 Km de Saumur. L'accès s'effectue par la route de Mazé.

Elle s'étend sur une superficie de 3102 m², offrant ainsi aux personnes accueillies un cadre de vie apaisant et propice à l'accompagnement.



4. Les publics accueillis

Outre la population accueillie habituellement en EHPAD, la maison de retraite le Bourg Joly est reconnue et repérée par les acteurs gériatriques du territoire, par les habitants de Saint Mathurin et des communes alentour pour accueillir des personnes âgées souffrant d'une dépendance physique et/ou psychique, y compris des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées à différents stades de la maladie ;

En 2013, l'âge moyen des résidents est de 86.6 ans. La population se compose de 19 % d'hommes et 80 % de femmes. Le GMP¹ est de 730 (voir annexe 1 : grille AGGIR)

¹ Le GMP : Gir Moyen Pondéré (la moyenne pondérée des GIR (Cf. p16)) permet d'évaluer le niveau de dépendance des résidents.

Le taux d'occupation sur les 3 dernières années

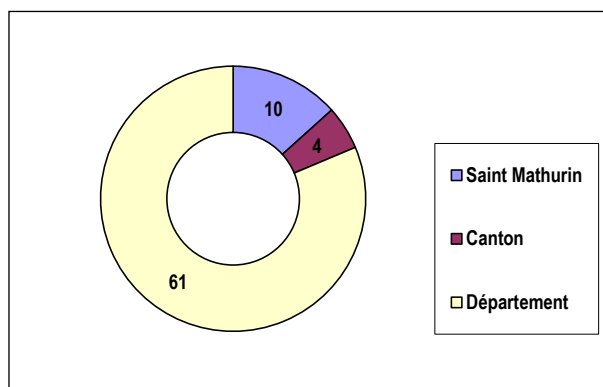
	2010	2011	2012
Taux moyen d'occupation	99,01 %	99,91 %	100,18 %

Au 31 décembre 2012, la durée moyenne des séjours était de **5 ans et 9 mois**.

Le taux de rotation des lits

	2010	2011	2012
Nombre d'entrées	16	20	14
Nombre de sorties	17	18	17
Taux de rotation des lits	19.7 %	22.2 %	20.9 %

La répartition des résidents par communes d'origine



Près de 93 % des résidents proviennent du Maine-et-Loire, mais seulement **13 %** proviennent de Saint Mathurin (contre 17 % en 2011). 5 % des résidents sont originaires des communes limitrophes (canton).

5. La capacité d'accueil et l'offre d'hébergement

L'établissement dispose d'une capacité d'accueil de 81 logements, tous individuels, repartis sur 3 unités :

- **L'unité « Le 4/ 21 »** accueillant des personnes valides et semi-valides (RDC, 1er étage aile ouest et 2nd étage aile est) ou l'accompagnement s'effectue autour du projet d'animation (51 logements). Cette unité regroupe les secteurs 4, 2 et 1.
- **L'unité « Les 5 sens »** accueillant des personnes fragilisées (1er étage face Loire). Cette Unité est également appelée secteur 5.
- **L'unité « Carpe Diem »**, accueillant des personnes désorientées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée (1er étage aile est). Cette unité est sécurisée ; le projet de ce secteur est centré sur le maintien des capacités cognitives des résidents (15 logements). Cette unité est également appelée secteur 3.

Chaque secteur a un projet de vie et d'organisation spécifique (cf. projet de secteur dans les salles de soins).

1. Les missions

L'activité de l'établissement relève de la loi du 2 janvier 2002 (rénovant l'action sociale et médico-sociale) et de l'article L 312-2 du Code de l'action sociale et des familles. À ce titre, l'établissement est un lieu de vie et d'accompagnement qui s'est donné pour missions de :

- maintenir l'autonomie quel que soit les capacités via le projet d'accompagnement personnalisé,
- assurer le bien-être physique et moral des personnes accueillies.
- maintenir et promouvoir la vie sociale pour chaque résident et de veiller à la qualité des prestations délivrées
- prévenir les risques liés à la vulnérabilité des résidents
- accompagner les résidents jusqu'au bout de la vie

L'établissement veille à ce que l'accompagnement proposé soit en adéquation avec ses missions, et ce dans le respect des souhaits et des droits.

