***Modèle de concept* relatif aux « exigences minimales du concept de soins et d’assistance pour personnes souffrant de démence sénile dans un groupe d’habitation protégé (forme d’habitation séparative) »**

**Situation initiale**

Le présent modèle de concept de soins et d’assistance pour personnes souffrant de   
démence sénile (forme d’habitation séparative) a été élaboré par CURAVIVA Thurgovie et est mis à disposition de toutes les institutions intéressées par CURAVIVA Suisse.

**Remarques relatives à l’utilisation de ce modèle de concept**

* Le concept de soins et d’assistance pour personnes souffrant de démence sénile est à considérer comme faisant partie du concept supérieur de soins et d’assistance et peut être appliqué dans les institutions avec un groupe d’habitation   
  protégé. Il comprend des principes de base contraignants pour tous les collaborateurs/trices et est conçu pour une mise en œuvre concrète dans le quotidien des soins et de l’assistance.
* Les réflexions théoriques fondamentales sont décrits dans le concept supérieur de soins et d’assistance. Lorsque cela est utile et judicieux, on renverra à ce concept.
* D’éventuels guides, fiches techniques ou instructions sont décrites dans les annexes. Ce concept doit être adapté aux structures, aux possibilités et aux objectifs de l’institution.
* Les critères cités et décrits par les institutions doivent être mesurables et vérifia­bles, et de ce fait contraignants. Cela vaut également pour les éventuels guides, fiches techniques ou instructions annexés.
* Des connaissances fondamentales sur le thème de la démence sénile sont nécessaires. Un traitement centré sur la personne et validant des personnes souffrant de démence sénile (ci-après PDS) est mis en œuvre au quotidien.

*En cas d’utilisation de ce modèle de concept, tous les passages en italique et surlignés en jaune (faits/remarques) doivent être adaptés par l’institution en fonction de sa situation spécifique.*

|  |
| --- |
| **Auteurs de ce modèle**  ERFA-Gruppe Curaviva TG, direction du domaine soins et assistance  Gabriele Dalucas, communauté d’habitation Bühl GmbH  Marie Kathrin Saladin, EMS d’Amriswil  Regula Steinemann, Bürgerhof – Wohnen im Alter  Renate Merk, EMS régional Tannzapfenland  **Accompagnement ponctuel**  Franziska Zeller-Forster, experte en soins infirmiers HÖFA II/conseils en soins infirmiers  Irene Leu, monitrice DCM, conseillère en démence sénile, directrice de Wirrgarten Basel  Julia Käppeler, infirmière diplômée, Diplompflegewirtin, directrice de CURAVIVA Thurgovie  **Révision**  Irene Leu, monitrice DCM, conseillère en démence sénile, directrice de Wirrgarten Basel  **Collaboration ponctuelle pour la révision**  Eva Oberwiler, responsable du domaine des soins, Sattelbogen, Bischofszell  Mathias Trempa, chef d’équipe Städeli, Sattelbogen, Bischofszell |

CURAVIVA Suisse, décembre 2018

**Table des matières**

[1. Situation initiale 3](#_Toc529435786)

[2. Objet et but du groupe d’habitation protégé 3](#_Toc529435787)

[3. Critères d’admission et maintien dans le groupe d’habitation protégé 3](#_Toc529435788)

[3.1 Critères d’admission 3](#_Toc529435789)

[3.2 Transfert ou maintien jusqu’à la mort ? 4](#_Toc529435790)

[4. Exigences au niveau du personnel 4](#_Toc529435791)

[4.1 Formation continue et perfectionnement 4](#_Toc529435792)

[5. Aménagement de l’espace 5](#_Toc529435793)

[5.1 Aménagement des espaces intérieurs 5](#_Toc529435794)

[5.2 Aménagement des espaces extérieurs 5](#_Toc529435795)

[6. Travail avec les proches 5](#_Toc529435796)

[7. Bénévolat 6](#_Toc529435797)

[8. Système d’organisation des soins 7](#_Toc529435798)

[9. Travail biographique 7](#_Toc529435799)

