

Université René Descartes – PARIS V

Faculté Cochin – Port Royal

**BILAN D'ACTIVITÉS  
D'UNE UNITÉ  
D'HÉBERGEMENT  
RENFORCÉE**

Présenté par

**RAKOTONIAINA RANDRIANJAFY Hanitra**

Diplôme inter-universitaire Médecin Coordinateur d'  
E.H.P.A.D

Année 2011-2012

Directeur de Thèse

Docteur ALLAS Bader

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- Monsieur le Docteur ALLAS Bader gériatopsychiatre,,pour l'honneur qu'il m'accorde en acceptant avec spontanéité , d'être mon directeur de thèse ,malgré les nombreuses responsabilités qu'il doit assumer.
- Madame LOPEZ Laurence , ancienne Directrice de notre résidence ,par qui ,ce projet a vu le jour , en collaboration avec toute l'équipe ,malgré les difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce projet .
- Toutes les personnes m'ayant beaucoup soutenu et apporté leurs aides, leurs encouragements, sur le plan spirituel, moral et matériel pour la réalisation de ce travail, notamment ma famille et mes collègues de travail.

# Table des matières

ABREVIATIONS.....	Erreur ! Signet non défini.
I-INTRODUCTION.....	5
II-Présentation de la Résidence.....	6
III-UNITE D'HEGERGEMENT RENFORCEE (UHR).....	7
1/Définition.....	7
2/Opportunité du projet.....	7
3/Critères d'admission en UHR.....	8
4/Démarche d'admission en UHR.....	9
Qui peut adresser en UHR.....	9
Dossier à constituer.....	9
5/Personnel de l'UHR.....	9
6/Fonctionnement de l'équipe en UHR.....	9
7/Création d'une commission d'admission en UHR.....	10
8/Critères de sortie de l'UHR.....	11
9/Aménagement spécifique de l'UHR.....	11
10/Les objectifs de l'UHR.....	11
IV -BILAN D'ACTIVITES DE L'UHR.....	12
1/Profil des résidants.....	12
2/Pathologies associées.....	12
3/Activités thérapeutiques.....	12
Prise en charge non médicamenteuse :.....	12
Prise en charge médicamenteuse :.....	13
Autres prise en charge :.....	13
V – RESULTATS.....	14
1/Recueil avec les équipes soignantes (jour et nuit) de l'UHR.....	14
2/Mouvements des résidants.....	14
3/Durée moyenne de séjour (DMS).....	14
4/Temps d'adaptation.....	15
5/Démarche de sortie de l'UHR.....	15
VI-DISCUSSION.....	16
1/Points faibles.....	16
2/Points forts.....	16
3/Réflexions.....	17
VII-CONCLUSION.....	18
BIBLIOGRAPHIE.....	19
ANNEXES.....	20

## **ABREVIATIONS**

UHR :Unité d'Hébergement Renforcée

MMSE :Mini Mental States Evaluation

NPI-ES :Inventaire neuropsychiatrique version Equipe Soignante

AMP Aide Médico Psychologique

ASH :Agent de Service Hôtelier

EHPAD :Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP :Equivalent temps Plein

ASG :Assistant de Soins en Gérontologie

DMS :Durée moyenne de séjour

## **I-INTRODUCTION**

D'après le plan Alzheimer et les maladies apparentées 2008-2012, l'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) rentre dans le cadre de la prise en charge des troubles du comportement sévères.

Vivre en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ne doit pas être synonyme de diminution de la qualité de vie. En ce sens, une connaissance approfondie des intérêts et motivations des résidents est donc nécessaire. Ceci est primordial pour engager les soignants, de la meilleure façon possible, dans une activité répondant à un projet de vie des résidents.

Il est donc admis qu'un comportement adapté des soignants, en adéquation avec les besoins du résident, contribue à réduire l'expression des troubles du comportement, chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

## **II-Présentation de la Résidence**

Notre résidence une résidence privée à but lucratif. Elle a été créée en deux temps.

- Ouverture de l'EHPAD avec 68 lits (dont 2 places d'hébergement temporaire) en juin 1992
- Ouverture de 3 Unités protégées de 12 lits sur 3 niveaux en juillet 2008

Le projet de création d'une UHR a été une véritable réflexion d'équipe au sein de la résidence.

En effet, les équipes qui sont dans les unités protégées se trouvent confronter à la gestion des troubles du comportement sévères des résidents, et se sentent démunies dans la prise en charge (personnel insuffisant, locaux non adaptés pour une déambulation, intervention difficile des médecins traitants ), pour pallier à ces troubles.

