

# Résidence Le Royal



## Résidence "Le Royal" Projet de vie

115, Chaussée de Charleroi  
6150 ANDERLUES

**Maison de Repos et de Soins**

Direction : Pourtois J-P : 0475/76.72.04

Fax : 064/33.94.80

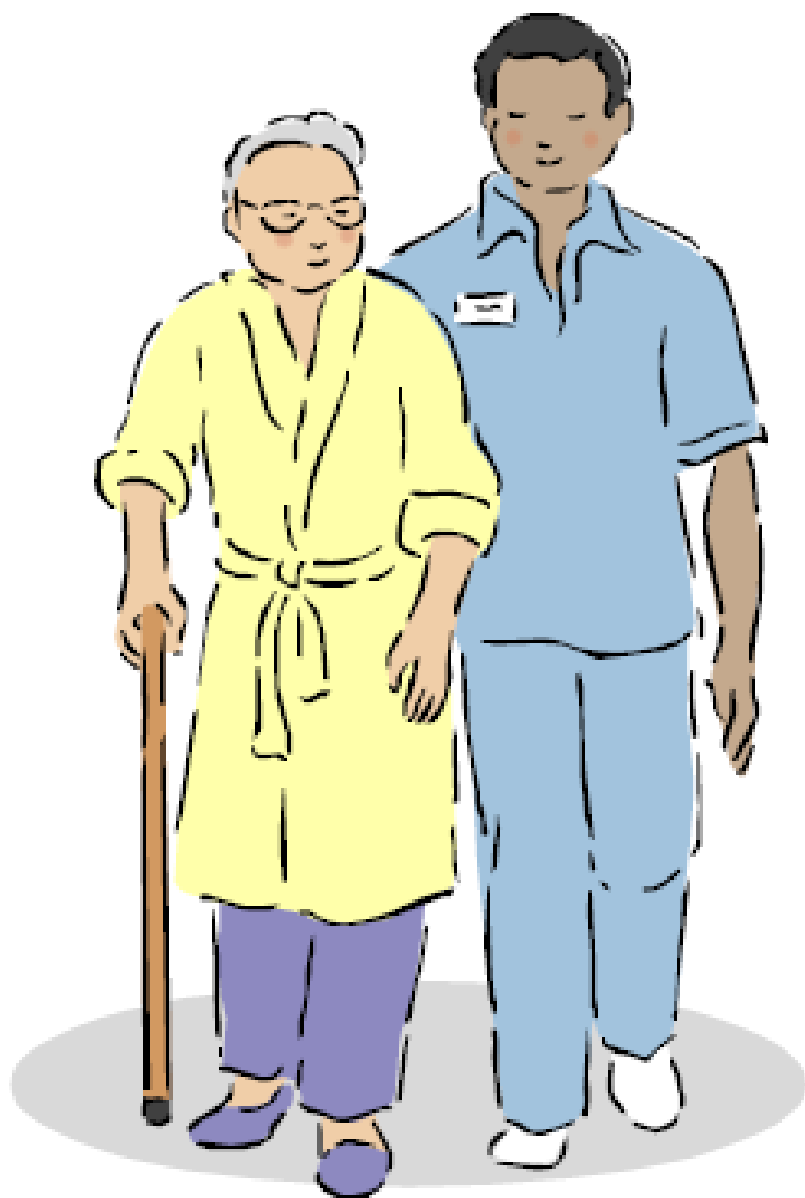
R.C.: 184.771

INAMI : 7-32624-17-120

RW : MR/156.004.542

Mise à jour 2017





*« Le défi du projet de vie est de faire de la maison des aînés une maison de vie, d'envie, un vivre, où prioritairement ces aînés puissent vivre dignement jusqu'au bout de leurs derniers jours. »*

# I. La raison d'être

**« Il n'existe pas de meilleur exercice pour le cœur  
que de se pencher pour aider quelqu'un à se relever »**

John A. Holmes.

La raison d'être de la Résidence « Le Royal » est d'accueillir les personnes âgées. Cet accueil s'attache à mettre en œuvre les principes fondamentaux de la MR-MRS : l'égalité de traitement des résidents, la continuité du service rendu et l'adaptation de la MR-MRS aux évolutions tant de la société en général que de la classe d'âge qui fait plus particulièrement l'objet de son attention.

La mission générale poursuivie est de fournir un environnement sécurisant et vecteur de sérénité aux plans physique et mental ainsi que le maintien et l'amélioration de la qualité de vie à travers les objectifs suivants :

- ✗ le maintien voire l'augmentation de l'autonomie chez les personnes l'ayant perdu partiellement ou totalement (garder les acquis) ;
- ✗ l'amélioration de la communication tout en luttant contre l'isolement et en favorisant les contacts familiaux et sociaux ;
- ✗ l'humanisation des soins ;
- ✗ la valorisation de la personne ;
- ✗ le respect de la volonté, des choix, des décisions et du rythme de la personne âgée ;
- ✗ la rencontre des besoins affectifs et psychologiques des personnes vulnérables, fragilisées et en souffrance à travers l'amélioration du bien-être et de la santé mentale de la personne.

L'objectif fondamental est « la BIENTRAITANCE », véritable socle où doit s'ancrer chaque réflexion et chaque acte posé par le prestataire vers le résident. Dans une conception humaniste et revalidante de la personne âgée, le souci de bienveillance est constant dans toutes les interventions, il s'agit de respecter la personne dans ses spécificités et ses richesses. Chaque membre du personnel contribue à la réalisation de cette mission générale.

Il existe bien évidemment des missions spécifiques à chacun :

- **L'équipe soignante** composée des infirmiers et aides-soignants a pour mission d'apporter le confort et la sécurité des soins de santé et de l'hygiène corporelle/vestimentaire ainsi qu'un soutien psychologique, en tenant compte du respect de la dignité de chaque résident et de son entourage.
- **L'équipe d'animation** a pour mission de permettre aux résidents de s'épanouir à travers une série d'activités diverses.
- **L'ergothérapeute** a pour mission de maintenir ou d'augmenter l'autonomie des résidents.
- **L'équipe kinésithérapeutique** a pour mission de maintenir l'autonomie du patient en ce concentrant principalement sur la rééducation du membre inférieur.
- **La (neuro)psychologue** a pour mission d'évaluer les fonctions cognitives, d'informer les familles et d'être à l'écoute de leurs questions, conseiller les familles et les membres du personnels quant aux attitudes à adopter, d'être médiateur et de mener à bien le projet de vie ainsi que les enquêtes de qualité. Elle s'occupe également des formations internes.
- **Des personnes soignantes de références** ont des missions spécifiques (réfèrent sclérose en plaque, réfèrent soins palliatifs, ENVP,...).
- **Le médecin coordinateur** a pour mission de mettre en relation le corps médical avec le personnel soignant. Il s'occupe des « réunions – contentions » et a un regard sur les formations internes.
- **La direction** a pour mission de donner une cohérence à l'ensemble des missions spécifiques, en s'attachant à développer la mission générale.

- **La logopède** prend en charge les résidents de manière individuelle pour la rééducation des troubles de la parole. Elle intervient aussi chez les patients atteints de troubles de la déglutition.
- **L'équipe d'entretien** a pour mission de fournir aux habitants de la MR-MRS un endroit sain, propre et agréable à vivre (lieux communs, chambres, couloirs, etc.)
- **L'équipe de la cuisine**, outre la satisfaction d'un besoin primaire, apporte le plaisir aux repas.
- **L'équipe technique** a pour mission de maintenir une sécurité maximale pour tout un chacun (éclairage, système d'appel, escalier,...) et de maintenir les locaux de manière à rendre la vie agréable.

Outre leurs missions spécifiques, les différents membres du personnel sont tous au service de la mission générale, en fournissant une écoute et un dialogue aux résidents.

L'infrastructure propose également un lieu de vie communautaire où les personnes en perte d'autonomie trouvent un espace où la communication, l'entraide et les relations seront favorisées par la participation aux actes de la vie quotidienne (une sorte d'espace « cantou » au CAAJ, voir ci-après)

Dans la logique de maintenir les acquis des résidents, la direction a réalisé un « partenariat » avec des écoles à proximité où l'apprentissage d'un métier est partagé avec l'apprentissage de la gestion des déficits des personnes âgées, laissant aussi du temps pour le personnel diplômé de répondre aux résidents dans leurs nombreuses demandes quotidiennes (ainsi que leur entourage). Ceci constitue le projet intergénérationnel.

## II. Les valeurs

Les valeurs de la Résidence « Le Royal » sont en priorité celles du respect de l'autre et de l'écoute, du respect de sa dignité et de son bien-être mais aussi la solidarité et l'humanité.

La personne âgée est considérée comme un « *réservoir de savoir et de sagesse* » et est perçue dans sa globalité, dans son unicité et dans ses besoins propres.

Chacun, résident comme membre du personnel, est avant tout une personne adulte. Dans les diverses interactions, c'est ainsi que chacun doit être considéré et que chacun doit se comporter.