2. Les valeurs

Quatre valeurs essentielles régissent l'activité de la structure et donnent du sens à l'accompagnement réalisé par les équipes.

✓ **Le domicile « le vivre chez soi »**

Les personnes vivant dans l'établissement sont chez elle. En ce sens, elles ont la possibilité d'aménager et de décorer leur logement à leur convenance, et ce dans la mesure où cela reste compatible avec les conditions de travail des agents. À ce titre, les agents doivent frapper à la porte et attendre la réponse du résident avant d'entrer.

✓ **Respect des droits et choix**

Les droits et choix des résidents doivent être respectés en toutes circonstances, quel que soit leur état de santé, leur consentement doit être toujours sollicité.

Le résident est acteur de sa vie tout le long de sa vie, et ce jusqu'à la mort.

✓ **Accompagnement personnalisé**

L'accompagnement de chaque résident doit être personnalisé. Chaque soin proposé doit être pensé comme spécifiquement adapté aux choix et aux désirs du résident. Chaque projet doit être réalisé en fonction des habitudes et désirs de la personne tout en respectant sa volonté, qu'elle soit exprimée verbalement ou non.

✓ **Communication et écoute**

Les notions de communication et d'écoute régissent également les relations humaines au sein de l'établissement, à tous les niveaux entre les soignants et les résidents, comme au niveau des relations de travail.

3. L'outil de référence

➤ Humanitude

Vivre en humanitude c'est échanger avec nos semblables par le regard, le toucher, la parole. Cela permet d'instaurer un climat de confiance, de mettre en place des **capteurs sensoriels** qui vont permettre de créer un climat de confiance et de favoriser la verticalisation de la personne.



La parole

- Voix douce et mélodieuse
- Phrase courte et claire
- Respecter des temps de silence pour permettre une réponse éventuelle
- Utiliser des termes compréhensibles pour les personnes = pour maintenir la parole quand la communication ne peut pas être interactive



Le regard

Horizontal, axial, long, proche, à même hauteur



Le toucher : les 4 « P »

- Professionnel : (éviter la pince, prise en berceau)
- Progressif : il intervient après un 1er contact, éviter les zones sensibles, intimes, douloureuses.
- Permanent tout le temps du soin
- Pacifiant : vaste, lent, doux.

Quelques consignes à respecter :

- Respect de la notion de domicile (frapper à la porte et attendre la réponse)
- Jamais d'approche par « surprise »
- Respect du sommeil
- Des contentions prescrites par le médecin, toujours justifiées
- Ne pas faire à la place si la personne en a les capacités

Voir annexe 2 : Réflexions éthiques sur l'accompagnement des résidents

Voir annexe 3 : Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie

Voir annexe 4 : Charte du Bourg Joly, personnalisée par les résidents.

PARTIE 3 : PRÉSENTATION DU PERSONNEL, DES INSTANCES et DES REUNIONS INTERNES

1. Les professionnels

Au quotidien, une équipe pluridisciplinaire d'environ 70 salariés (soit environ 55 Equivalents Temps Plein) accompagne les résidents au quotidien :

- **Personnel administratif** : directeur, cadre administratif, agents administratifs
- **Personnel d'animation**
- **Personnel soignant et médical** : médecin coordonnateur, cadre de santé, infirmiers, aides-soignants (A.S), aides médico-psychologiques (AMP), assistantes de vie en gérontologies (ASG), agents des services hospitaliers (ASH)
- **Personnels techniques et logistiques** : agents technique, cuisiniers, hôtelières, lingères, agents d'entretien des locaux
- **Professionnels ayant des fonctions transversales** (temps partiels) : diététicienne, psychologue, ergothérapeute et qualitiennne.
- **La nuit** : un aide-soignant et un agent des services hospitaliers sont présents chaque nuit

L'organigramme est présenté en annexe 5.

Chaque année l'établissement accueille des stagiaires essentiellement dans le cadre de formations sanitaires et médico-sociales.