Les échanges avec les équipes soignantes des unités ont fait ressortir un certains nombre de difficultés justifiant la création d'une UHR.

L'UHR a commencé à fonctionner le 1<sup>er</sup> Octobre 2011, avec une capacité de 12 lits.

Notre résidence n'est pas conventionnée à l'aide sociale ;et n'est pas adossée à un Centre Hospitalier ,et pas de présence d'infirmière la nuit.

### **III-UNITE D'HEGERGEMENT RENFORCEE (UHR)**

#### **1/Définition**

C'est une Unité renforcée en personnel pour assurer une meilleure qualité de prise en charge des troubles du comportement sévères ,dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées.

L'UHR assure une prise en charge des résidants avec des troubles du comportement sévères PRODUCTIFS selon les critères d'évaluation par NPI-ES (Inventaire Neuropsychiatrique version Equipe Soignante). Elle n'est pas :

- un service d'urgence ;
- une hospitalisation ;
- un service de psychiatrie ;

Elle reste dans le cadre d'un Hébergement. C'est un accueil séquentiel avec une capacité de 12 lits.

#### **2/Opportunité du projet**

Les équipes sont confrontées à différentes situations nécessitant une prise en charge adaptée :

- -Gestion d'un trouble du comportement inhabituel et prononcé
- Gestion d'une toilette difficile
- Sollicitation incessante des soignants par les résidants
- Gestion de la déambulation avec les intrusions dans toutes les chambres ;
- Gestion des familles (très demandeuses)

Les moyens pour faire face à ces situations sont insuffisants , d'où la réflexion sur la création d'une UHR qui rentre dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012.

### 3/Critères d'admission en UHR

Suivant le plan Alzheimer 2008-2012, les critères d'admission en UHR sont :

- Résidants avec un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou apparentées (MMSE<sup>1</sup> au minimum)
- Mobilité de la personne (se déplaçant seule y compris en fauteuil roulant)
- Résidants avec des troubles du comportement sévères selon les critères NPI-ES
- Absence de syndrome confusionnel

Le NPI-ES complète le dossier médical ,et est réalisé en équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, psychologue, Aide-soignante, AMP, ASH) qui évalue la fréquence ,la gravité et le retentissement des troubles PRODUCTIFS.

Les troubles productifs sont

- idées délirantes
- hallucinations
- agitation/agressivité
- exaltation de l'humeur /euphorie
- désinhibition
- irritabilité/instabilité de l'humeur
- comportement moteur aberrant.

Pour que le résidant puisse être admissible , il faut que :

- Fréquence (F) x Gravité (G) >7 et,
- Retentissement (R) >3

Ces troubles du comportement sévères doivent avoir un retentissement sur la durée ,et sont à différencier avec les troubles en phase aigüe.

---

<sup>1</sup> MMSE :Mini Mental States Evaluation

## **4/Démarche d'admission en UHR**

### **Qui peut adresser en UHR**

- Du domicile par le médecin traitant
- Le Centre Hospitalier ,par le médecin du service demandeur
- Les médecins libéraux :généralistes, neurologues, psychiatres
- Les autres EHPAD

### **Dossier à constituer**

- Résultat d'évaluation par NPI-ES répondant aux critères d'admission
- Compléter le dossier médical avec les coordonnées du référent familial
- Compléter le dossier administratif
- Si autre EHPAD, convention à signer entre les 2 établissements.

## **5/Personnel de l'UHR**

- 0,20 ETP gérontopsychiatre
- 0,50 ETP ergothérapeute
- 8 ETP Assistants de Soins en Gérontologie (2 équipes de 3 ASG dans la semaine, et 2 ASG pour la nuit)
- Les médecin coordonnateur ,infirmier coordonnateur, infirmières, psychologue qui sont des personnels de l'établissement mais intervenant dans l'UHR.

## **6/Fonctionnement de l'équipe en UHR**

La visite de pré-admission avec la famille consiste à les informer sur les critères d'entrée et de sortie de l'UHR, sur la prise en charge du résidant et visite de l'unité. Cette visite est réalisée par le médecin coordonnateur et/ou l' infirmier coordonnateur.

Les informations administratives sont données à la famille par la direction.

Le recueil des habitudes et histoire de vie du résidant avec sa famille se fait avec la psychologue.

Le dossier médical du résidant avec ses habitudes de vie sont présentés à l'équipe soignante avant le jour de l'admission.

