



# **EHPAD MAISON DE SANTE PROTESTANTE**

## **PROJET DE VIE INDIVIDUALISE**

**M ou Mme \_\_\_\_\_**

**Année 2019**



## **Rappel sur le cadre législatif du projet de vie :**

La prise en compte des attentes de la personne dans la démarche de projet personnalisé se réfère directement à la recommandation de l'Anesm sur la bientraitance, et s'inscrit dans les principes de la *loi n°2002-2 du 2 janvier 2002* rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Institué par le décret *n°2007-975 du 15 mai 2007*, le **projet personnalisé** précise que la qualité de prise en charge d'un EHPAD repose sur le respect de la personne, de ses choix, de ses attentes, afin de conserver son autonomie sociale, physique et psychique.

Par contraste avec l'institution qui est purement médicale, il s'agit ici d'une démarche participative et collective afin de donner du sens à la vie de la personne accueillie

Le projet de vie individualisé est évolutif dans le temps, il prend en compte les modifications de l'état physique et psychologique du résident. Son objectif premier est d'assurer la continuité de la vie des personnes dans l'EHPAD en respectant leurs attentes, leurs capacités et avant tout leur identité

Pour répondre à cette exigence, l'établissement doit mettre en place une organisation à partir de dispositifs transparents et explicites, aussi bien pour le résident et sa famille que pour les soignants et les observateurs extérieurs.

## **L'organisation du Projet de Vie Individualisé :**

### **Qui participe au projet ?**

Le Résident, sa famille ou son représentant légal, son référent ainsi que l'ensemble de l'équipe. Chacun d'entre eux est concerné par le projet à tout moment de l'accompagnement

### **Qui pilote le projet de vie individualisé ?**

La cadre de santé, la psychologue, en association avec le médecin-coordonnateur pilotent et coordonnent la mise en œuvre et le suivi des projets personnalisés sur l'établissement. L'ergothérapeute et l'animateur font partie de l'équipe décisionnaire de la réalisabilité ou non d'un objectif.

## **Le rôle du référent ?**

Le référent est l'interlocuteur privilégié mais non exclusif du résident. Il veille aux besoins et attentes du résident dans le cadre de cette relation singulière. Il reste attentif tout au long du parcours

La communication entre soignants est essentielle afin que la liste observations récoltées soit la plus exhaustive possible

### **Les missions du référent sous la supervision de l'IDEC**

- Le référent participe à l'élaboration du Projet de Vie Individualisé du résident. Il doit être attentif et à l'écoute des désirs et besoin du résident afin d'établir une liste exhaustive des actions et objectifs à atteindre sur une année.
- Il assure le suivi des actions mises en place. Il doit ainsi s'assurer que l'ensemble de l'équipe est au courant des objectifs mis en place et des actions à réaliser.
- Il doit communiquer à l'ensemble de l'équipe le suivi des actions misent en place par le biais des transmissions via le logiciel de soin Arcadis.
- Il doit faciliter l'intégration sociale du résident (présentation aux autres résidents à son arrivé, en lien avec l'animateur).
- Il participe, dans la mesure du possible, à l'évaluation du niveau de dépendance du résident en collaboration avec l'IDEC (Grille AGGIR)
- Il est acteur dans la mise à jour du plan de soins du résident et en informe l'IDEC par écrit si possible quand une modification doit se faire.
- En cas discussion concernant les soins du résident, le référent peut être invité à participer à la décision finale en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire
- Il s'assure que l'ensemble des documents concernant le résident sont à jour (notamment les plans de soins).
- Il doit connaître les résidents dont il est référent. Il participe, dans la mesure du possible à l'évaluation NPI-es réalisée par la psychologue si nécessaire.

## Comment se définissent les objectifs d'un projet de vie ?

Il s'agit avant tout d'une **réflexion interdisciplinaire** dans l'élaboration des objectifs de la personne.

En amont, le référent s'engage à fournir un maximum d'éléments concernant les habitudes de vie du résident réparti en **4 points** :

- Observations liées à l'autonomie,
- Observations liées aux activités à l'EHPAD,
- Observations liées aux activités appréciées avant de rentrer en EHPAD,
- Observations liées aux interactions sociales avec les autres résidents, la famille, les amis.

L'équipe pluridisciplinaire évalue ensuite la cohérence et la faisabilité des objectifs proposés par le référent sachant que les objectifs ne sont pas limités aux ressources interne.

Une fois les objectifs définis et validés par l'équipe pluridisciplinaire le référent veille au bon déroulement des différentes phases du projet de vie, il dispose du logiciel de soin Arcadis pour s'assurer de la continuité des différentes actions.

La famille a également un rôle clé dans la validation finale de ses objectifs, et peut, si elle le souhaite, s'opposer aux objectifs formulés par l'équipe et/ou proposer de nouveaux objectifs qui feront l'objet d'une nouvelle validation interdisciplinaire.

Lorsqu'un consensus est trouvé entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et la famille, les objectifs sont alors mis en place pour une durée de 1 ans et feront l'objet d'une réévaluation à terme.

### Sources

ANESM, Aout 2018. *Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD)*

# PROJET DE VIE INDIVIDUALISE



**Résident(e) :**

**Date de Naissance :**

**Date d'entrée dans l'établissement :**

**Pour rappel, les objectifs établis sont en lien avec :**

- La vie quotidienne, aux relations sociales avec les autres résidents, à l'autonomie, au mode d'accompagnement, aux liens.
- L'environnement institutionnel, hors institutionnel.
- Les liens familiaux et extra familiaux.
- Les soins.

**Liste des objectifs établi par le référent et validé par l'équipe pluridisciplinaire**

**Objectif 1 :**

*Exemple : La solliciter si mise en place de visites animalières*

*Moyens : Intervention extérieure*

*Rythmicité : De manière ponctuelle*

**Objectif 2 :**

Moyens :

Rythmicité :

**Objectif 3 :**

Moyens :

Rythmicité :



**Proposition d'objectifs faite par la famille :**

**Objectif 5 :**

---

Moyens :

Rythmicité :

**Objectif 6 :**

---

Moyens :

Rythmicité :

Fait le, xx.xx.20xx

**Signature d'un membre de l'équipe**

**pluridisciplinaire :**

**Signature de la famille ou du représentant :**