Intervenants extérieurs (non salariés)

L'établissement travaille en collaboration avec différents intervenants pour assurer l'accompagnement des résidents : médecins traitants, pharmacie d'officie, laboratoire, kinésithérapeute, pédicure, socio-esthéticienne...

2. Les instances

- ❖ **Le Conseil d'Administration** : La présidence est assurée par le maire de la commune de Saint Mathurin. Il définit la politique générale de l'établissement. Celle-ci est ensuite mise en œuvre par le Directeur de la structure ;
- ❖ **Le Comité Technique d'Etablissement** : Est élu par tous les agents pour 4 ans . L'avis du CTE est sollicité pour toutes questions relatives au fonctionnement et à l'organisation de la structure ;
- ❖ **Le Conseil de la Vie Sociale** est sollicité pour avis pour toutes questions relatives aux conditions de séjour au sein de l'établissement ; Il est composé de représentants élus des résidents et des familles
- ❖ **Les Commissions Administratives Paritaires Départementales** : examinent les situations individuelles des agents titulaires et stagiaires (leur déroulement de carrière, discipline...) ;

- ❖ D'autres commissions plus informelles se réunissent régulièrement : la **commission restauration** (toutes les 8 semaines) et la **commission animation** (trimestrielle).

3. Les réunions internes

Des réunions internes sont établies au sein de l'établissement :

- la réunion d'encadrement (1 fois par mois), composée de tous les responsables de service,
- les transmissions sont réalisées 1 fois par semaine dans chaque secteur, animées par une infirmière
- la réunion éthique pluridisciplinaire, 1 fois par semaine (lundi) animée par le médecin coordonnateur, le cadre de santé ou la psychologue.
- la réunion d'élaboration des Projets d'Accompagnement Personnalisé (PAP) a lieu chaque jeudi, elle est animée par le cadre de santé et la psychologue.

1. Accueil

Toutes les personnes (personnel et/ou stagiaire) sont invitées à prendre contact avec l'établissement avant l'arrivée dans l'établissement afin de faire une visite préalable des locaux et ainsi, de préparer votre arrivée dans les meilleures conditions.

Le premier jour de votre période de stage ou de votre période de travail, vous serez accueilli et encadré par :

- Pour les services de soins → par le cadre de santé, l'infirmière du service et/ou un agent référent,
- Pour les autres secteurs par le responsable du service.

2. Horaires

Prendre contact au préalable avec la maison de retraite, afin que vos horaires vous soient communiqués.

Les plannings du personnel et des stagiaires sont affichés dans la salle du personnel au rez-de-chaussée

Toute demande de changement de planning doit être formulée auprès de la cadre.

3. Tenue vestimentaire

Comme précédemment évoquée, la notion de domicile est l'une de nos valeurs fortes. Les résidents doivent se sentir comme « à la maison ». C'est en ce sens que l'établissement a fait le choix de la tenue civile pour les professionnels de soins.

Le port de l'uniforme est maintenu pour les cuisiniers, les agents techniques et le service hygiène des locaux.

Les stagiaires et les professionnels doivent porter une tenue civile, **changée chaque jour** en veillant à ce que les avant-bras soient dégagés. Des tabliers à usage unique doivent être revêtus pour les soins souillants ou mouillants. Ils doivent être portés uniquement pour la réalisation de soins, en-dehors des repas et des activités.

4. Vestiaires

Des vestiaires sont disponibles pour chaque unité de travail (*cf. partie 1 « se localiser dans l'établissement »*).

Il est indispensable de fermer votre vestiaire avec un cadenas (à votre charge). L'établissement se désengage de toute responsabilité en cas de vol. Il est demandé à l'agent/stagiaire de respecter cette consigne et d'éviter d'apporter des effets personnels (en particulier, les sacs à main) au sein du service.

5. Repas

Les repas du personnel se déroulent au rez-de-chaussée dans la salle de pause du personnel. Ils sont pris aux horaires habituels de l'équipe (à demander).

Les stagiaires doivent apporter leur repas.