Le jour de l'admission : présentation du résidant aux personnels soignants et aux autres résidants de l'UHR.

Une évaluation gériatrique standardisée par le médecin Coordonnateur ou le gériopsychiatre est faite le jour de l'admission du résidant.

Un recueil des besoins du résidant est réalisé par l'équipe soignante. La prise en charge est à adapter en fonction des rythmes et des besoins du résidant.

Une réunion de synthèse mensuelle est réalisée en équipe pluridisciplinaire pour élaborer un projet de soins et un projet de vie individualisé .Une réévaluation thérapeutique est faite si besoin (gériopsychiatre en lien avec le médecin traitant), et réévaluer le NPI-ES si nécessaire.

Un entretien de l' équipe pluridisciplinaire avec la famille à la fin du premier mois d' admission, permet d'échanger sur la prise en charge globale du résidant.

## **7/Création d'une commission d'admission en UHR**

Une commission UHR a été créée avec nos partenaires pour avoir une collaboration sur les mouvements des résidants dans l'UHR et également des échanges sur la prise en charge des résidants si nécessaire.

Cette commission a pour rôle de :

- étudier les dossiers d'admissions avec notre établissement
- informer sur les décisions de sortie des résidants en UHR
- faire des échanges sur les problèmes rencontrés lors de la prise en charge des résidants avec des troubles du comportement dans les autres établissements (hôpital de jour, orientation, hospitalisation).

La commission est composée de :

- un représentant des EHPAD privés
- Le Directeur des soins du centre Hospitalier
- Le président du réseau pôle-mémoire
- Le gériopsychiatre du Centre Hospitalier Spécialisé
- Le médecin responsable de l'hôpital de jour

- Les représentants de notre structure : Directeur, Médecin coordonnateur, gériopsychiatre, infirmier coordinateur, psychologue.

## **8/Critères de sortie de l'UHR**

La sortie de l'UHR est motivée par :

- Dégradation de la mobilité du résident, qui est confiné au lit/fauteuil
- Amélioration des troubles du comportement confirmée par l'évaluation NPI-ES, pendant un mois.

## **9/Aménagement spécifique de l'UHR**

Notre UHR résulte de la transformation du premier étage de notre Unité Protégée

A l'ouverture au mois d'octobre 2011, aucun travaux n'a été réalisé. Les aménagements spécifiques prévus sont :

- Création d'une salle de relaxation (transformation d'une salle de bain)
- Création d'une cuisine sécurisée(rénovation de la cuisine actuelle)
- Agrandissement de la pièce de vie (transformation d'un balcon avec une ouverture à l'extérieur ,par une baie vitrée sécurisée).
- Amélioration de la zone de déambulation (création d'un parcours lumineux au plafond et aménagement du bureau des soignants, par la mise en place d'un cloison)

## **10/Les objectifs de l'UHR**

L'environnement de l'UHR a été aménagé pour que les résidents puissent déambuler sans se mettre en danger, dans un cadre agréable et avec un minimum de contraintes.

Le personnel n'essaie pas de rééduquer les résidents, mais de respecter le rythme de vie et les envies de chacun, pour qu'ils puissent exprimer ce qu'ils sont encore en capacité de le faire.

Les principaux objectifs sont :

- Améliorer les troubles du comportements par une prise en charge et un lieu de vie adaptés
- Diminuer la prise en charge médicamenteuse.

## IV -BILAN D'ACTIVITES DE L'UHR

### 1/Profil des résidents

AGE MOYEN	SEXE	
82 ans	HOMME	FEMME
	27%	73%

### 2/Pathologies associées

Les principales pathologies sont :

- Hypertension artérielle
- Syndrome anxio-dépressif

### 3/Activités thérapeutiques

#### Prise en charge non médicamenteuse :

Différentes activités sont proposées au sein de l'unité :

- Atelier manuel
- Jeux de société
- Musique et champ
- Cinéma (avec les résidents de l'EHPAD)
- Atelier cuisine
- Atelier de stimulation cognitive (psychologue ,équipe soignante)
- Spectacle avec un artiste extérieur pour les anniversaires ,une fois par mois, avec les résidents de l'EHPAD

Le RELATIONNEL est beaucoup pratiqué par les équipes surtout par les soignants de nuit.

La promenade en dehors de l'établissement est aussi apprécié par les résidents.

Agility : chiens à visée thérapeutique accompagnés par leur maitre.