Les personnes désorientées sont des personnes âgées ayant, comme nos autres pensionnaires, une vie derrière elles. A ce titre, notre manière d'entrer en relation et de nous comporter sera aussi soignée et bienveillante que pour les autres résidents.



## III. L'accueil

L'accueil à la Résidence se décline différemment, selon qu'il s'agisse d'un nouveau résident, d'un résident de retour d'hospitalisation ou de visiteurs.

L'équipe d'accueil est constituée de l'infirmier en chef et de la secrétaire/responsable de l'accueil. Chacune de ces personnes joue un rôle à des moments déterminés de l'accueil des résidents et de leur famille.

**L'accueil d'un nouveau résident** s'effectue durant la période précédant l'entrée, le jour de l'entrée et durant les deux semaines qui la suivent. Le nouveau résident doit avoir l'impression d'être attendu et recevoir un soutien moral. Pour ce faire, l'équipe d'accueil veillera (à l'exception des entrées dans un délai inférieur à 5 jours) à recevoir le futur résident afin de lui permettre de visiter l'établissement.

Avant l'entrée, se déroulera un premier entretien qui aura pour fonction de recueillir les informations administratives et financières.

Après son installation, la neuropsychologue complètera au mieux son anamnèse (histoire de vie), la logopède s'intéressera à ses goûts, l'équipe prendra en compte ses valeurs, les jalons de sa vie, ses passions, ses activités...

Cette «histoire de vie» constituera une partie bien spécifique du dossier du résident et sera accessible à tout membre du personnel en contact avec la personne âgée (sachant que ces informations sont soumises au respect de la confidentialité). Il est en effet essentiel que le personnel de la résidence, amené à entretenir des contacts quotidiens avec la personne, puisse savoir «qui» est vraiment le résident, afin de mieux le comprendre et établir des relations moins superficielles.



Le jour de l'entrée à la résidence, l'infirmier en chef du bloc concerné ou une personne de référence est présent pour accueillir le nouveau résident et faire les présentations nécessaires.

A moins d'une entrée urgente (délai inférieur à 5 jours), la famille est invitée à la Résidence, préalablement à l'entrée, afin de participer à la décoration de la chambre de son parent : ameublement, décoration murale,...

Lors de l'accueil du résident de retour d'hospitalisation, l'infirmier en chef délègue une infirmière afin d'assurer une présence et un accueil lors de son retour, pour l'accompagner dans sa chambre, lui consacrer un temps d'écoute et recevoir les informations nécessaires de la part de l'ambulancier. On veille à préparer à l'attention du résident le matériel de toilette auquel il est habitué.

**L'accueil des visiteurs** est assuré tous les jours ouvrables par la secrétaire/responsable de l'accueil, dont le bureau se situe au Bloc 2 – 2<sup>ème</sup> étage. Elle reçoit les visiteurs intéressés par une entrée potentielle (que ce soit pour un long terme ou une période de revalidation) sur rendez-vous.

#### Remarque :

Chaque fois qu'un résident est hospitalisé, le personnel avertit la famille, le médecin traitant, le directeur (suivi INAMI) et la psychologue ainsi que l'administrateur de bien dans le cas où cela concerne le résident.

Une feuille de liaison accompagne la personne hospitalisée et contient notamment les informations suivantes : coordonnées de l'infirmier chef / service de soin de la MR-MRS, les allergies éventuelles et les informations spécifiques à la personne. Elle est accompagnée de la carte SIS et d'une photocopie de la carte d'identité ainsi que des coordonnées du médecin traitant et de la feuille de traitement.

## IV. Le séjour

### 1) Le réveil

Le réveil doit être un moment agréable et serein pour les personnes âgées.

La personne qui procède au réveil frappe à la porte du résident et annonce son passage. La personne qui procède aux premiers gestes du matin s'informe sur le plus ou moins bon déroulement de la nuit.

Un cahier de transmissions des informations jour – nuit est présent dans chaque bloc afin d'aller au plus vite vers les situations « urgentes ».

### 2) L'hygiène

#### a) Corporelle

Tout résident a le droit de pouvoir se laver et se maintenir en permanence dans un état satisfaisant d'hygiène corporelle. Aucun résident ne peut importuner son entourage par un manque d'hygiène corporelle. L'équipe soignante, en collaboration avec le directeur, veille à ce que cette situation ne se produise pas. Pour cela, les infirmier(e)s et les aide-soignants stimulent chaque jour les personnes à maintenir un niveau d'hygiène satisfaisant. Le Directeur intervient lorsque la situation se dégrade fortement et que le personnel proche est impuissant à apporter une amélioration. Le directeur prend alors contact personnellement avec le résident et/ou sa famille.

En respect de la législation en vigueur, aucune toilette (sauf urgence ou examen prévu tôt le matin) n'est réalisée avant 07h00.

Les résidents moins autonomes sont aidés dans leur toilette quotidienne par un membre du personnel soignant et/ou l'ergothérapeute. Cette dernière a alors un rôle de maintien ou de restauration de l'autonomie.

En ce qui concerne la douche ou plus particulièrement, le bain, les résidents ont le droit d'y rester minimum 10 minutes, afin de bénéficier des effets relaxants de ce moment. La répartition des douches et bains est réalisée dans le respect de ce temps minimum imparti.

Le moment consacré à la toilette des personnes moins autonomes doit également être l'occasion d'un échange entre le membre du personnel et la personne âgée. Il faut bien évidemment tenir compte que le temps est différemment perçu. En effet, le temps perçu par le résident est différent de celui du prestataire de soin. Par conséquent, il ne faut pas brusquer la personne et tenter de percevoir le temps à sa manière.

Les toilettes fournies en soutien aux personnes moins autonomes débutent à 7h00 et se poursuivent jusqu'à 11h00 au plus tard.

L'infirmier en chef veille à ce que tout résident ait à sa disposition le matériel indispensable à sa toilette (savon, gant de toilette, ...). Il charge un membre du personnel soignant de tenir le compte du matériel nécessaire, à disposition et manquant. En cas de matériel manquant, celui-ci est immédiatement remplacé à charge du résident.

## **b) Des lieux**

La propreté des lieux est considérée comme très importante aux yeux de tous. L'objectif fondamental est d'assurer l'hygiène des locaux communs et des chambres. Il s'agit de créer un espace où « cela sent bon » et où la vie est agréable.

Le personnel d'entretien est réparti par étage. Le personnel organise librement sa journée en fonction de ces tâches et en harmonie avec l'organisation des activités des autres services : nursing, cuisine, animations...

## **c) Des vêtements des résidents**

Les vêtements personnels des résidents sont pris en charge soit par leur famille, soit par une laverie externe à l'établissement.

Les résidents doivent disposer à tout moment du nombre de gants de toilette, de draps de bain et de vêtements nécessaires à leur toilette et habillage quotidien.

Les vêtements propres sont rangés dans l'armoire du résident par l'équipe soignante. Cependant, les résidents qui le désirent – et qui en sont capables – peuvent ranger eux-mêmes leurs vêtements.

Les vêtements sont récoltés et redistribués correctement et dans des délais acceptables. Les vêtements doivent être identifiables dans le respect de l'identité de la personne âgée et indiqués de manière discrète (nom du résident et nom de l'établissement).

### **3) Les soins**

*« Un bon soin est un soin qui se fait dans la douceur et le respect ! ».*

La finalité des soins dispensés aux résidents est un traitement de la personne dans sa globalité. Pour cela, l'accent est mis sur la relation qui s'établit entre le personnel et le résident lors des soins, plutôt que sur la technicité des actes. Il est bien entendu que les actes dispensés doivent respecter les normes d'hygiène et de qualité en vigueur (notamment grâce à la formation continue du personnel). Cependant, on insiste sur le fait que dispenser des soins doit contribuer à assurer une certaine qualité de vie.

Les soignantes veilleront également à apporter des soins «esthétiques », permettant à la personne âgée de se sentir valorisée, tels que les soins apportés à la coiffure, au type d'habillement, ...

L'essentiel dans la relation de soins est qu'elle s'établit entre deux personnes qui nouent un dialogue.

## **Rôles de l'infirmière au sein de la MR- MRS**

- ✗ Prise en charge globale ;
- ✗ Administration des traitements ;
- ✗ Préparation et mises à jour des traitements (+ retranscription) ;
- ✗ Evaluer les soins à prester (ex : examen médical, prise de sang, appel médecin traitant) ;
- ✗ Soins auprès des résidents nécessitant des actes infirmiers ;
- ✗ S'assurer du confort du résident (ex : hydratation, habillement, repas adaptés et distribués à l'heure fixe, incontinence,...) ;
- ✗ Prise en charge émotionnelle des résidents et de leur famille ;
- ✗ Rôle administratif : tenir en ordre les dossiers individuels de soins ;
- ✗ Connaissance du dossier médical, du traitement et des pathologies ;
- ✗ Rapport infirmier en présence de toute l'équipe + réunion d'équipe ;
- ✗ Transmission des données recueillies la journée ;
- ✗ Formation des aides soignants en respectant les limites de leurs connaissances ainsi que les motiver (formation obligatoire 8h/an pour INAMI et 2x8h/an pour la Région Wallonne) ;
- ✗ Rôle éducatif envers les résidents ;
- ✗ Respecter le secret professionnel et la vie privée du résident.
- ✗ Collaboration avec les équipes soignantes, la psychologue, la logopède,...