[10. Alimentation 7](#_Toc529435800)

[11. Organisation de la journée/activation/exercice physique 8](#_Toc529435801)

[12. Comportement agressif 9](#_Toc529435802)

[13. Médicaments 9](#_Toc529435803)

[14. Autodétermination contre protection et sécurité 10](#_Toc529435804)

[15. Service de consultation psychiatrique 10](#_Toc529435805)

[16. Soins palliatifs pour personnes souffrant de démence sénile 10](#_Toc529435806)

[17. Mise en œuvre et évaluation du concept 10](#_Toc529435807)

[18. Sources 11](#_Toc529435808)

# 1. Situation initiale

*On estime qu’environ 3300 personnes souffrant de la maladie d’Alzheimer ou d’une autre forme de démence sénile vivent dans le canton de Thurgovie. Chaque année, 800 personnes déclarent une telle maladie dans le canton. (Source : Association Alzheimer Suisse, 2014)*

Dans les stades avancés de la maladie, la moitié environ des personnes souffrant de démence sénile vivent dans un EMS ou une autre institution stationnaire. Une partie de ces personnes vivent dans notre institution *nom de l’institution*.

En automne 2013, le Conseil fédéral a approuvé la Stratégie nationale en matière de démence sénile 2014-2017. La Stratégie nationale en matière de démence sénile 2014-2017 est un projet ambitieux. La fourniture de soins aux personnes souffrant de démence sénile requiert en premier lieu des connaissances et une formation. Les soignants doivent disposer de connaissances spécifiques sur la démence sénile pour pouvoir répondre de manière adéquate aux besoins des PDS. Cela vaut pout toutes les offres et à tous les niveaux, que ce soit pour l’assistance à domicile par des proches, pour les soins de longue durée (aide et soins à domicile, homes) ou dans un hôpital de soins aigus.

Ce concept définit les critères selon lesquels *nom de l’institution* travaille avec des PDS et est contraignant pour tous les collaborateurs/trices.

Ce concept sert d’information et de guide pour les proches.

# 2. Objet et but du groupe d’habitation protégé

Création d’un environnement apportant aux personnes souffrant de démence sénile avancée un sentiment de proximité, de tranquillité, de sécurité et de protection. Les soins et l’assistance ainsi que l’organisation de la journée se basent sur les besoins des résidentes et des résidents. L’individualité des PDS est prise en compte et leur intégrité est protégée à travers l’attention et la compréhension, associées à une grande compétence professionnelle.

# 3. Critères d’admission et maintien dans le groupe d’habitation protégé

# 3.1 Critères d’admission

* Une démence sénile de gravité moyenne à élevée, confirmée par un médecin.
* L’accord des proches ou du représentant légal  
  *soit après visite de l’institution et une demande d’admission préalable dans celle-ci, soit après un premier entretien de soins entre un délégué nommé par l’institution (p. ex. chef d’équipe) et les proches[[1]](#footnote-1) et/ou son représentant légal, sur le site où se trouve la PDS.*
* *Les éventuels critères de limitation ou d’exclusion, p. ex. diagnostics psychiatriques ou diagnostics supplémentaires, problèmes de dépendance aigus, doivent être décrits ici.*

# 3.2 Transfert ou maintien jusqu’à la mort ?

*Les avis divergent, parmi les professionnels, quant à l’opportunité de maintenir les PDS jusqu’à leur mort dans un groupe d’habitation protégé ou de les transférer dans un service conventionnel. Il n’y a pas d’avis plus juste qu’un autre. L’important est d’opter pour l’une ou l’autre variante et de décrire les critères correspondants.*

*Exemple : le transfert dans le service de soins ou dans une autre institution requiert un état des lieux préalable avec le personnel soignant et les proches ; pour les critères médicaux, on fera appel à un ou une médecin, et on définira qui prend la responsabilité de la décision.*

*Les critères pour un transfert doivent être décrits, p. ex. nécessité de soins du corps, mobilité insuffisante ou impossibilité, pour les PDS, de profiter des offres du groupe d’habitation protégé qui leur sont spécifiquement destinées.*