Pour toutes ces activités, certains résidents au sein de l'unité sont présents dans la salle de vie, mais en tant que « spectateurs »

#### **Prise en charge médicamenteuse :**

A l'admission dans l'UHR, chaque résident reçoit une dose de psychotropes, pour corriger ses troubles. La posologie peut être réduite ou supprimée si l'état psychique demeure stable.

Une réévaluation thérapeutique se fait régulièrement en fonction de la réponse aux traitements.

Un traitement à donner « *EN SI BESOIN* » est instauré sous forme de goutte (forme la plus adaptée pour être administrée selon notre expérience), pendant la phase d'adaptation . Ceci est un dernier recours après une tentative de prise en charge non médicamenteuse (explication donnée à l'équipe soignante pour le bon usage).

Devant toute modification thérapeutique, la famille et le médecin traitant sont tenus informés.

Après une année de prise en charge, 73% des résidents restent avec un traitement psychotropes mais à petites doses.

#### **Autres prise en charge :**

La contention est prescrite en cas déambulation incessante qui fatigue le résident avec risque de chute sur une marche précaire. Dans notre UHR nous avons un résident avec une prescription de contention au fauteuil « *en si besoin* » qui est réévaluée régulièrement.

## **V - RESULTATS**

### **1/Recueil avec les équipes soignantes (jour et nuit) de l'UHR**

- La prise en charge globale est assez satisfaisante.
- La création de support pour les activités est insuffisante.
- Une demande de formation sur les moyens thérapeutiques non médicamenteux.
- La difficulté de travailler dans un lieu de vie non aménagé (espace de déambulation insuffisant, cuisine non sécurisée).
- L' accès au jardin n'est pas pratique : l'UHR se trouve au 1<sup>er</sup> étage.

### **2/Mouvements des résidents**

Nous avons commencé à l'ouverture de notre UHR par 7 résidents qui ont été évalué dans notre structure.

Pendant une année, nous avons eu 19 résidents au total dont :

- 10 admissions en provenance de l'extérieur (5 domiciles, 1 Moyen séjour du centre Hospitalier, et 3 venant des autres EHPAD et 1 du Centre Hospitalier Spécialisé ), et
- 9 résidents venant de notre structure même.

Pour les sorties, nous avons eu 8 dont 6 transférés en EHPAD pour perte de mobilité et 2 en Unité Protégée pour amélioration des troubles du comportement.

A ce jour, les résidents qui sont sortis de l'UHR , restent dans notre structure par choix de leurs familles.

### **3/Durée moyenne de séjour (DMS)**

Notre DMS est de 6mois environ avec un minimum de 1 mois et un maximum de 12 mois.

Pour les 2 transferts en Unité Protégée, le séjour était de 3 mois et de 6mois.

Pour les 6 transferts en EHPAD, les séjours sont variables de 1 à 9 mois

#### **4/Temps d'adaptation**

Le temps d'adaptation de chaque résidant est variable.

Une réévaluation thérapeutique régulière est effectuée lors de cette période.

Un traitement « *EN SI BESOIN* » est mise en place pour rassurer les équipes.

Les troubles du comportement à type d'agitation anxieuse avec troubles moteurs aberrants nécessitent un temps d'adaptation plus long par rapport aux autres troubles, car ces résidants sont très sensibles aux psychotropes. Leur prise en charge nécessite une présence rassurante et ils sont très demandeurs.

Nous avons préféré l'usage des neuroleptiques à petites doses aux Benzodiazépines, pour des raisons pharmacodynamiques en l'occurrence (les benzodiazépines s'avèrent plus nocifs pour l'appareil cognitif).

#### **5/Démarche de sortie de l'UHR**

La NPI-ES est réévaluée en équipe pluridisciplinaire tous les 3 mois, mais pourra être anticipée si besoin.

La famille est toujours inquiète pour toute réorientation malgré les informations données pendant la visite de pré-admission et la signature du contrat de séjour expliquant les modalités de transfert .Une convivialité s'installe autour du résidant, de sa famille et de l'équipe soignante, ce qui explique la difficulté de toute réorientation.

Dans la convention, l'établissement d'origine du résidant s'engage à le reprendre en priorité.

Notre Résidence s'engage également à garder le résidant dans notre structure en attendant le retour dans son EHPAD.