## **Rôles de l'aide-soignant au sein de la MR- MRS**

L'aide soignant contribue à une prise en charge globale des personnes âgées en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Au sein de cette équipe, il dispense en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier, les soins visant à répondre aux besoins de la personne âgée.

### **Soins**

- Dispenser les soins d'hygiène et de confort ;
- Transmettre les informations sur l'évaluation des signes cliniques du résident ;
- Participer aux transmissions orales et écrites ;
- Distribution des repas avec stimulation et/ou aide ;
- Stimuler les résidents à conserver une certaine autonomie.

### **Qualité de travail**

- Participer à l'accueil du résident ;
- Répondre aux différents demandes du résident (répondre aux appels, rassurer le résident, ...)
- Veiller à la sécurité et la protection du résident ;
- Respecter et être poli avec les résidents.

### **Entretien**

- Réfection des lits et changement literie quand c'est nécessaire ;
- Débarrasser les repas et nettoyer les tables ;
- S'occuper de reprendre le linge sale et l'envoyer au lavoir (buanderie) ;
- Remise en ordre linge propre et garde-robe ;
- Désinfection des chambres (lit, fauteuil, table de nuit, chaise percée).

L'aide-soignant participe aux différentes réunions de service ainsi qu'aux différentes formations proposées en intra-muros. La formation est obligatoire à raison de 8h/an selon INAMI et de 2x8h/an selon AG du 18/10/2009 de la Région Wallonne)

*L'aide-soignant est également tenu au secret professionnel !*

#### **4) Les repas**

Les résidents bénéficient de repas adaptés à leur état de santé. La consistance du repas, ainsi que le choix et la consistance des desserts, est adaptée, par la logopède, aux capacités de mastication et de déglutition de la personne âgée.

Les repas respectent les goûts des résidents, qui penchent pour des repas «traditionnels » et du «terroir ». Les desiderata des résidents sont entendus et pris en compte, notamment lors du conseil des résidents. Pour cela, une fiche repas personnalisée des résidents est conçue en collaboration avec l'équipe soignante, l'équipe de la cuisine et le résident.

Les menus sont affichés et les horaires des repas sont communiqués oralement et par affichage. Les horaires de repas sont les suivants :

- ✕ Petit déjeuner : entre 7h30 et 9h30 ;
- ✕ Soupe : entre 11h30 et 11h45 ;
- ✕ Repas de midi : entre 12h00 et 12h45 ;
- ✕ Repas du soir : entre 17 h et 18h00.

Ordinairement, aucun repas en salle à manger n'est servi avant ou après les limites ci-dessus.

Les résidents disposent de salles de repas aménagées (et/ ou de la salle d'activité), mises à leur disposition. Les résidents ont le libre choix de prendre leur repas en chambre ou en salle à manger.

Les signes de déshydratation étant une des priorités en termes d'observation quotidienne à travers ces moments pour le personnel soignant.



## 5) Les mesures de prévention des lésions corporelles

### a) La contention et l'isolement

La **contention** est un procédé visant à limiter la liberté de mouvement et destiné à immobiliser une partie du corps humain dans un but thérapeutique ou de sécurité de la personne qui présente un comportement mal adapté ou dangereux.

L'**isolement** se caractérise par le fait que la personne est seule, isolée dans un lieu, séparée des autres physiquement et dans l'impossibilité d'entretenir des relations sociales. Cette procédure est une mesure thérapeutique qui vise à soustraire, momentanément, un sujet du milieu environnant afin de le sécuriser et/ ou de le protéger.

Une fiche de procédure sur les mesures privatives de liberté physique des personnes âgées a été créée et distribuée à chaque soignant et médecin afin de préciser les règles concernant l'utilisation de cette contention physique. Les principes généraux guidant une telle prise de décision sont les suivants :

- *Cette prestation technique ne peut être appliquée que pour prévenir les lésions corporelles chez le patient ou chez d'autres ;*
- *Une recherche des causes de l'état mental ou physique qui nécessite cette limitation de mouvement doit être préalablement faite et mentionnée au dossier ainsi que l'état du patient ;*
- *La contention demeure une mesure d'exception prise en concertation pluridisciplinaire et en accord avec le patient lui même ou son représentant ainsi qu'avec l'accord du médecin traitant et d'autres alternatives sont envisagées (par exemple, l'adaptation de l'environnement et du mobilier de la chambre) ;*
- *L'application de telles mesures implique un renforcement de la surveillance du patient pour garantir sa sécurité ;*
- *Les mesures de privation de liberté doivent faire l'objet d'une évaluation régulière et sont prévues mensuellement ;*
- *Un système d'appel efficace est indispensable afin d'intervenir rapidement.*

Lorsque ces mesures sont mises en place, elles sont non seulement réévaluées de façon hebdomadaires par le médecin coordinateur, mais un programme de surveillance accrue est réalisé et prévu dans le plan de soins. En effet, nous avons bien conscience des risques potentiels de l'application de la contention : incontinence, isolement psycho-social, augmentation du degré de dépendance, troubles circulatoires (phlébite, etc.), plaies de cisaillement, ...

### **b) La prévention des escarres**

L'escarre est une lésion de la peau pouvant aller jusqu'à l'atteinte des tissus musculaires. Cette lésion est liée entre autres à une compression excessive des tissus.

L'apparition des escarres, chez la personne immobilisée pour diverses raisons (risque de chutes, faiblesse musculaire, etc.) durant plusieurs heures sans pouvoir changer de position, reste une source d'anxiété à la fois pour le résident et pour son entourage. Une prévention adéquate, mise en place à temps peut, dans la majorité des cas, diminuer efficacement le risque d'apparition ou d'aggravations des escarres.

Même si le facteur de risque principal reste l'augmentation de la pression, les causes du développement de l'escarre sont multiples et peuvent provenir de différents facteurs intrinsèques (l'immobilité/ la perte de sensibilité, la dénutrition, l'incontinence,...) et extrinsèques (la pression, le cisaillement, le frottement et l'étirement de la peau, l'humidité,...). Certaines personnes présentent des risques plus ou moins importants de développer une escarre. Ces risques sont difficilement mesurables.

Ces facteurs de risque sont mis en évidence par le médecin et/ ou le personnel soignant qui, le cas échéant, met en place les moyens nécessaires et adéquats pour réduire le risque d'apparition de l'escarre ou pour le traiter.

Pour prévenir de manière efficace l'apparition d'escarre, une position adéquate est de rigueur et une procédure de mobilisation alternée est mise en place à intervalle

régulier pour réduire l'intensité de la pression et la répartir en vue de la diminuer. De plus, l'utilisation de support anti-escarre est établie telle qu'un matelas « alternating » et / ou un coussin spécifique modifiant les points de pression lorsque la personne est alitée ou assise. Enfin, la protection ou le soulèvement des talons sont des techniques utilisées.

Le signe précurseur d'une escarre se manifeste par une rougeur (stade 1), qui peut s'aggraver par une nécrose progressive des tissus (la peau n'étant plus irriguée convenablement par les capillaires sanguins). Par conséquent lorsque ces signes précurseurs sont observés, le personnel soignant est particulièrement vigilant.

De plus, l'hygiène de la peau et la prise en charge de l'incontinence urinaire permet de diminuer les risques d'exposition de la peau à l'humidité. La nutrition joue également un rôle (ex : alimentation riche en protéines) car des carences alimentaires peuvent favoriser l'apparition d'escarres.

### **c) La prévention des chutes**

La prévention des chutes est un sujet sensible dans les maisons de retraite et les membres du personnel soignant cherchent toujours de nouvelles méthodes afin de mieux prévenir et sécuriser les déplacements des personnes âgées. Difficile en effet, pour le personnel, d'avoir les yeux et les bras partout et auprès de chaque pensionnaire.

On a à l'esprit l'image de personnes âgées marchant lentement et très concentrées sur leurs actes ce qui peut parfois faire sourire. Pourtant la capacité de concentration des personnes âgées est essentielle lorsqu'elles se déplacent. On compte en effet beaucoup sur ses capacités physiques lorsque l'on se déplace et que notre corps répond bien aux chocs et déplacements divers. Mais avec l'âge, le corps perd de son tonus et ne représente plus une barrière aux difficultés qui se dressent sur notre chemin.

La prévention des chutes peut donc passer par l'amélioration des capacités de concentration des personnes âgées. En se concentrant sur leur exercice et en mobilisant

mieux tous leurs sens et facultés intellectuelles, il apparaît que les chutes peuvent être réduites de manière conséquente. Le cerveau, non distrait par d'autres pensées ou activités, pourra ainsi réagir plus vivement et rapidement aux difficultés d'un déplacement quelconque. La prévention des chutes peut donc être rendue plus efficace par la concentration et la mobilisation de l'esprit sur l'activité en cours.

