



L'USD du Foyer de Bouleyres a ouvert ses portes le 15 avril 2013. Sa capacité est de 11 places, en chambre individuelle avec salle de bain.

Les couloirs sont larges pour une circulation aisée des résidents. Les lieux communs sont un séjour avec fauteuils confort et télévision, deux espaces avec tables et chaises pour les repas et les animations, une cuisine adaptée. L'unité dispose d'un espace extérieur avec une terrasse couverte en bois et un chemin de déambulation.

Mission de l'unité

Cette unité participe à la mission générale du Foyer de Bouleyres, décrite dans la démarche qualité :

- Offrir l'hébergement, l'accompagnement et les soins aux personnes âgées de la ville de Bulle et des communes environnantes du district de Gruyère.
- Offrir des lieux de vie dans lesquels chaque résident est respecté dans son entité, dans ses désirs et dans sa personnalité.
- Mettre toutes nos compétences à disposition afin d'offrir un séjour agréable et de qualité à nos résidents tout en tenant compte de leurs exigences individuelles sur le plan privé et social.
- Avoir une responsabilité éthique élevée vis-à-vis de nos pensionnaires, assurer leur bien-être et veiller au strict respect de leurs droits
- Participer activement à la vie de l'association professionnelle AFIPA.

L'USD accueille des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer et/ou d'autres pathologies dégénératives vasculaires, nécessitant un accompagnement spécialisé, une surveillance particulière ainsi qu'une infrastructure sécurisée.

Les conditions réunies dans l'unité permettent de :

- Ralentir le déclin de l'autonomie tout en préservant les capacités résiduelles (selon les principes de la méthode Montessori) à travers des activités adaptées
- Agir sur les SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) pour les réduire autrement que par des moyens de contentions physiques ou chimiques
- Amener les proches à comprendre la maladie de leur parent et à la vivre avec sérénité.

Philosophie de soins

L'USD fonde son approche sur plusieurs cadres de référence en soins aux personnes âgées et démentifiées :

Virginia Henderson

Le dossier de soins reflète l'anamnèse des résidents sur la base de 17 rubriques, avec les ressources et difficultés observées pour satisfaire à ses besoins. La prise en charge individualisée, avec des référents nommés pour chaque résident, permet des soins globaux et la continuité de la démarche. Les besoins particuliers des résidents

Code : REF-02.02-02	Auteur : CTH	Page: 1/7	Date: 22.02.2016
Révision : 0	Libération : FGI		



sont documentés et connus des soignants, qui y apportent des réponses adaptées et communes, par l'utilisation des cartes de soins.

Gineste Marescotti, l'Humain au quotidien

Approches basées sur la philosophie de l'humanité, qui définit les modes de communication verbaux et non verbaux entre humains, dans le contexte des soins.

Au quotidien, les stratégies spécifiques sont appliquées:

- Individualisation des soins selon le rythme et les habitudes de la personne, en respectant les temps de sommeil, la prise de temps, le renforcement des aspects positifs des comportements de la personne.
- Entrée en communication thérapeutique par le respect de préliminaires, annonce, présentation, capture sensorielle et maintien de l'attention par les piliers de la relation : regard, parole, toucher, verticalisation.
- Respect des routines individuelles documentées, orientation par des repères temporeux et spatiaux, validation des propos et des émotions de la personne.
- Appel par le prénom selon le stade de la démence et la plage mnésique rétrograde privilégiée.
- Elaboration des activités centrées sur le plaisir et les souvenirs signifiants
- Stimulation de la mémoire procédurale des AVQ par la guidance
- Evitement toutes les formes de contention physique et médicamenteuse
- Evocation des temps forts qui marquent la mémoire affective (anniversaires, fêtes)
- Prévention des réactions catastrophiques par la documentation des facteurs déclenchants et maintien d'un cadre environnemental sans hyperstimulation
- Mise en place de stratégies de diversion

L'approche Montessori

Elle vise à créer et adapter des soins et un accompagnement qui permettent aux personnes d'interagir avec leur environnement en s'engageant dans des activités porteuses de sens et qui offrent un rôle social. Le concept de normalisation permet aux personnes avec des troubles cognitifs de réaliser des activités signifiantes, favorisant le maintien de leur identité, de leur estime personnelle, de leur humeur.