Deux possibilités s'offrent aux professionnels :

- ✓ **Vous apportez votre repas**
Réfrigérateur, vaisselle et four à micro-ondes à votre disposition au service cuisine.
- ✓ **Vous pouvez déjeuner sur place** en vous inscrivant en cuisine avant 10 h. Chaque repas est facturé (se rapprocher du service administratif pour les tarifs).

Paiement des repas : le montant des repas est prélevé directement sur le salaire pour les salariés.

6. Parking

Le parking situé à l'entrée principale est destiné en priorité aux visiteurs et aux professionnels prenant leur service avant 8 h. Pour les autres, merci d'utiliser le parking situé de l'autre côté de la route (en face de la maison de retraite) afin de laisser le parking principal libre pour les visiteurs.

7. CGOS

L'établissement adhère au comité de gestion des œuvres sociales. À ce titre, les agents peuvent accéder à diverses prestations sociales suivant ou non votre quotient familial : aide pour les études des enfants, pour les vacances...

Des réductions sont proposées pour des séjours vacances, manifestations culturelles et sportives...

Pour bénéficier des avantages, vous devez adhérer au CGOS et bénéficier d'une ancienneté de 6 mois dans l'EHPAD.

Pour tous renseignements, rapprochez-vous du service administratif.

1. L'hygiène

L'hygiène est un point essentiel sur lequel nous ne pouvons transiger. Il faut, par des habitudes quotidiennes, préserver les résidents de tout risque infectieux.

Principes de base :

- Mains et poignets sans bijoux ni montre
- Ongles propres, courts et non vernis de préférence.

Pourquoi ? Limiter la transmission de germes, bactéries

Comment ? 2 méthodes :

- **Lavage des mains : eau + savon** : Pour éliminer toutes **souillures (si mains visuellement sales)**
- **Désinfection des mains : gel hydro alcoolique** : pour **décontaminer** les mains.

Quand ?

- en prenant son service ;
- avant et après être allé aux toilettes ;
- après s'être mouché ;
- après avoir manipulé des objets souillés ;
- avant et après les repas ;
- entre deux interventions auprès des résidents (pour ce cas, une solution hydro-alcoolique est utilisée) ;
- en quittant le service.

En résumé : **Après chaque geste sale et avant chaque geste propre !**

Il est demandé à chaque nouvel arrivant et stagiaire de **consulter attentivement et obligatoirement le livret hygiène**, disponible dans les classeurs qualité des secteurs (classeur « Commun », de couleur bleu, onglet « hygiène »).

2. La sécurité

En cas **d'alarme incendie**, il est important de **respecter les consignes affichées** dans chaque **secteur et au rez-de-chaussée, près de la centrale incendie**.

Vous pouvez solliciter le service technique pour toute question relative à la sécurité incendie.

3. La démarche qualité

Des protocoles sont mis à disposition dans chaque secteur, en salle du personnel, à l'infirmerie, à l'administration ainsi que dans les bureaux du cadre et du médecin coordonnateur. Ils sont validés par l'établissement et s'appuient sur les recommandations professionnelles de bonnes pratiques. **Il est de votre responsabilité d'en prendre connaissance et de vous y référer pour les appliquer.**

Ces lectures vous permettront de vous informer des bonnes pratiques à appliquer dans l'établissement.

Dans le classeur COMMUN (bleu) :

A LIRE **OBLIGATOIREMENT** AU COURS DE LA 1^{ère} SEMAINE SUIVANT VOTRE ARRIVEE, quel que soit votre fonction et votre statut (professionnel et stagiaire).