# 4. Exigences au niveau du personnel

L’assistance professionnelle de PDS pose des exigences élevées aux compétences professionnelles et à la maturité personnelle des collaborateurs/trices de tous les domaines entrant en contact avec des PDS. Les exigences de base en matière de compétences professionnelles, sociales et personnelles sont formulées dans les descriptifs de postes correspondants et sont évaluées de manière ciblée sur la base des entretiens d’évaluation annuels. Lors du recrutement de collaborateurs pour l’équipe de soins et d’assistance, une attention particulière est accordée à l’adéquation, à l’inclination et à l’intérêt de ceux-ci pour ce travail spécialisé.

*Ici, on décrira, p. ex., comment on souhaite tenir compte de ces aspects : durée de familiarisation, entretiens d’évaluation périodiques à mi-temps de la période d’essai avec une convention d’objectifs, prolongation ou fixation de la période d’essai à trois mois en cas d’incertitude quant à l’adéquation, etc.*

# 4.1 Formation continue et perfectionnement

On veillera à ce que les collaborateurs/trices du groupe d’habitation protégé suivent des formations continues et des perfectionnements. L’offre de formation continue et de perfectionnement est basée sur les besoins spécifiques des PDS.

Elle comprend les thèmes suivants pour le personnel de soins et d’assistance :

* tableaux cliniques de la démence sénile, évolution et effets sur les personnes touchées, les proches et le personnel soignant ;
* offres destinées à acquérir une attitude de base validante marquée par l’estime et tenant compte des besoins psychiques des PDS en matière de sécurité/bien-être/réconfort, prise en compte, activité, identité et liens ;
* communication et rencontres avec les PDS et gestion des comportements agressifs ;
* discussions de cas et intervisions ;
* gestion des agressions ;
* cours de base et de développement en stimulation basale et cours de base et de développement en kinesthésie (*si ceux-ci ne sont pas déjà recommandés/exigés dans le concept de soins et d’assistance) ;*
* *autres offres de formation continue et de perfectionnement : p. ex. instruments de la* Serial Trail Intervention *et sept étapes de prise de décision éthique, activation de dix minutes, CDM, structure de jour, gestion de la douleur, alimentation, travail avec les proches.*

*Ici, on formulera les intervalles de temps ainsi que l’engagement et les exigences des collaborateurs/trices en matière de formation continue et de perfectionnement. Le cas échéant, renvoi au concept de formation continue et de perfectionnement.*

# 5. Aménagement de l’espace

# 5.1 Aménagement des espaces intérieurs

En raison de leurs déficiences cognitives, les PDS ont besoin d’un environnement clairement organisé et accueillant, avec une lumière naturelle suffisante ou des sources suffisantes de lumière artificielle. Ici, on décrira la situation dans l’institution.

A travers nos dispositions constructives, nous veillons

* à une sécurité et protection maximales ;
* à favoriser des activités quotidiennes ;
* à permettre une ambiance privée et des interactions sociales ;
* à une utilisation qualitativement et quantitativement ciblée de stimuli et d’impulsions.

# 5.2 Aménagement des espaces extérieurs

Notre jardin combinant diverses plantes, des endroits ombragés ou lumineux ainsi que des espaces ouverts et protégés stimulent les PDS, invitent à des promenades et favorisent la perception sensorielle. *Malgré cela, un aménagement extérieur aussi parfait soit-il ne permet pas de se passer de personnel. Les PDS ont besoin d’assistance, y compris dans le jardin.*

*Nom de l’institution* se base sur les principes suivants :

* Le jardin est sécurisé, pour la protection des PDS.
* Les chemins reviennent toujours au point de départ (trajets sans fin).
* Les chemins offrent suffisamment de place pour marcher côte à côte ou se croiser.
* La végétation est constituée de plantes indigènes sans risque de blessure ou d’empoisonnement.
* Des sièges invitent à se détendre.