## VI-DISCUSSION

### 1/Points faibles

- Etant donné que l'établissement n'est pas conventionnée à l'aide sociale, ceci constitue un handicap financier pour les familles. Le cas se présente souvent pour les résidents en provenance des EHPAD publics.
- De plus, les autres EHPAD privés hésitent à nous transférer des résidents pour des raisons financières (perte de résident). La convention entre nos 2 EHPAD stipulent que le résident ne doit pas payer de préavis.
- La prise en charge médicamenteuse est toujours d'actualité, même à petite dose, pendant la phase d'adaptation du résident.
- Les travaux d'aménagement spécifiques de l'UHR doivent être effectués avant l'ouverture de l'unité pour travailler dans une meilleure qualité de prise en charge. Nos travaux ont commencé depuis septembre 2012 pour une durée prévue de 3 mois.
- Formation insuffisante de l'équipe soignante sur les techniques de thérapie non médicamenteuse.
- Préoccupation des familles lors de la décision d'une réorientation.

### 2/Points forts

- Coopération satisfaisante avec une équipe médicale (gérontopsychiatre et médecin coordonnateur de notre structure), disponible et facilement joignable même en dehors des temps de présence et le weekend.
- Présence de 2 psychologues (2 mi-temps) qui interviennent en cas de besoin et font la réévaluation de la NPI-ES si nécessaire.
- L'équipe soignante travaillant en UHR est formée ou en cours de formation pour Assistant de Soins en Gérontologie (ASG), pour assurer une meilleure prise en charge des troubles du comportement.
- L'UHR est un « lieu d'expression de la pathologie », donc notre gérontopsychiatre a formé les équipes sur le respect de cette notion : « *On n'impose pas aux résidents un monde où tout est interdit car on augmente son agitation suite à sa frustration* ».

- L'équipe soignante a su créer un environnement favorable pour s'adapter aux rythmes et habitudes de vie des résidents (heure de réveil, de coucher, toilette, repas ), avec un accompagnement individualisé.
- Les compte rendus des réunions pluridisciplinaire sont à la disposition de l'équipe soignante et des intervenants libéraux.
- Un entretien avec la famille ,un mois après l'admission du résidant nous permet de réajuster les habitudes de vie et d'échanger sur les ressentis de la famille dans la prise en charge de leur proche.

### 3/Réflexions

Suite à l'évolution du nombre des résidents

Avec les membres de la commission d'admission en UHR, nous avons constaté une augmentation des résidents ayant des troubles du comportement sévères difficilement gérables à domicile et en EHPAD. Par conséquent, deux réflexions s'imposent :

- Prévoir une collaboration avec l'UCC (Unité Cognitivo-Comportemental) qui ouvrira ses portes en début de l'année 2013.
- Prévoir une collaboration avec les urgences psychiatriques du Centre Hospitalier , pour assurer une prise en charge de la phase aiguë et revoir l'orientation rapide en UHR par la suite (ceci s'inscrit dans le cadre d'une place disponible dans notre UHR et que le résident n'a pas de problème financier).

L'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général ont été informés de ce projet, et aussi de la difficulté de notre établissement qui n'est pas conventionné à l'aide sociale.

L'UHR reste une alternative mais il faut toujours rechercher l'accord de la famille (souci financier).

## VII-CONCLUSION

La création de cette UHR a été une réflexion en profondeur d'une équipe pour apporter une réponse adaptée à la prise en charge de ces résidents avec des troubles du comportement sévères. Elle est de fait une véritable alternative à une éventuelle hospitalisation hâtive.

Le résident reste le noyau ,avec une intervention adaptée à son rythme et ses habitudes de vie.

La collaboration étroite entre l'équipe soignante et les médecins est rassurante pour l'ensemble.

L'accompagnement des équipes (écoute, échanges, formation) contribue à assurer une meilleure prise en charge.

Le médecin traitant constitue un élément dans la continuité des soins.

La famille reste une partie intégrante pour la prise en charge des résidents (recueil de données et projet de vie individualisé) tout au long de son séjour ainsi que lors de sa sortie.

La thérapie médicamenteuse est à réévaluer régulièrement, et les différentes approches non médicamenteuses sont privilégiées pour diversifier et améliorer la qualité de prise en charge.

Pour le résident, l'UHR reste une étape intermédiaire, pour éviter une hospitalisation inappropriée.

Par rapport aux objectifs fixés pour notre UHR, la prise en charge médicamenteuse a diminué mais reste encore à petites doses. Toute diminution de la dose thérapeutique doit s'associer à un nouveau projet de soin individualisé.

Aucune hospitalisation n'a été effectuée dans le cadre d'un trouble de comportement sévères dans notre établissement, depuis l'ouverture de l'UHR. Toutefois, le renforcement de capacité de l'équipe soignante est sollicitée pour améliorer la qualité de prise en charge des résidents.