Onglet hygiène :

- Précautions Standard
- Hygiène des mains et lavage
- Port des gants à usage unique
- Livret Hygiène (réseau Anjelin)

Onglet qualité :

- Gestion documentaire
- Gestion des événements indésirables

Dans le classeur SOINS (rouge), selon votre fonction et statut :

A LIRE **OBLIGATOIREMENT** AU COURS DE LA 1^{ère} SEMAINE SUIVANT VOTRE ARRIVEE

Titre	Onglet	PROFESSIONNEL				STAGIAIRE		
		IDE	AS / ASH	Hygiène Locaux	AUTRE	IDE	AS / ASH	AUTRE
Lutte contre l'incendie	Sécu/Maint.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Référent Soignant	Soins	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Projet Personnalisé	Soins	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Entretien d'un logement	Soins		✓	✓			✓	✓
Chute	Urgence	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gestion des stupéfiants	Soins	✓				✓		
Circuit du médicament	Soins	✓	✓			✓	✓	
Conduite à tenir en cas d'erreur médicamenteuse	Soins	✓	✓			✓	✓	

Lectures recommandées :

- Recommandations des Bonnes Pratiques (disponible sur le site www.ansm.sante.gouv.fr ou dans un classeur jaune en salle du personnel. Des exemplaires peuvent être empruntés à l'accueil, à la demande.
- Projet d'établissement (à demander auprès du Cadre ou de la Qualificatrice).

4. La gestion des risques

L'ensemble du personnel doit signaler les **événements indésirables** qu'il détecte. Il s'agit de tout « événement susceptible de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes accompagnées ».

Pour cela, des fiches de signalement sont mise à disposition dans chaque secteur, à l'infirmerie et en salle du personnel. **L'objectif est d'analyser les incidents et accidents survenus afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent, et ainsi, se servir de l'expérience des uns et des autres pour prévenir les situations à risques**

5. Le secret professionnel et la discrétion professionnelle

⇒ Le secret professionnel

L'ensemble du personnel et des stagiaires sont soumis au secret professionnel durant et après leur mission (activité temporaire, retraite, stage) dans l'établissement. L'article 226-13 du Code pénal et l'article 481 du code de la santé publique fixe les conditions de respect des informations médicales ainsi que les sanctions prévues en cas de conduite illégale.

Une discrétion absolue à l'égard du résident et de ses proches est obligatoire. Vous ne devez divulguer aucune information concernant l'état de santé ou l'évolution de la maladie.

⇒ La discrétion professionnelle

Vous devez faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont vous avez connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de vos fonctions.

⇒ Le secret partagé

Afin d'accompagner le résident et mettre en place une stratégie de soins en équipe pluridisciplinaire, vous êtes tenus de partager un certain nombre d'informations. Le secret peut également être partagé avec les membres de la famille à condition que le patient ne s'y oppose pas. Ce partage de secret se fait exclusivement entre le médecin et la famille (l'infirmière n'est que la dépositaire du secret médical).

Le médecin et les infirmières sont responsables moralement et légalement de la bonne application du respect de la part de leurs collaborateurs respectifs.

Les règles définissant le partage d'informations sont très strictes et ne doivent en aucun cas nuire au résident.

1. Les attentes vis-à-vis des stagiaires

Recherche : connaissance de la structure et des différentes catégories professionnelles ainsi que leur rôle autour du résident, des différents types d'accompagnement.

Écoute : écoute des résidents, pour adapter son soin, mais également les différents intervenants et membres de l'équipe.

Curiosité : travail de recherche sur les diverses pathologies, sur l'organisation du travail dans le service, savoir quel est le rôle de chacun au sein d'une structure, mais également montrer un intérêt sur le matériel et les méthodes utilisées.

Observation : savoir utiliser les acquis théoriques enseignés en cours et s'en servir, pouvoir en faire les liens.

Respect : éviter les familiarités, favoriser la politesse, respecter les souhaits des résidents.

Droit de réserve et secret professionnel : pour les stagiaires, se mettre en position d'élève (si problème en référer aux divers membres de l'équipe).

Le tutoiement des résidents est interdit (sauf rare exception validée par le cadre de santé).

Initiatives : à encourager, mais sans prise de risque pour l'élève par rapport à son statut (stagiaire).

Mise en pratique : de l'enseignement dispensé à l'école : soins de confort, soins relationnels, soins techniques.

Qualité : des soins, supervisés de près ou de loin par l'AS ou l'I.D.E du service. Bien se renseigner sur les protocoles du service.

2. L'évaluation de fin de stage

L'évaluation est faite en fin de stage par les personnels qui vous ont encadrés et le cadre de santé.