Ces activités de normalisation sont proposées au quotidien par l'équipe pluridisciplinaire de l'USD :

- Activités en lien avec les AVQ : mettre la table, chercher les chariots de repas et de linges et les ramener, arroser et récolter les légumes du jardin, balayer, faire la vaisselle, éplucher les légumes, préparer un repas, affichage du jour et de la date, et les autosoins, se raser, se brosser les dents, ranger sa salle de bain,.....
- Activités de loisir : lectures, jeux de balles, chant, activités individualisées de discrimination et de catégorisation d'objets, de photos, de mots.... sur des supports ludiques créés pour chaque résident.
- Activités sensorielles : musique, goûter, massages, soins esthétiques, huiles essentielles, marche, photos,



Il s'agit d'utiliser les capacités préservées de la personne, de travailler avec « ce qu'il reste » et pas seulement d'évaluer « ce qu'il manque ». Des réponses concrètes et adaptées à chacun sont proposées aux résidents.

Les réflexions éthiques mises en place par le clinicien

Les réflexions éthiques visent à établir la cohérence entre les valeurs énoncées et les pratiques quotidiennes. Les principes éthiques de l'ASI et les valeurs de la charte éthique de l'AFIPA servent de guide à la réflexion.

La question de l'autonomie est des plus pertinentes lors de la mise en place des modèles de soins de Gineste et Montessori. La question de la bienfaisance/non maléfience, et de la justice distributive, se posent constamment en regard des limites que l'autonomie de chacun impose aux autres, dans le cadre fermé de l'USD. Le principe de véracité est promu dans la relation entre l'équipe et les proches des résidents incapables de discernement.

Le clinicien se tient à disposition des soignants, pour tout questionnement individuel ou en équipe, et lors des colloques hebdomadaires. Il s'agit aussi de permettre un langage commun dans le contexte de la formation où les infirmiers diplômés sont entraînés à travailler selon les principes éthiques de l'ASI (CII) et les ASSC selon des principes propres aux manuels de la formation professionnelle.

Concept animation

Un concept d'animation a été élaboré par l'équipe d'animation, afin de proposer une prise en charge et un programme adapté aux résidents de l'USD.

Ayant encore peu de recul et d'expérience avec notre USD, il sera évalué en 2016. Il est présenté en détail en annexe.

Prise en charge des résidents

La prise en charge du résident est discutée en équipe pluridisciplinaire et avec la famille. Elle est réévaluée régulièrement lors des colloques hebdomadaires.

Le service est autonome au niveau des horaires, afin qu'ils soient adaptés au mieux aux rythmes des résidents. Les nuits sont assurées par un soignant de l'unité. La majorité des horaires sont de 8h24, avec un horaire de jour de 11h pour garantir une continuité. Si le diplômé tertiaire n'est pas dans l'unité, l'équipe peut faire appel à un diplômé de l'institution, présent 24h/24.

Pour répondre de manière pluridisciplinaire aux besoins particuliers, nous avons développé la collaboration avec l'animation, le service d'intendance et de cuisine.

Code : REF-02.02-02	Auteur : CTH	Page: 3/7	Date: 22.02.2016
Révision : 0	Libération : FGI		



Un animateur est présent 3 jours/semaine (incluant 1 dimanche par mois), l'animation est coordonnée avec l'accompagnement/animation fait par les soignants tous les jours. Dès septembre 2015, nous augmentons la dotation animation pour ce service, et assurons une présence 5 jours/semaine, le plus souvent par un ASE.

La personne de l'intendance, présente 6 jours/semaine, est intégrée dans l'équipe soignante lors des rapports, collabore dans l'accompagnement en plus du travail de nettoyage et de cuisine.

La cuisine fournit les repas en liaison froide, ils sont réchauffés dans l'unité pour garantir une souplesse dans l'horaire des repas. De la cuisine est faite régulièrement dans la cuisine adaptée de l'unité (soupes, gâteaux et biscuits, etc) par les résidents, encadrés par l'animateur ou les soignants. Le manger-mains est possible si l'un ou l'autre résidant le nécessite.