Améliorer la prévention des chutes est une tâche complexe pour les professionnels qui travaillent au quotidien avec les personnes âgées. Difficile en effet de solidifier des corps vieillissants qui perdent peu à peu de leurs tonus. Il faut alors trouver d'autres parades pour travailler sur la prévention des chutes et ainsi éviter les accidents.

Travailler sur l'équilibre peut aider les personnes âgées dans prévention des chutes. L'aide d'un soignant ou des barres de soutien (mises en places dans l'ensemble des couloirs de la MR-MRS) peuvent bien entendu venir en renfort. La rééducation à la marche proposée par l'équipe kinésithérapeutique a également pour objectif que la personne âgée retrouve des sensations d'équilibre et reconnaisse par conséquent les signes avant-coureurs d'une perte d'équilibre qui pourrait mener à la chute.

La prévention des chutes est importante à mettre en place dans un groupe de personnes âgées. Cela les aide d'une part à prendre conscience des risques liés à leur état de personne vieillissante mais aussi de mieux connaître leur propre corps et leurs limites. Vieillir est difficile à accepter et de nombreuses personnes agissent souvent comme si elles avaient vingt ans de moins, se mettant parfois en situation de danger.

Evaluer l'importance des facteurs de risque, c'est augmenter la prévention des chutes et donc sauver certainement la vie de nombreuses personnes âgées. Loin de réduire les déplacements des personnes âgées afin d'éviter tout risque de chute accidentelle, les professionnels préviennent, informent et donnent des clés afin que les pensionnaires de leurs établissements s'auto-protègent et puissent se déplacer en toute sécurité. Pour aider le personnel soignant lors de l'évaluation du risque de chute, une fiche d'évaluation a été mise en place au sein de la MR-MRS. Elle permet de mettre en avant les différents facteurs de risque lié à la personne (témérité, admission récente,

hypotension orthostatique, ...), son environnement (chaussures inadaptées, encombrement des locaux,...), son statut cognitif et à la présence éventuelle de troubles sensoriels, moteurs et sensitifs. Cette fiche prévoit également l'énoncé de chaque action (tablette au fauteuil, barres de lits, ...) pour permettre une coordination efficace entre les différents intervenants.

La prévention des chutes passe également par la connaissance du traitement médicamenteux pris par les personnes âgées. En effet, certains traitements peuvent altérer les fonctions cognitives, sensitives et motrices et être responsables de chutes accidentelles.

Aujourd'hui, la prévention des chutes est une préoccupation quotidienne dans les maisons de retraite et les pensionnaires font l'objet de suivis personnalisés qui, s'ils n'enrayent pas le problème de manière définitive, permettent cependant de protéger bon nombre de personnes.

Un relevé des chutes est fait mensuellement par la responsable kinésithérapeute et est accessible au bureau infirmier.

## **6) La prévention des infections**

Une fiche de procédure concernant les règles d'or du prélèvement bactériologique, l'hygiène des mains a été créée et distribuée à chaque soignant et médecin. De plus, cette fiche prévoit également la prévention des infections (prévention, diagnostic, traitement et contrôle) :

- *clostridium difficile* ;
- *gale* ;
- *MRSA ou Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline.*

Un relevé des différentes infections est mis à jour régulièrement au sein de la MR-MRS.

## **7) La continence**

L'incontinence est un des phénomènes les plus marquants de l'institutionnalisme.

Elle est relativement facile à diagnostiquer mais son étiologie relève souvent d'une grande complexité. La littérature a montré qu'il est courant, que dans les quelques mois qui suivent l'entrée en MR-MRS de la personne âgée, le pourcentage d'incontinence augmente et parfois double.

L'incontinence doit, pour cette raison faire l'objet d'une approche spécifique. Il est important que le projet de vie amène une réflexion du personnel quant à son fonctionnement dans le cas d'incontinence. Le projet de vie doit aussi donner les moyens d'une réponse adaptée.

La première démarche à avoir est de rechercher l'étiologie du problème et de situer dans le temps l'apparition de l'incontinence.

Lorsque l'étiologie est mise en évidence, une remise en question de l'utilisation du système absorbant de façon systématique au profit d'une mobilisation régulière ou l'inverse.

Toute incontinence doit être envisagée dans ses différentes composantes : somatique, comportementale et écologique. Les composantes somatiques sont nombreuses et les situations sont diverses. Ensuite, le contexte psychologique lié à la rupture et/ou les conflits avec l'entourage (notamment par l'institutionnalisation) sont des éléments que la psychologue suit de près et qui peuvent provoquer ou augmenter la fréquence d'apparition d'incontinence. Enfin, la perte des repères, le manque d'indication des toilettes, l'éloignement (« difficultés de retenues » de façon prolongée), le port de vêtements inadaptés, la réponse tardive à la demande de la personne âgée, l'utilisation systématique de couches, le placement de barres de sécurités empêchant la personne de se lever seule sont des difficultés environnementales qui favorisent l'incontinence.

Il semble important de tenir compte des répercussions que l'incontinence peut engendrer pour la personne âgée. L'humiliation et l'infantilisation sont évidentes. Une perte de l'estime de soi et également un isolement/ retrait de la vie sociale découle souvent de l'incontinence. De plus, un inconfort physique et une gêne occasionnée par des odeurs désagréables pour soi-même et l'entourage. Le contact avec d'autres personnes viennent alors renforcer les sentiments de culpabilité et d'humiliation, voir le dégoût de la personne pour elle-même.

Pour le personnel, l'incontinence entraîne une augmentation de la charge de travail et une nécessité de renouveler sans cesse la même tâche, ce qui exacerbe le côté désagréable de cette dernière. La répétition et la surcharge de travail risquent de contribuer à déclencher chez le personnel des comportements ou des paroles agressives et/ ou blessantes allant à l'encontre de l'esprit du projet.

Pour aider le médecin à faire son diagnostic d'incontinence, le personnel soignant recueille les données sur la manière dont se manifeste l'incontinence.

## **8) La prévention de la dénutrition**

La dénutrition est un état pathologique qui résulte d'un déficit persistant des apports nutritionnels par rapport aux besoins de l'organisme. Ce défaut d'apports entraîne des pertes tissulaires (notamment des fontes musculaires) avec pour conséquence l'altération des capacités de l'organisme à répondre à certaines infections et à une diminution de l'autonomie (moindre mobilisation) particulièrement chez la personne âgée.

En institution, les chiffres sont très variables mais dans la littérature, on estime que 15% à 38% des personnes âgées résidant en MR-MRS sont dénutries. La dénutrition est donc un sujet sensible qui demande une vigilance de la part des membres du personnel et des médecins.

Les besoins nutritionnels de la personne âgée sont différents en fonction du contexte dans lequel elle se trouve : mobilité réduite, trouble de la déglutition, syndromes dépressifs, maladies neurologiques (AVC, maladie de Parkinson,...), syndromes démentiels (maladie d'Alzheimer,...), régimes restrictifs (sans sel, sans sucre, pauvre en lipides,...), pathologies rhumatologiques, etc. De plus, il existe des situations à risque de dénutrition qui sont indépendantes de l'âge (cancers, défaillances chroniques d'organes, troubles digestif, maladies inflammatoires chroniques, infections, etc).

Les personnes âgées considèrent, le plus souvent à tort, qu'elles nécessitent moins d'apports. En effet, si la dépense énergétique de repos est légèrement plus basse chez les sujets âgés, la dépense énergétique à l'effort est augmentée par rapport aux sujets jeunes.

Pour prévenir la dénutrition, deux points sont essentiels : (1) une alimentation régulière et (2) une alimentation équilibrée. L'ensemble du personnel soignant et l'équipe de la cuisine s'attachent au quotidien à promouvoir ces principes. Les repas doivent se dérouler en un temps minimum de 30 minutes.

La prise en charge doit être faite en fonction de la cause de la dénutrition (ex : cause = escarres => majoration de l'apport protéiques). La stratégie de prise en charge nutritionnel est essentiellement dépendante du statut nutritionnel initial de la personne, de son autonomie, de la gravité de la pathologie et des handicaps associés (hémiplegie, troubles de la déglutition,...). Selon la capacité de chacun, le recours à une alimentation enrichie, souvent orale, est suffisante. L'aide d'une personne formée est primordiale dans ce type de prise en charge.

La prise en charge de la dénutrition en générale passe tout d'abord par un travail sur l'environnement dans le but de favoriser la prise alimentaire. L'équipe de la cuisine s'applique à cette tâche en apportant une attention particulière à la couleur des plats, à la saveur des plats, à la température des plats (ni trop chaud ni trop froid), au volume



des portions (ex : pas trop copieux pour ne pas provoquer le dégoût), à la texture (adapter la texture aux capacités physiologique de chaque résident). Le personnel soignant et de l'animation s'applique à cette tâche en donnant une ambiance chaleureuse dans le lieu de la prise des repas (climat calme, sans conflit) et une position confortable (chaise adaptée, table à la bonne hauteur, ...).