Un bilan de milieu de stage peut avoir lieu pour vous aider à prendre en considération vos points forts et vos points faibles.

Un questionnaire de satisfaction sur le déroulement du stage vous sera remis. Il est à compléter pour l'entretien de fin de stage avec le cadre de santé. Son remplissage nous permettra de nous améliorer.

Gir 1 : Situation d'une personne, confinée au lit, ou au fauteuil, ayant perdu son autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.

Gir 2 : Situation d'une part de personnes confinées au lit dont les fonctions mentales ne sont pas compl tement altérées, mais qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités courantes. D'autres parts, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur du logement leur est possible, mais la toilette et l'habillement ne leur sont pas possibles ou seulement partiellement.

Gir 3 : Situation de personnes ayant conservé leur autonomie motrice, mais qui a besoin de plusieurs fois par jour d'aide pour leur autonomie corporelle. De plus l'hygiène et les fonctions d'élimination nécessitent l'aide d'une tierce personne.

Gir 4 : Situation des personnes qui n'assument pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aid es pour la toilette et l'habillement. La plupart peuvent s'alimenter seules.  galement les personnes sans problème de locomotion, mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et pour les repas.

Gir 5 : Situation des personnes autonomes dans leurs déplacements dans le logement, qui s'alimentent et s'habillent seuls, mais qui peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Gir 6 : Situation des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

ANNEXE 2 : RÉFLEXIONS ÉTHIQUES SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS (D'APRÈS LES PROPOS DU PR BLANCHARD)

Avant toute chose il faut le respect, l'écoute, le dialogue et la patience.

Chacun doit considérer l'Autre comme une personne à part entière et pour cela respecter les principes suivants :

- **d'humanité et de dignité,**
- **de solidarité,**
- **d'équité et de justice,**
- **d'autonomie.**

Le premier, le principal, est le principe d'humanité, inséparable du principe de dignité.

Toute personne, quels que soient son état, sa situation et son histoire, a une qualité "d'être humain" qui le fait appartenir de sa naissance à sa mort, tous les jours, en toute circonstance, à la communauté des êtres humains. Homme ou femme, il a une dignité

propre et inaliénable qui en fait un être unique.

Cette dignité essentielle de la personne est qualitative et elle ne peut faire l'objet d'aucune quantification ni comparaison, ni commerce. Il en résulte ce que Kant appelle un impératif catégorique : "agis toujours de telle sorte" que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps, comme une fin et jamais simplement comme un moyen.

Il s'agit donc d'un principe universel. Mais en même temps, l'existence de chacun s'incarne dans le temps avec un début et une fin et s'inscrit dans une histoire, la sienne propre en relation à celle de ses contemporains. Cette incarnation donne à chacun son épaisseur humaine. Chacun est le produit de sa propre histoire. Respecter le sujet, c'est considérer l'ensemble des éléments constitutifs de sa personnalité tels qu'ils ont été, tels qu'ils sont encore maintenant présents, parfois difficiles à entrevoir.

Affirmer la permanence du sujet, c'est prendre en compte ces éléments repérés au travers de l'histoire de vie. Il convient donc de les recueillir et pour la famille d'en porter le témoignage, alors qu'on a l'impression qu'ils disparaissent du souvenir.

Quel que soit le stade évolutif de sa maladie, cette personne est un être humain unique qui mérite notre attention et notre respect, tout autant pour ce qu'il est aujourd'hui que pour les traces de ce qu'il fut.

Le principe de dignité et le principe d'humanité se complètent à deux niveaux : à un premier niveau, on insistera davantage sur l'aspect humanité, le sujet s'incarne dans son histoire propre en relation avec l'histoire de ses contemporains et de la société où il vit. Mais cette histoire qui lui donne son humanité n'est pas ce qui le rend digne. Cette qualité est indépendante des actes et des attitudes du parcours de vie.

C'est sur le socle de ce principe d'humanité et ce principe de dignité que peuvent s'évaluer les situations et s'engager les actions de soins et d'accompagnement de ces malades.

Le deuxième principe est le principe de solidarité.