# 6. Travail avec les proches

Les proches font face à des exigences et à des craintes particulières du fait qu’ils doivent souvent prendre des décisions sans pouvoir obtenir l’accord de la PDS. Certains proches ont passé plusieurs années, voire dizaines d’années avec la PDS sans avoir été préparés à cette maladie ; ils n’ont souvent pas eu de soutien professionnel ou personnel dans leur situation difficile. La période de l’accompagnement, avant et après le diagnostic, était généralement marquée par une grande peine et insécurité, et de nombreuses privations.

Parfois, l’assistance à la maison représentait un travail à plein temps, qui disparaît maintenant. Cela devrait être pris en compte dans toute la mesure du possible. L’intégration des proches dans l’assistance, en fonction de leurs besoins et de leurs possibilités, est judicieuse et souhaitable.

*Les proches permettent l’accès à des informations pouvant se révéler précieuses pour les soins et l’assistance. Les critères suivants représentent un minimum en matière d’attention pour les proches. Ces critères peuvent être étendus selon les possibilités de l’institution.*

* Le premier entretien avec les proches a lieu avant l’admission ; un compte-rendu de l’entretien, avec les attentes et les accords réciproques, est archivé dans la documentation des soins. La personne référente pour les soins de la résidente ou du résident est également la personne référente pour les proches.
* Des états des lieux réguliers avec les proches sont archivés dans la documentation des soins.
* Fondamentalement, les visites des proches sont les bienvenues à tout moment. Afin de ne pas perturber les déroulements et les rituels quotidiens, des accords doivent éventuellement être passés.
* Des fêtes et des rituels auxquels sont invités les proches sont régulièrement organisés.
* Des activités communes sont planifiées et réalisées.
* Des manifestations d’information pour les proches ont lieu régulièrement (*définir « régulièrement »).*
* Sur demande, des informations, adresses et/ou documentations sont remises aux proches s’ils souhaitent approfondir leurs connaissances de la démence sénile.

*Ici, on définira également à quels intervalles ont lieu les entretiens avec les proches, qui effectue ces entretiens et quel est la voie hiérarchique en cas de difficultés insurmontables.*

# 7. Bénévolat

*On précisera ici si des bénévoles sont engagés dans le groupe d’habitation protégé. On précisera également quel/le infirmier/ère est responsable des bénévoles.*

*Renvoyer, le cas échéant, à la rubrique bénévolat d’un concept global / concept d’exploitation.*

Les bénévoles apportent quelque chose d’important, du temps et de l’attention, et représente un complément non négligeable aux soins et à l’assistance.

*Ils doivent être formés en matière de démence sénile. L’accès aux déroulements de communication usuels de l’institution doit être déclaré. Des états des lieux sont réalisés régulièrement. Il est souhaitable que les bénévoles n’aient pas le même accès à la documentation relative aux résidents que les collaboratrices et les collaborateurs, cela afin de protéger la confidentialité des informations relatives aux résidentes et aux résidents.*

Les résidentes et les résidents profitent de contacts normaux avec les bénévoles et obtiennent un soutien dans leurs activités quotidiennes, en complément aux soins et à l’assistance professionnels.

* Une convention écrite est passée avec les bénévoles concernant leur engagement.

– Ils effectuent leurs activités en accord avec l’infirmier/ère responsable et sous sa surveillance.

– Ils sont invités aux manifestations des résidents et des collaborateurs.

– Ils sont invités aux formations continues internes.

– Des états des lieux réguliers sont réalisés.

*Renvoyer, le cas échéant, à la rubrique bénévolat d’un concept global/concept d’exploitation.*

# 8. Système d’organisation des soins

*Renvoyer ici au système d’organisation des soins ou au travail de la personne référente pour les soins dans le concept global de l’institution.*

Principe : avant l’entrée dans le groupe d’habitation protégé, un/e *personne référente pour les soins/interlocuteur/personne de contact* est attribué/e à la PDS. Cette personne référente est responsable du processus de soins. Sauf disposition contraire, elle est également la personne référente pour les proches et l’équipe interdisciplinaire.