Un suivi des poids est fait mensuellement par l'équipe soignante. Ce dernier est évalué et soumis au médecin traitant pour chaque résident.

Bien évidemment, il est essentiel de rechercher les troubles de la déglutition et de prendre en charge notamment par l'adaptation de la texture de l'alimentation. Cette tâche est prise en charge par notre logopède, et ce, individuellement.

Le placement d'une sonde naso-gastrique permettant l'alimentation et l'hydratation entérale résulte toujours d'une réflexion éthique sur son bien-fondé. De plus, l'accord préalable du résident s'il est bien orienté ou conscient est indispensable. Il existe une fiche de procédure de l'introduction de la sonde et de sa surveillance.

## **9) La prévention de la déshydratation**

L'hydratation est également un sujet sensible auxquels le personnel soignant doit être attentif. En effet, l'âge a souvent un effet négatif sur la sensation de soif, ce qui entraîne une réduction de l'absorption de liquide.

De plus, au-delà de la sensation de soif, l'autonomie à se nourrir seul/ s'approvisionner seul, l'état nutritionnel et le statut cognitif sont des éléments qui peuvent également réduire l'hydratation.

Il existe d'autres facteurs de risque de dénutrition : la fièvre, la température du milieu de vie, la prise de diurétiques/laxatifs, des troubles digestifs (diarrhées, fécalome,...), l'inattention de l'entourage.

Pour limiter les risques de dénutrition, il est important de varier les apports (eau, jus de fruits, café, yaourt,...), d'inciter à boire en rendant toujours disponible à portée de main du résident un verre d'eau.

Il ne faut pas oublier que lorsque la température du corps augmente (l'été par les fortes chaleurs et l'hiver lorsque le chauffage est poussé à plus de 22°C, la fièvre), l'apport en liquide doit être plus important et par conséquent le personnel plus vigilant.

## **10) La prévention de la douleur**

La prévention de la douleur est prévue lors de soins des plaies notamment par l'application d'anesthésiant à base de lidocaïne autour de la lésion. Il arrive également qu'un analgésique oral soit proposé quelques temps avant le soin. Cette intervention se fait bien évidemment toujours en accord avec le médecin traitant.

En ce qui concerne la prévention de la douleur auprès des personnes ne pouvant communiquer verbalement (aphasie, ENVP, démence sévère,...), une échelle d'évaluation de la douleur par l'observation des mimiques et des attitudes du résident avant/ pendant/ après le soin, ainsi qu'à l'aide de pictogrammes ont été mis en place.

## **11) D'autres services de soins**

Pédicure, coiffure, sont des services qui sont proposés aux résidents et qui sont apportés par des personnes extérieures à la MR-MRS.

Le personnel soignant prépare chaque mois une liste des personnes pour qui un soin de pédicure et une coiffure doivent être prévus. Cette liste est soumise aux professionnels extérieurs à la MR-MRS.

## 12) **La vie affective et sexuelle des personnes âgées**

*« Aimer, ça permet de se sentir vivant ... »*

Poids des conventions sociales, gêne des enfants, pudeur sur la question de la sexualité : le phénomène des amours tardives est aussi important que tabou. Ceci dit, notre établissement s'engage à respecter et intégrer le principe suivant : « Respecter la dignité humaine, c'est-à-dire la reconnaissance de l'identité de chaque personne, le respect de l'histoire individuelle de chacun, de son intimité et de son espace personnel, de l'organisation de sa vie spirituelle... Cela implique, entre autres, le droit à la vie privée, le droit à la vie affective, le droit à une vie sexuelle entre adultes consentants... »

N'oublions pas que de nombreuses études indiquent que privilégier des moments affectifs, relationnels et sexuels pour les personnes âgées améliorerait non seulement leur qualité de vie, mais aussi rallongerait leur temps de vie !



# V. Les activités

## 1) *Les activités quotidiennes*

Les maisons de repos ont trop longtemps consisté en de simples lieux d'hébergement où les personnes âgées, sans projets et perspectives n'attendaient plus que la fin de leur vie dans la monotonie de journées routinières.

Au centre d'animations, les résidents ont l'occasion de tisser des liens entre eux permettant ainsi de briser ou d'éviter l'isolement social difficilement vécu.

Lutter contre la solitude, l'ennui, préserver au maximum la personne âgée de la dépendance physique et morale, ainsi que valoriser et intégrer la personne âgée dans la société, font partie de l'action générale de l'ergothérapeute, de la neuropsychologue et de l'animatrice en maison de repos.

Les résidents sont pris en charge par l'ergothérapeute, la neuropsychologue, les kinés et/ou la logopède. Ils jouent un rôle de créateur, de 'mainteneur', de restaurateur de lien social. Par exemple, à travers des techniques d'animations, favoriser l'insertion du résident vers la vie communautaire ainsi qu'éviter la solitude.

Par leurs actions, l'équipe paramédicale tente de créer un climat de confiance, de sécurité mais aussi de bien-être.

Au centre d'animations et d'accompagnements de jour, le personnel essaye également de maintenir un maximum l'autonomie morale, mentale et physique chez les personnes âgées. Par exemple, travailler la mémoire, cette dernière étant la garante de

notre passé d'où l'importance de stimuler les facultés cognitives et les ressources disponibles que la personne âgée a tendance à ne plus solliciter, telles que l'attention, la concentration,... cela dans un but de préservation de l'autonomie permettant ainsi de rester en lien avec une vie sociale.

Les activités proposées sont adaptées à la personne âgée. Par exemple en créant un jeu de société adapté à la vue, à l'âge, à l'époque et au mode de vie.

Ces activités doivent aussi permettre à la personne âgée de prendre part à la vie quotidienne de la maison de repos, avec par exemple une participation des résidents pour la décoration des lieux communs.

L'ergothérapeute intervient également, le matin, dans la prise en charge individuelle de certaines personnes afin de garder ou récupérer les techniques de la vie journalière.

Lors de soucis, quels qu'ils soient, chacun devra pouvoir accompagner ou encore orienter la personne en difficulté vers différents acteurs entrant en piste tels que kinésithérapeute, infirmiers, neuropsychologue ...

Il est important de tenir compte du fait que ces différentes actions auront toujours pour but d'apporter un maximum de bien-être chez le résident en le considérant comme une personne à part entière ayant des désirs, des sentiments et des possibilités de développement.

La MR-MRS propose des activités collectives et des activités individuelles. Elle propose également des activités de type «loisirs » ou de type «utilitaire » (donnant un sentiment d'utilité). Pour cela, l'équipe d'animation doit avoir un contact régulier et personnel avec chacun des résidents. Le repli sur soi et/ou l'ennui des résidents sont ainsi diminués.

Les activités peuvent être ludiques, créatives, culturelles, et visent l'entretien de la santé physique et mentale. Elles ont toutes pour but de développer la convivialité et les rencontres. Voici quelques exemples d'activités proposées :

- ❖ *des jeux de société (ex : Lotto, Trivial Pursuit,...) ;*
- ❖ *des activités culinaires;*
- ❖ *des exercices de mémoire, des jeux de mots, jeux cognitifs (ex : pyramide, pendu, jeux de fluence verbale, ...);*
- ❖ *le cinéma avec projections de films sur grand écran ;*
- ❖ *des activités de décoration, de bricolage, d'artisanat (ex : vannerie, mosaïque, découpage, poterie, etc.) ;*
- ❖ *un atelier poésie/écriture;*
- ❖ *des sorties / excursions (Pari Daiza, journée à la côte belge, ...);*
- ❖ *la gymnastique douce;*
- ❖ *des bains relaxants ;*
- ❖ *une activité de chant, la chorale ;*
- ❖ *une organisation de plusieurs soupers à thème par an (souper spaghetti, souper moules, souper couscous) ;*
- ❖ *une messe chaque dernier mercredi du mois ;*
- ❖ *une bibliothèque (les livres sont apportés à la demande des résidents).*

Le personnel en charge de l'animation tente au mieux d'adapter ses activités en fonction de la dépendance et des aptitudes des différents résidents.

Quand la saison le permet, le personnel propose régulièrement aux personnes de les accompagner pour une courte promenade.

Les résidents qui ne souhaitent pas participer à des activités collectives se voient proposer des activités individuelles : lecture, couture, tricot, peinture, autres... et le matériel leur est fourni dans la mesure du possible.

L'équipe d'animations a défini des activités différentes pour chaque jour de la semaine (pour un mois). Ces activités sont affichées dans chaque bloc, et distribuées à chaque résident la dernière semaine du mois.

## **2) Les activités ponctuelles**

L'équipe d'animation propose également des soupers à thème auxquels les familles sont invitées et prévenues par courrier. Ces soupers favorisent les échanges entre le personnel, le résident et la famille, ceci dans la convivialité.