Selon ce principe, les personnes appartenant à la même communauté humaine sont liées par une responsabilité collective pour s'accorder une aide mutuelle et une obligation de porter assistance à celui qui est atteint par les aléas de la vie. Il s'agit donc d'un principe de civilisation.

Il permet de créer le lien social, là où des actions volontaires et réfléchies ont pour but de corriger les inégalités de la nature. Ce principe est à la base de notre système de santé. Il garantit le droit de chacun à la protection de sa santé et à une prise en charge quel que soit son âge ou son infirmité.

Ce principe maintient aussi le lien entre les générations, entre les actifs qui peuvent produire et les inactifs qui ne peuvent plus participer au système de production en raison de leur âge ou de leur maladie

Au-delà des conditions concrètes de prise en charge de la qualité des soins, la reconnaissance de ces êtres affaiblis par la maladie est précieuse pour maintenir notre humanité dans son entièreté et pour nous protéger des dérives où conduiraient les idoles modernes, culte de la performance, culte de la compétitivité, culte du corps, culte de la rationalité et culte du libéralisme économique...

Le troisième principe est le principe d'équité et de justice.

L'équité et la justice nécessitent pour chaque homme la reconnaissance et le respect de ses droits. Dans le cas particulier de la maladie, cela requiert un accès au soin, au traitement requis, quelle que soit sa situation physique, psychique ou économique, et sans discrimination sur l'âge ou le handicap. Cela conduit donc à la vigilance par rapport à l'âgisme.

En effet, certaines méthodes diagnostiques, certains soins, certains services sont peu accessibles simplement en raison de l'âge. Ils deviennent inaccessibles si, à l'âge, s'ajoute une maladie d'Alzheimer. Il faut certainement éviter d'imposer à ces malades des circuits diagnostiques complexes ou des soins lourds s'ils n'en tirent pas ou peu de bénéfices.

Il faut certes éviter l'acharnement thérapeutique au grand âge, mais les situations d'abandon et d'exclusion thérapeutique sont beaucoup plus fréquentes que les situations d'acharnement. L'important est de bien poser le problème, de prendre des décisions réfléchies et concertées.

Lorsque ces malades arrivent en fin de vie, il faut apprendre à reconnaître et traiter la douleur chez ces personnes âgées peu communicantes.

Pourtant, actuellement encore, lorsqu'on compare les taux de prescriptions antalgiques pour telle ou telle pathologie grave, on constate à un niveau de pathologie identique que les malades ayant en même temps une maladie d'Alzheimer reçoivent moins d'antalgiques. Ce n'est pas que la maladie d'Alzheimer endurcirait face à la souffrance, cela signifie que nous ne savons pas reconnaître la douleur, ou que nous n'y sommes pas attentifs. Il y a donc tout un travail de formation à faire auprès des médecins mais également auprès des soignants.

Enfin, appliquer le principe d'équité et de justice ne consiste certainement pas à hospitaliser systématiquement ces patients. Mourir à l'hôpital crée souvent des conditions d'une mort difficile pour ces personnes qui arrivent dans des services où les soignants ne sont pas formés à la prise en charge particulière de la maladie d'Alzheimer.

Il y a un apprentissage gériatrique pour apprécier les situations où "ne rien faire" constitue une perte de chance et les situations où, au contraire, "vouloir faire" se rapproche de l'acharnement thérapeutique. Ce savoir-faire gériatrique doit pouvoir remonter vers les maisons de retraite, vers le domicile pour ne prendre la décision d'un transfert hospitalier qu'à juste titre.

Enfin, le quatrième principe est le principe d'autonomie.

Le principe d'autonomie exige que chaque individu puisse gouverner sa vie librement, prendre lui-même les décisions qui concernent aussi bien les grandes orientations de son existence que les actions quotidiennes.

Appliqué au domaine de la santé, il assure la reconnaissance et le respect de la liberté du sujet en particulier, face aux choix thérapeutiques qui peuvent lui être proposés.