Accompagnement et intégration des proches

Les proches sont les bienvenus dans le service, à l'heure qui leur convient, indépendamment du programme de la journée.

Ils peuvent manger avec leur parent dans le service, sur inscription.

Les référents du résident sont annoncés, ainsi que leurs changements. Les modifications de l'état général de santé du résidant sont annoncées à son représentant thérapeutique, et les décisions de traitement sont évaluées avec lui. Si les résidents sont arrivés sans directives anticipées, l'attitude de soins est discutée avec le représentant. Des entretiens réguliers sont organisés avec le référent, et l'évaluation RAI lui est expliquée, ainsi que ses modifications éventuelles.

Afin de développer les relations avec les familles, un dîner-grillades est organisé en été et un goûter dans la période de Noël.

Des brochures d'information sur les pathologies de démence sont à disposition dans le service.

Processus de gestion des mesures de contraintes

Avant la mise en place d'une mesure de contrainte, nous recherchons en équipe des solutions alternatives.

En dernier recours, nous proposons alors la mesure de contrainte, et employons le même protocole écrit que pour le reste du foyer.

La mesure est prise, après en avoir parlé si possible avec le résident, et toujours avec le représentant du résident, et le médecin. Chaque mesure est discutée, les raisons sont clairement évoquées, ainsi que les objectifs, et les répercussions possibles sur le résident. Une date d'évaluation de la mesure est prévue, à laquelle les proches sont associés.

Code : REF-02.02-02	Auteur : CTH	Page: 4/7	Date: 22.02.2016
Révision : 0	Libération : FGI		



Si un représentant refuse la mesure de contrainte, nous recherchons avec lui une autre solution. Il est essentiel que nous soyons tous du même avis pour une attitude cohérente envers le résidant, afin qu'il souffre le moins possible de la mesure.

L'objectif de l'équipe est d'avoir le minimum de mesures de contrainte, et d'une durée limitée.

Pour l'instant, nous ne faisons pas signer de protocole à l'entrée du résident, mais la fermeture à clé du service est clairement expliquée aux proches, et dans la mesure du possible au résident.

Dispositifs de prévention des chutes

Tous les lits sont des lits-Alzheimer, qui descendent très bas.
Nous disposons aussi de tapis alarme reliés au système d'appel malade.
Toutes les chutes sont répertoriées dans le dossier du résidant, par un document du DSI. Elles sont analysées et discutées avec les familles, pour trouver des pistes de prévention.

Prise en charge dans le cadre des soins palliatifs et soins terminaux

Nous ne disposons pas d'un concept de soins palliatifs institutionnel, mais nous avons défini une ligne de conduite qui se réfère à la médecine palliative telle que proposée par l'ouvrage de soins palliatifs, *Mourir, ce que l'on sait, ce que l'on peut faire, comment s'y préparer.* (G.D. Borasio, professeur de médecine palliative au CHUV.) et nous nous référons au concept cantonal de soins palliatifs, selon le projet du 12 janvier 2015.

Notre ligne de conduite privilégie la notion de confort, et pour cela les traitements sont régulièrement réévalués, voire stoppés. Les antalgiques sont adaptés à l'évolution de la situation.

Nos offres en soins sont donc adaptées à l'évolution des besoins de la personne. Nous pouvons parler d'une démarche palliative, à laquelle les proches de la personne sont associés.

Ayant réalisé la démarche « Vers un milieu de vie sans douleur », nous sommes particulièrement attentifs aux signes de douleur. Outre les échelles d'évaluation analogique de la douleur proposées aux résidents capable de l'exprimer, nous utilisons selon la situation les échelles Doloplus ou Algo-plus. Des réserves standards sont proposées par le médecin référent de l'EMS et sont à disposition des infirmiers pour les situations critiques, en attente d'une visite médicale. Le médecin référent travaille et agit dans le sens de cette philosophie sans douleur et sans acharnement.