Lors des fêtes, l'équipe d'animations propose également son célèbre « Marché de Noël » ainsi que le « Dîner de Noël » dans une ambiance tout aussi festive où les réalisations des résidents sont proposées à la vente ce qui apporte un sentiment d'utilité et valorise les résidents.

Des excursions sont également prévues, et tiennent compte des résidents à mobilité réduite. Des lieux de visite adaptés sont recherchés et les moyens sont mis en œuvre pour que chaque résident puisse participer (ex : location d'un car avec élévateur). Voici quelques exemples de visites déjà réalisées : le Château de Seneffe, le Château de Beloeil, le Parc Pairi Daiza, la distillerie de Biercée.

## VI. L'agencement des lieux

### 1) Les chambres

Le résident dispose d'un espace suffisant pour y placer au moins un meuble et/ou un fauteuil lui appartenant.

Le résident est libre de décorer les murs comme il le désire : cadres, bibelots...Ce « concept de locataire » permet au résident d'acquérir un sentiment d'appartenance quant à ce nouveau lieu de vie et de retrouver quelques points de repères et/ou souvenirs.

Chaque chambre est équipée d'un WC et d'une douche individuelle.

La porte de la chambre du résident, outre son nom et le numéro, est signalée par une photographie du résident... L'intérêt est double : faciliter le repérage de sa chambre par le résident et personnaliser la porte d'entrée.

Pour des questions de sécurité et de respect du résident mitoyen, il est strictement interdit de fumer dans les chambres.



## **2) Les espaces communs**

Les résidents bénéficient de deux vastes salles de séjour avec vue sur le parc ou sur l'entrée du bâtiment.

Ces salles disposent de deux ou trois places en surnombre, afin de pouvoir accueillir d'autres résidents ou des visiteurs.

Si on lui rend visite, la personne âgée a la possibilité d'inviter son visiteur à la salle à manger, où une table pour deux personnes (ou plus, le cas échéant) est mise à disposition dans une partie calme de la salle à manger.

Il est strictement interdit de fumer dans des espaces de vie commune.

Au centre interne d'animation, un affichage de la date, du menu, d'information concernant la météo journalière, les anniversaires du jour, ... a été mis en place et favorise l'orientation temporelle.

### **3) Les différentes salles communes**

Il existe 3 salles destinées à accueillir nos résidents :

- ✗ *Au Bloc 3, un réfectoire existe pour accueillir les résidents qui le souhaitent afin de se rencontrer et d'échanger entre eux ;*
- ✗ *Le centre d'animations et d'accompagnements de jour situé au Bloc 1. Il se destine principalement aux résidents avec des démences plus avancées, mais aussi à certains autres à qui l'on propose des activités quotidiennes, manuelles, cognitives ou encore culinaires.*
- ✗ *Le centre de rééducation journalière, salle centrale située au Bloc 4 accueille les kinés, ergo, psychologue, et logopède afin de travailler avec les résidents de manière individuelle ou par petits groupes.*

### **4) Une journée type au CAAJ (Centre d'Animations et d'Accompagnement de Jour)**

- ✗ *Le résident est accueilli dès 10h30 en salle;*
- ✗ *A 11h, tables dressées en vue du diner ;*
- ✗ *A partir de 11h30 et ce jusque 12h45 : soupe et diner*
- ✗ *A 13h, le résident a le loisir de regarder la télévision au « salon » du centre ou de faire une petite sieste ;*
- ✗ *A 13h30 : distribution du café et de biscuits ;*
- ✗ *A 14h00 : début de la prise en charge individuelle ou par petit groupe de l'équipe paramédicale au CRJ (Centre de Rééducation de jour);*
- ✗ *A 16h00 : fin des activités*
- ✗ *A 17h00 : souper*

## **5) L'accueil des personnes démentes ou présentant des troubles sévères de la personnalité.**

Une partie du bâtiment est réservée aux personnes démentes ou présentant des troubles du caractère très importants dans le but de ne pas gêner le moins possible les résidents valides ou non déments par les comportements désordonnés et par l'aspect dégradé des personnes démentes.

Ces personnes manifestent une perte des repères dans le temps et dans l'espace, conséquence chez le malade de troubles cognitifs, cette atteinte cognitive est également responsable de troubles de la personnalité et du comportement.

Elles ne sont cependant pas coupées systématiquement du reste des résidents plus valides. En effet, à diverses occasions, elles sont amenées à rejoindre les autres résidents : anniversaires, fêtes, animations collectives, excursions, ...

Elles bénéficieront également des visites « en chambre » de l'ergothérapeute et/ou de la neuropsychologue qui mettront au point des programmes et activités adaptés.

## **6) L'accueil de patients en état neurovégétatif persistant (ENVP) ou en état pauci-relationnel (EPR)**

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004, une offre de soins, adaptée aux patients ENVP<sup>1</sup> ou EPR<sup>2</sup> est développée à l'intérieur de notre institution, en *collaboration avec la Santé Publique* et l'INAMI.

Cinq lits sont disponibles pour ce groupe cible<sup>3</sup>, sans limite d'âge.

Notre souhait est d'accueillir ces personnes tout en permettant de déployer les moyens nécessaires en ressources humaines et matérielles, la proximité devant favoriser le lien avec les familles. Cette prise en charge par nos services permettra aussi aux proches de souffler pendant une période limitée dans le temps et de pouvoir partager avec nous leurs angoisses et leurs espérances.

Nous voulons leur offrir des soins pluridisciplinaires (infirmiers, kinés, ergothérapie et neuropsychologie) de qualité, sur mesure et en relation externe avec des équipes spécialisées et le centre hospitalier d'expertise d'origine. De plus, une collaboration avec une équipe d'expertise extérieure et en relation directe avec des services hospitaliers est prévue.

La procédure d'entrée prévoit une rencontre avec l'équipe pluridisciplinaire spécialisée afin d'évaluer la prise en charge à mettre en place. Cette équipe rencontrera également l'équipe du centre hospitalier d'expertise dont dépend la personne. La rencontre avec la famille permet de clarifier la situation existante et d'élaborer le projet de prise en charge sur le long terme.

---

<sup>1</sup> L'état neurovégétatif se caractérise par un appauvrissement massif des fonctions supérieures avec conservation des fonctions végétatives de l'encéphale. Parfois, le patient répond à des stimulations extérieures (pleurs, rires, sons, ...) mais sans établir un code de communication.

<sup>2</sup> L'établissement d'un code de communication est possible.

<sup>3</sup> Ce sont pour la plupart des personnes victimes d'accidents de la route, d'accidents domestiques, vasculaires ou victimes d'anoxie plus ou moins prolongée entraînant des complications majeures des fonctions cérébrales avec une période de coma plus ou moins longue. Une partie des patients restera dans un état persistant appelé "état neurovégétatif", avec un espoir minime d'une évolution vers un retour à la conscience.

## **7) L'accueil de patients atteints de la sclérose en plaques ou de sclérose latérale amyotrophique**

Une unité de soins spécialisée de 5 lits pour l'accueil de personnes atteintes de la sclérose en plaques (SEP) ou de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) en stade avancé est ouverte au sein de l'institution. Cette unité de soins travaille en étroite collaboration avec le service de neurologie du CHU de Charleroi.

Cette unité ne concerne toutefois que des personnes qui n'ont plus besoin de soins médicaux ou chirurgicaux aigus (qui justifieraient un traitement en service hospitalier) et qui, en raison de leur état physique, cognitif ou psychique et de troubles comportementaux éventuels, n'entrent plus en ligne de compte pour la rééducation fonctionnelle classique dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle. Néanmoins, ces personnes requièrent encore une prise en charge multidisciplinaire continue.

La MR-MRS permet de garantir l'apport de soins appropriés : les soins supplémentaires requis pour ces patients en termes de surveillance, les soins d'hygiène, l'aide pour s'alimenter, l'aide à la mobilité, le soutien psychosocial, la gestion des troubles du comportement et de manière générale, toute aide ou assistance dans les actes de la vie journalière. La convention prévoit la formation du personnel. De plus, elle intègre une fonction de liaison avec l'hôpital qui visent à encadrer le travail du personnel de la MR-MRS et qui permet la dispensation d'avis spécialisés en réponse à des problématiques individuelles. Enfin, une fonction palliative est prévue.

La communication est prévue entre une personne de référence, le médecin-coordonateur ainsi que les chefs infirmiers de la MR-MRS et l'équipe soignante hospitalière. Une prise en charge pluridisciplinaire est proposée au sein de l'unité de soin (kinésithérapeute, logopède, ergothérapeute, neuropsychologue,...). Le personnel soignant s'engage à satisfaire les besoins du résident (alimentation, hydratation, bien-être, ...).

# VII. Le personnel

## 1) Les fonctions et l'organisation du travail

Chaque membre du personnel a connaissance des tâches qui sont attendues de lui compte tenu de la fonction qu'il occupe, du degré de polyvalence ainsi que des tâches strictement réservées à des fonctions définies.