Un comportement adapté face aux troubles du comportement des résidents ,aide à mieux les prendre en charge. L'essentiel c'est le respect de la liberté d'expression.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1-Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ;

2-Circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 06 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du « Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » et ses annexes ;

3-Instruction interministérielle n° DGAS/2C/DHOS/2010/06 du 07 janvier 2010 relative à l'application du volet médico-social du « Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » ;

4-Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées-Haute Autorité de santé-Mars 2008 ;

5-Recommandations des bonnes pratiques professionnelles :l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social-Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux-février 2009 ;

6-Recommandations de Bonne pratiques professionnelles :Maladie d'Alzheimer et apparentées :prise en charge des troubles du comportement perturbateurs-haute autorité de santé –mai 2009.

7-Sisco.F, Taurel M.,Lafont.V.,Bertogliati.C.,Giordana.J.Y.,Braccini.T.,Robert.P.H .Troubles du comportement chez les sujets déments en institution :évaluation à partir de l'Inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes ,L'Année gériatrique ,14 ;151-171,2000

8-« PASA UHR mode d'emploi « par Docteur Jean –Marie Vétél et le Docteur Philippe ROBERT :Phase 5-Editions Médicales

8-La Bonne attitude en fonction du moment (p.16-17-18), »journal du médecin coordonnateur n°48 juillet-Aout-Septembre.

9-Usage des neuroleptiques, recommandations Haute Autorité de santé en mai 2009

10-site internet :[www.cmrr-nice.fr](http://www.cmrr-nice.fr)

## **ANNEXES**

# UNE JOURNÉE EN UHR

## Entre 7h et 12h :

- Soins de nursing (aide et accompagnement à la toilette, à l'habillage, aux soins d'apparence)
- Préparation et distribution des petits déjeuners en fonction des habitudes de vie des résidents et du comportement. Aide à la prise du petit déjeuner pour certains résidents.
- Vaisselle du petit déjeuner
- Installation en salle de vie ou déambulation
- Réfection des lits et rangement des salles de bain

## Vers 10h :

- Distribution d'une collation et crème enrichie pour les régimes hyperprotéinés
- Aide à la prise des collations pour certains résidents
- Télévision, musique, revues, journaux sont à disposition
- Lecture du journal

## Vers 11h30 :

- Dressage de la table
- Distribution des médicaments
- Montée du chariot de repas de la cuisine par une ASG

## 12h à 13h15 :

- Prise des températures des plats
- Distribution du repas, aide à la prise des repas pour certains résidents
- Vaisselle des couverts et plats du repas
- Désinfection du chariot
- Rangement de la salle

## 13h15 à 14h :

- Descente du chariot de repas à la cuisine
- Accompagnement aux toilettes et changement des protections si besoin
- Installation à la sieste pour les résidents qui le souhaitent
- Réapprovisionnement (une fois par semaine) des protection et produits d'entretien

## 14h à 15h30 :

- Animations diverses (atelier mémoire, chants, arts plastiques, tricot, soins d'apparence type manucure, lecture, jeux de société, jeux d'adresse et sorties extérieures...)

## 15h30 à 16h :

- Levée de sieste
- Accompagnement aux toilettes

### **16h :**

- Distribution du goûter et hydratation. Aide à la prise du goûter pour certains résidents
- Vaisselle du goûter

### **16h30 à 17h :**

Animations diverses (atelier mémoire, chants, arts plastiques, tricot, soins d'apparence type manucure, lecture, jeux de société, jeux d'adresse et sorties extérieures...)

**17h à 17h30 :** Accompagnement aux toilettes si besoin

### **17h30 à 18h :**

- Dressage de la table
- Distribution des médicaments
- Montée du chariot de repas de la cuisine par une ASG

### **18h à 19h :**

- Prise des températures des plats
- Distribution du repas, aide à la prise des repas pour certains résidents
- Vaisselle des couverts et plats du repas
- Désinfection du chariot
- Rangement de la salle

**19h à 21h :** Préparation des résidents pour le coucher

### **Entre 19h à 21h :**

- Coucher des résidents qui le souhaitent, en fonction des habitudes de vie
- Installation en salle de vie et déambulation
- Télévision, musique, revues, journaux sont à disposition
- Distribution d'une infusion ou d'un chocolat chaud pour résidents qui le souhaitent
- Préparation de la commande –cuisine pour le lendemain
- Sacs de linge descendus à la lingerie
- Descente du chariot de repas à la cuisine