Les résidents restent dans l'unité pour leurs derniers jours, avec l'objectif de soins de confort. Les familles peuvent veiller leur parent si elles le souhaitent. Nous faisons aussi appel si nécessaire aux bénévoles pour assurer une présence continue la nuit.

Nous restons attentifs, selon l'évolution des situations, au respect des critères de placement en USD, notamment au délai de 30 jours maximum pour des soins palliatifs.

Critères d'admission en USD

Les personnes admises dans l'USD présentent des troubles cognitifs associés à des troubles comportementaux et/ou psychologiques, liés à une démence, et ne peuvent pas être prises en charge dans une unité standard sans moyens de contrainte physique et/ou chimique.

Exemples de critères (liste non exhaustive) :

- déambulation, fugues et errances avec mise en danger personnelle ou de tiers
- désorientation entraînant une présence soignante régulière;
- cris
- violence, agressivité envers lui-même, les autres résidents et /ou le personnel, associée à une démence.
- désinhibition sociale ou sexuelle
- inversion du rythme nyctéméral
- délire de persécution
- hallucinations visuelles
- anxiété invalidante.
- si le résident est déjà dans un des Foyers de Bulle, la proposition d'entrée est faite par une équipe soignante et validée par le médecin référent;

Les troubles sont confirmés par une évaluation RAI cumulant les points suivants : Diagnostic de I : q et/ou dd et/ou u et/ou J : e et/ou i ainsi qu'un indice cognitif de minimum 3 ; minimum 2 problèmes de comportement parmi les codes E4a / E4b / E4c / E4d / E4e (avec codage de 2 ou 3 pour le A et de 1 pour le B).

Exceptionnellement l'unité pourrait aussi admettre un résident présentant des troubles psychiatriques qui dominent les troubles cognitifs, sur certificat médical.

Gestion des ressources humaines

Le personnel a été recruté dans le personnel des Foyers de la Ville de Bulle.

Code : REF-02.02-02	Auteur : CTH	Page: 6/7	Date: 22.02.2016
Révision : 0	Libération : FGI		



Les critères de choix ont été:

- formation minimum d'auxiliaire Croix-Rouge
- pourcentage minimum 60% pour le personnel fixe
- les remplaçants W.E/ vacances (étudiants payés à l'heure, travaillant pour financer leurs études) sont acceptés s'ils sont en formation dans les soins (HES santé ou ASSC)
- compétences nécessaires :
 - Souplesse, adaptabilité
 - travail et communication en équipe
 - acceptation des horaires sur 24h (2nuits/minimum/mois)
 - capacités pour gérer le stress
 - motivation à travailler dans une USD
 - prêt à accepter professionnellement la communication tactile du résident dément

Tout le personnel a donc une formation de base dans les soins, ou est en voie de l'acquérir pour les étudiants. Il est essentiel d'avoir une base minimum commune, pour développer un langage commun. Cette formation est complétée par les formations continues.

Tout le personnel mensualisé de l'USD a suivi une formation spécifique de soins aux patients démentifiés. Chaque nouveau membre de l'équipe est formé dans la première année de son engagement.

Le personnel remplaçant d'été et des W.E. bénéficie de journées d'introduction et de formation en service de soins, par le personnel diplômé de l'USD, et par des suivis évaluatifs de la part des infirmiers et du clinicien. De plus, ils sont eux-mêmes en formation dans le domaine santé (infirmier ou ASSC).

Après presque deux ans de fonctionnement, le personnel est très stable. L'ICUS et l'IC ont assuré dès le départ des colloques de débriefings des situations lourdes à vivre.

La supervision a été développée dès le début avec Mme Liaudat, cf chapitre correspondant.

La formation continue du personnel de cette unité est très importante, d'une part pour développer un haut niveau de connaissances des problématiques de psychogériatrie, et d'autre part pour participer à l'évolution des prises en charge. A titre d'exemple, notre participation à la Journée de l'Afipa en 2014 nous a permis d'aborder la méthode Montessori, et son adaptation à la personne âgée. Cela nous a convaincus de l'introduire dans notre unité en 2015.

Code : REF-02.02-02	Auteur : CTH	Page: 7/7	Date: 22.02.2016
Révision : 0	Libération : FGI		