Par ailleurs, chacun a une vision claire de «qui fait quoi» et des limites respectives des champs d'intervention (cf. organigramme mis à disposition de chaque travailleur). Les fonctions respectives des membres du personnel, ainsi que les procédures de travail, font l'objet d'un véritable travail de définition.

Les membres du personnel disposent d'un degré d'autonomie permettant des initiatives d'innovation et d'amélioration continue tant dans la réalisation des tâches que dans l'organisation du travail. Cependant, tout changement est soumis à l'approbation du responsable direct et de la direction.

Le Directeur désigne les responsables suivants :

- ☆ infirmiers en chef des différents blocs ;
- ☆ responsable de cuisine ;
- ☆ ergothérapeute ;
- ☆ neuropsychologue/référente démence ;
- ☆ logopède ;
- ☆ médecin – coordinateur.

## **2) Le comportement attendu**

Le personnel se comporte avec respect vis-à-vis des résidents et de ses collègues. Avant d'entrer dans la chambre d'un résident, quel que soit son état de dépendance, le personnel frappe à sa porte et attend une réponse en accord avec le respect du lieu de vie privé.

Le personnel est libre de vouvoyer ou de tutoyer les résidents, moyennant le respect des conditions suivantes :

- Tout nouveau résident est systématiquement vouvoyé et appelé par son nom, précédé de Monsieur ou Madame ;
- Après une période d'adaptation, le personnel demande au résident où va sa préférence : le tutoiement, le vouvoiement, le prénom, le nom...

Il considère la personne âgée comme un sujet pensant à qui on prend le temps d'expliquer brièvement le soin qui va être apporté. De plus, chaque geste est posé avec délicatesse et dans le respect de la dignité de chacun.

Le personnel est disponible pour le résident et répond aux demandes sans agacement ou énervement. La gaieté, le sourire, l'ambiance agréable doivent être de mise à tout moment. Il est tenu de signaler à l'infirmier en chef tout manque de respect qu'il ressentirait de par l'attitude de certains résidents. L'infirmier en chef prend alors contact avec le résident ou sa famille. Il est bien entendu que le personnel se doit de prendre du recul par rapport aux comportements parfois agressifs ou jugés irrespectueux de la part de certains résidents. Il ressort du professionnalisme du personnel d'être capable de conserver une attitude égale et la plus ouverte possible, quels que soient les comportements parfois difficiles à gérer des résidents. Une discussion sur ce thème est toujours possible lors des réunions mensuelles intra-équipe.

Le personnel est à l'écoute de chaque résident.

### **3) La Neuropsychologue**

La neuropsychologue remplit un rôle complexe au sein de la MR-MRS. D'une part, un travail cognitif axé sur l'évaluation des fonctions cognitives (mémoire, attention, langage, calcul, praxies, fonctions exécutives,...) afin de déterminer la probabilité d'un syndrome démentiel ainsi que le degré d'atteinte cognitive (maladie dégénérative telle que l'Alzheimer ou autre) ou la revalidation de certaines de ces fonctions, l'information et l'octroi de conseils aux familles et membres de l'équipe soignante quant aux implications quotidiennes de ce type de troubles ainsi que la gestion de certains comportements problématiques.

D'autre part, un travail d'écoute et de soutien du résident et de son entourage à travers un encadrement individuel du résident (visites régulières et/ou à la demande du résident lui-même). Elle se tient à la disposition des familles pour répondre à leurs angoisses/ craintes ou autres difficultés.

Des actions de médiation sont également assurées par la neuropsychologue permettant une meilleure communication entre les résidents ou les familles et le personnel soignant.

Dans l'optique d'assurer le bien-être du résident dans l'institution, des enquêtes de qualité sont également réalisées afin de récolter l'appréciation des résidents et de leur famille quant au fonctionnement et la qualité des soins dont ils bénéficient. Elle participe également activement au conseil des résidents, prenant en compte leurs desideratas.

La neuropsychologue est également sollicitée afin de former les équipes soignantes lors des « formations continues mensuelles ». Elle travaille également en collaboration étroite avec les médecins et accompagne les résidents en rendez-vous extérieurs tels que ceux chez le psychiatre afin de passer le relais de ses bilans et interventions pour adapter au mieux certains traitements médicamenteux.



#### **4) L'équipe kinésithérapeutique**

Les kinésithérapeutes prennent en charge les résidents de manière individuelle.

Leur objectif principal est de maintenir l'autonomie de la personne âgée notamment par la rééducation de la marche. Il existe dans l'institution une salle aménagée à cet effet qui est mise à la disposition des résidents (CRJ). Elle contient des barres parallèles, des vélos, un steppeur adapté, des espaliers,...

Les différents soins sont les suivants :

- ✚ la kinésithérapie respiratoire : aspiration trachéale, aérosol (notamment pour les cas ENVP) ;
- ✚ la mobilisation actives et passives principalement des membres inférieurs (L'ergothérapeute prend en charge le traitement des membres supérieurs) ;
- ✚ la rééducation de la marche.

Ces différents soins sont proposés en accord avec l'avis du médecin qui suit le résident.

#### **5) L'ergothérapeute**

L'ergothérapeute participe à l'animation au sein du CRJ et met en place des séances individuelles d'ergothérapie. Lors de ces séances, la rééducation des membres supérieurs, la rééducation cognitive, la rééducation de l'orientation spatio-temporelle, la rééducation des activités journalières sont des choses qui peuvent être abordées en fonction de la pathologie et des besoins du résident. Comme cité précédemment, l'ergothérapeute intervient également, le matin, dans la prise en charge individuelle de certaines personnes afin de garder ou récupérer les techniques de la vie journalière.

## **6) *Le médecin coordinateur***

Cette fonction est définie par l'arrêté royal du 24 juin 1999 personnel est formé aux tâches qu'il doit accomplir dans le cadre de sa fonction.

## **7) *La formation continue***

Le personnel est formé aux tâches qu'il doit accomplir dans le cadre de sa fonction. A cette fin, un repérage des besoins en formation est effectué par le Directeur et les différents responsables des services.

Assurer une formation continue des membres du personnel permet d'améliorer la qualité de l'offre de soins à travers une réflexion sur sa pratique professionnelle.

Le personnel a la possibilité d'améliorer la qualité de son travail en suivant des formations de mise à niveau ou d'ouverture vers les aspects nouveaux de la fonction. Pour cela, le Directeur met en place une politique d'ouverture aux suggestions et demandes de formations. Les deux infirmiers en chef en collaboration avec les autres référents de l'institution évaluent chaque année les priorités en termes de formation et d'informations.

Des formations sont organisées en interne et dispensées par la neuropsychologue, l'équipe de kiné, ou encore par une personne extérieure spécialisée dans un domaine particulier. A ces formations s'ajoute des formations en soins palliatifs (ASBL « Reliance »).

Un liste des conférences et séminaires est mises à disposition des différents membres du personnel ainsi que la liste des formations proposées par le Fond Social MR-MRS et celle des formations approfondies par « Reliance asbl ».

L'ensemble du personnel est informé de l'importance de la formation continue pour susciter une réflexion et une prise de recul sur le travail de chacun. La formation continue permet également de susciter une amélioration du bien-être tant du personnel que des résidents. De plus, différents thèmes de réflexion et de discussion sont lancés au cours des réunions. De plus, l'INAMI et la Région Wallonne attendent une participation minimum à des formations de la part des membres du personnel des MR-MRS suivant des normes qu'ils redéfinissent régulièrement.

Actuellement, le texte légal (AGW du 15/10/2009 ; publié au MB le 12/11/2009) nous dit ceci :

- Le personnel administratif bénéficiera, au sein ou non de l'établissement, d'une formation permanente d'au moins une journée (8h) par an ;
- Le personnel d'hôtellerie (c.à.d. le personnel assurant les tâches de cuisine et restaurant, de lingerie et buanderie, l'entretien technique, la propreté et l'hygiène des locaux) bénéficiera, au sein ou non de l'établissement, d'une formation permanente d'au moins une journée (8h) par an ;
- Le personnel de soins (c.à.d. les praticiens de l'art infirmier, les aides-soignantes et les membres de professions paramédicales) et de réactivation bénéficiera, au sein ou non de l'établissement, d'une formation permanente d'au moins deux journées (16h) par an.



## **8) *Le dossier individuel des résidents***

Ce dossier contient l'ensemble des informations utiles dans la pratique quotidienne des soins infirmiers et nécessaires à une bonne compréhension des attentes et des besoins du résident. Ces informations permettent aux personnels soignant de répondre de manière adaptée, cohérente et efficace aux demandes de la personne.

Il contient des informations concernant la personnalité et les idées philosophiques dominantes de la personne (religion, etc.) ainsi que les éléments principaux de sa vie (profession, nom des proches, ...). C'est en quelque sorte une part de l'histoire de vie du résident. C'est dans ce dossier que se trouve le dossier médical (courriers de consultation spécialisées, prises de sang, notes du médecin, liste des médicaments, etc.) et le dossier infirmier concernant le résident.