Qu'en est-il quand le sujet est réputé incapable de décider ou de choisir, surtout si cela est juridiquement confirmé par une mesure de tutelle ? Quels moyens prend-on alors pour connaître quels peuvent être ses souhaits ou sa volonté ? Comment respecter cette liberté alors que les décisions que nous prenons pour lui sont importantes, car il s'agit souvent de ses conditions d'existence, de son lieu de vie ou de sa fin de vie ?

Deux dispositions législatives récentes permettent de mieux respecter cette volonté du malade en fin de vie, pourvu qu'elle ait pu être anticipée et envisagée lorsqu'il avait encore les moyens de s'exprimer. Il s'agit de la loi Kouchner du 4 mars 2002 et de la loi Léonetti du 22 avril 2005.

La première permet de désigner une personne de confiance qui pourra s'exprimer au nom du malade et participer aux décisions le concernant. Cette désignation doit être faite par écrit, elle est révocable à tout moment.

La seconde admet la possibilité de rédiger des directives anticipées quant aux types de soins que l'on accepterait et à ceux que l'on refuserait si on est devenu incapable de s'exprimer le jour où leur nécessité apparaît.

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est fait de plus en plus fréquemment à un stade précoce où les capacités cognitives sont suffisamment préservées pour que le malade puisse faire connaître ses volontés pour le futur. Cela suppose une annonce du diagnostic claire, avec un soutien permanent et un suivi régulier pour pouvoir envisager avec le malade l'évolution de sa maladie avec anticipation et l'inciter à désigner sa personne de confiance, voire rédiger les directives anticipées. Ces deux dispositions ne sont pas contradictoires, mais plutôt complémentaires, avec une préférence pour la personne de confiance qui pourra bénéficier des éclairages nécessaires de la part des médecins pour comprendre le problème dans son contexte et participer au dialogue pour toute décision thérapeutique difficile.

L'essentiel est de rechercher la volonté ou les souhaits de la personne malade, et le mieux pour cela est de s'adresser à elle, d'être à l'écoute. Cette possibilité de faire savoir clairement ce que veut le malade reste présente chez lui à un stade beaucoup plus avancé qu'on ne l'imagine d'habitude. Trop souvent, le diagnostic de maladie d'Alzheimer disqualifie la parole de la personne malade.

Et même à un stade très avancé, il persiste toujours une vie psychique. Celle-ci ne s'exprime plus de manière rationnelle et les expressions pertinentes deviennent plus rares. Par contre, les sentiments et les émotions sont toujours présents. Dans un grand nombre de situations, il reste toujours possible de rechercher l'avis de la personne, d'essayer de comprendre, d'être à l'écoute, sensible aux messages que la personne transmet par les expressions du visage, le ton de voix, le geste.

La personne malade peut souvent communiquer quelque chose si on apprend à être présent et attentif aux expressions non verbales, à décoder ses signaux émotifs et ses réactions.

Elle peut nous donner des indications sur ses choix et ses préférences (surtout si les conséquences sont immédiates).

Toutefois, il peut y avoir danger à vouloir forcer l'interprétation pour trouver à tout prix un sens (qui va forcément dans le sens que je souhaite pour son bien), nous ne sommes pas créateurs de sens pour l'autre. Avec une certaine qualité d'écoute, nous ne pourrions être que les témoins attentifs du surgissement éphémère d'une présence qui s'exprime par bribes et fragments, et parfois avec une étonnante pertinence symbolique.

Leur diversité est en relation avec les polyopathologies rencontrées chez les personnes âgées accueillies dans l'établissement.

Annexe 3 : Charte des Droits et Libertés de la personne accueillie

01. Principe de non-discrimination.
02. Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté.
03. Droit à l'information.
04. Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne.
05. Droit à la renonciation aux prestations dont elle bénéficie.
06. Droit au respect des liens familiaux.
07. Droit à la protection.
08. Droit à l'autonomie.
09. Principe de prévention et de soutien.
10. Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie.
11. Droit à la pratique religieuse.
12. Respect de la dignité de la personne et de son intimité.

Selon l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. Disponible en intégralité sur www.legifrance.gouv.fr.



ANNEXE 5 : ORGANIGRAMME