On y trouve aussi les numéros de téléphones utiles pour contacter la personne référence de la famille et/ ou l'administrateur de bien, le médecin traitant.

Des informations concernant l'évaluation cognitive (MMSE et échelle de Katz), l'évaluation de l'autonomie, les prestations kinésithérapeutiques, les prestations ergothérapeutiques, et les bilans neuropsychologiques s'y trouvent également.

Enfin on y trouve des informations quant aux attentes du résident et de la famille en cas de décès.

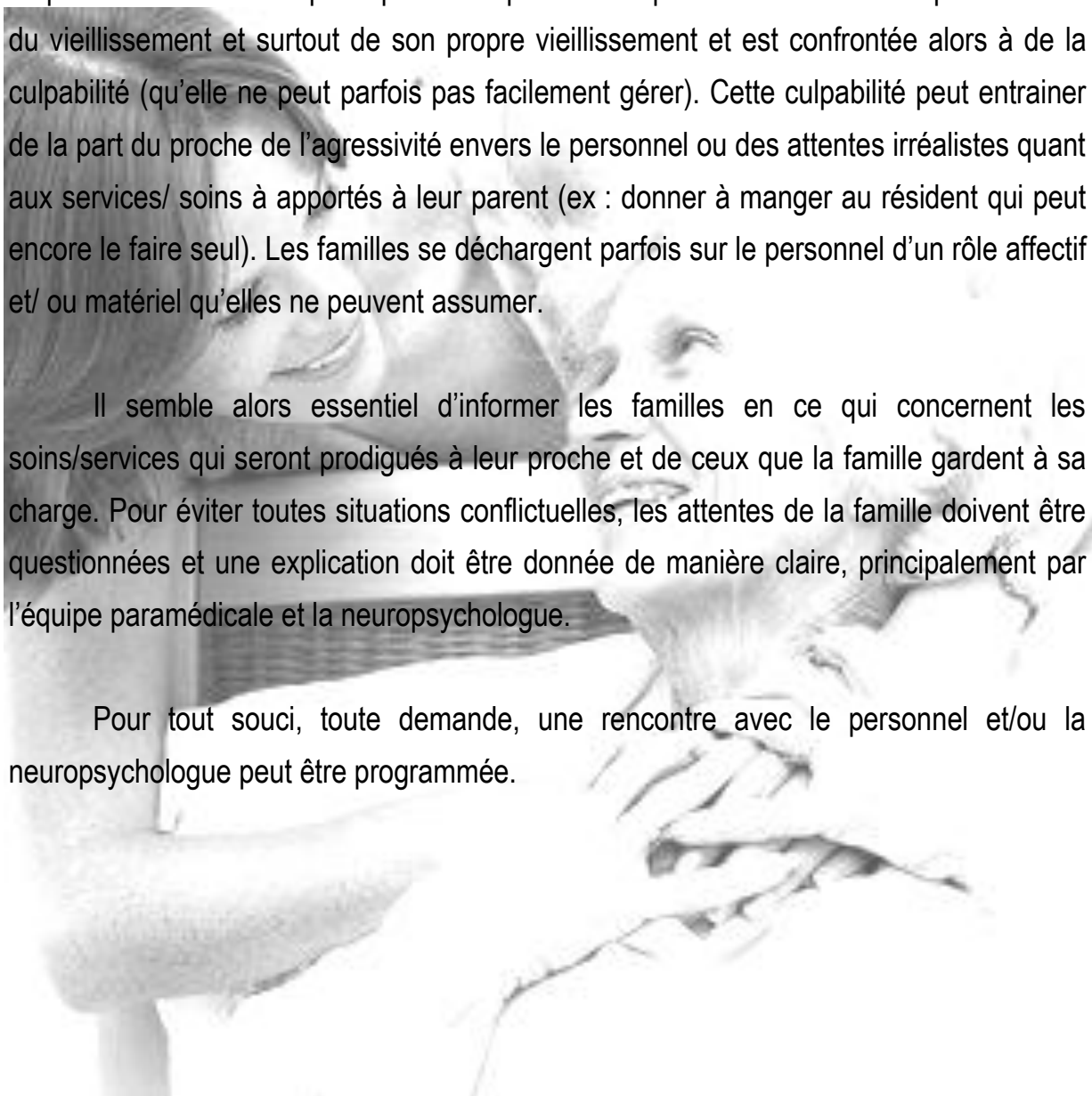
## VIII. La place de la famille

La famille a une place importante dans le projet institutionnel.

La famille qui souhaite placer son aîné pour des raisons diverses et souvent mise à mal. En effet, elle est confrontée à des situations difficiles face à son parent. La famille se pose alors beaucoup de questions quant à la représentation concrète qu'elle se fait du vieillissement et surtout de son propre vieillissement et est confrontée alors à de la culpabilité (qu'elle ne peut parfois pas facilement gérer). Cette culpabilité peut entraîner de la part du proche de l'agressivité envers le personnel ou des attentes irréalistes quant aux services/ soins à apportés à leur parent (ex : donner à manger au résident qui peut encore le faire seul). Les familles se déchargent parfois sur le personnel d'un rôle affectif et/ ou matériel qu'elles ne peuvent assumer.

Il semble alors essentiel d'informer les familles en ce qui concernent les soins/services qui seront prodigués à leur proche et de ceux que la famille garde à sa charge. Pour éviter toutes situations conflictuelles, les attentes de la famille doivent être questionnées et une explication doit être donnée de manière claire, principalement par l'équipe paramédicale et la neuropsychologue.

Pour tout souci, toute demande, une rencontre avec le personnel et/ou la neuropsychologue peut être programmée.



# IX. La communication

## 1) *Au sein de la Résidence*

La communication au sein de la Résidence vise à assurer le suivi des informations portant sur les activités organisées ou possibles, le décès, les plaintes, les besoins des résidents, les valeurs partagées, les projets, les emplois vacants...

Pour cela, différents moyens sont à disposition tels que :

- ☆ Des documents de présentation du projet de vie de la Résidence ;
- ☆ Des conseils des résidents (1 fois/ 3mois) avec un procès verbal des informations qui en sont retirées ;
- ☆ Des réunions intra- et inter-services ;
- ☆ Des journaux d'information (l'écho du Royal – trimestriel);
- ☆ Etc.

## **2) Avec l'extérieur de la Résidence**

La communication avec l'extérieur de la Résidence vise à assurer une présence de la maison de repos au sein de la commune d'Anderlues, tout en contribuant à la notoriété de la MR-MRS aussi bien en dehors de la localité et en contribuant à maintenir le lien vers l'extérieur pour un maximum de résidents.

Une brochure d'accueil reprend, outre la présentation des coordonnées, du nombre et types de lits, du prix des chambres..., les valeurs et objectifs poursuivis par la Résidence « Le Royal ».

La Direction participe à des réunions d'échange sur les pratiques en MR-MRS avec ses pairs.

Les formations du personnel sont l'occasion, par le biais des ateliers pratiques, d'échanges entre collègues travaillant dans des résidences différentes.

Enfin, l'extérieur est invité à entrer dans la Résidence : à l'occasion des animations, des excursions, des soupers, de la brocante annuelle, du marché de Noël, des conseils des résidents organisés au sein de l'établissement.

## X. L'évaluation du projet de vie

Une évaluation annuelle du projet de vie est prévue chaque année.


Les objectifs poursuivis sont systématiquement passés en revue à l'aide des indicateurs.

L'évaluation conduit à supprimer, préciser ou modifier les objectifs et prévoir de nouveaux moyens de les réaliser.

Le projet de vie est ajusté en fonction de l'évaluation et communiqué aux résidents et au personnel.

Le conseil des résidents (1 fois tous les 3 mois) avec ses représentants est un des meilleurs moments pour débattre, évaluer et améliorer la vie à l'intérieur de notre site.





***G**lobalité de la prise en charge,  
**E**quipe professionnelle et compétente,  
**R**igueur diagnostique,  
**I**nterdisciplinarité,  
**A**ccueil,  
**T**ransmission des informations,  
**R**éadaptation,  
**I**mage de marque,  
**E**mpathie*

## Bibliographie

Badey-Rodriguez C. (2003). La vie en maison de retraite. Paris : Albin Michel.

Ferrey, G. & Le Gouès G. (1999). Psychopathologie du sujet âgé. Paris : Masson

Fontaine R. (1999). Manuel de psychologie du vieillissement. Paris: Dunod.

Vercauteren R., Vercauteren M-C & Chapeleau J. (1993). Construire le projet de vie en maison de retraite. Ramonville-Sainte-Anne : Erès.

Bien vieillir, bien vivre en Wallonie, une initiative du Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Région Wallonne.

FIH. Projet de soins. (Septembre 2009).

Dr. Philipart. Rôle du médecin coordinateur en M.R.S. (2001). Ecole de santé publique.

Sylvie Carbonnelle, « Penser les vieillesse, regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge » (2010)

Le « Moniteur belge »