# 9. Travail biographique

L’identité est un besoin psychique fondamental de l’être humain. La démence sénile altère progressivement la mémoire des personnes touchées et les prive ainsi de la conscience de ce qu’elles sont et ont été. Du fait que les PDS se souviennent encore de manière fragmentaire de leur histoire, il est important de la conserver pour elles.

*Les principales données biographiques doivent, dans toute la mesure du possible, être recueillies*. Le travail biographique renseigne sur les valeurs de la PDS, sa personnalité, les événements importants qu’elle a vécus, etc.

Le travail biographique peut également apporter une certaine compréhension pour d’éventuels comportements agressifs.

*On veillera à ne pas seulement mettre en lien les besoins, les activités et le vécu de la PDS avec sa biographie, mais d’intégrer également les événements actuels.*

– Nous nous efforçons de saisir du mieux possible l’histoire de la résidente/du résident.

– Nous connaissons les expériences vécues par la PDS et les utilisons comme repères dans les activités quotidiennes.

– Nous nous basons sur les habitudes et les stratégies de la PDS et nous efforçons de créer un environnement favorisant la confiance, les souvenirs et un sentiment de sécurité.

– Nous sommes conscients que l’état de la PDS ne peut pas toujours être attribué à son vécu, et nous examinons par conséquent régulièrement le présent de la PDS.

# 10. Alimentation

Les repas ne se limitent pas à l’absorption de nourriture. Ce sont des repères importants dans le déroulement de la journée. Ils permettent également de vivre des expériences et, dans le meilleure des cas, d’avoir des contacts sociaux.

Il arrive que les PDS ne ressentent pas la faim et la soif, ou au contraire la satiété. Elles peuvent aussi avoir oublié l’utilisation des couverts et de la vaisselle. Des formes d’administration spéciales peuvent représenter des alternatives adéquates.

– Les heures de repas imposées et les standards de l’institution pour les repas s’appliquent également au groupe d’habitation protégé.

– Si cela dépasse les capacités d’une PDS, des adaptations sont mises en œuvre afin d’assurer la plus grande autonomie possible.

– Nous organisons le plan de table en fonction des souhaits des PDS.

– Nous utilisons des aliments pouvant être mangés avec les mains et d’autres formes d’administration en fonction des besoins individuels.

– Nous évitons une surcharge sensorielle pendant les repas.

– En cas de problème d’alimentation, nous recherchons des solutions au sein de l’équipe et, le cas échéant, avec les proches.

– La prise en compte de l’histoire de la PDS nous permet de lui offrir un environnement adapté. Cela peut être une ambiance familiale, mais peut aussi impliquer que la personne mange seule.

– Nous tenons également compte du fait que les PDS particulièrement actives présentent un besoin en calories plus élevé.

Les créneaux horaires suivants sont prévus pour les repas dans le groupe d’habitation protégé *(à décrire s’ils s’écartent du concept de soins et d’assistance) :*

Déjeuner : de XXh°° à XXh°°

Dîner : de XXh°° à XXh°°

Souper : de XXh°° à XXh°°

A l’intérieur de ces créneaux horaires, une certaine marge est prévue pour répondre aux besoins individuels des PDS. Parallèlement, les collaborateurs/trices peuvent également proposer très simplement des en-cas entre les repas principaux.

# 11. Organisation de la journée/activation/exercice physique

*L’organisation de la journée doit prévoir des repères fixes immuables, qui offrent un sentiment de sécurité. Il est important que certains rituels comme chanter aient lieu à une heure précise ou danser un jour précis. Des activités spontanées doivent également être possibles.*

*L’organisation de la journée comprend également la durée du créneau horaire du déjeuner, l’heure du souper, la possibilité ou non de participation des proches, l’organisation et la réalisation d’activités de groupe ou individuelles. Cela requiert une planification hebdomadaire et journalière contraignante pour les différents résidents, mais aussi pour les groupes. Des activités individuelles, conçues spécifiquement en fonction de personnes ou de situations ou résultant de celles-ci complètent ces dispositions.*

*S’il est prévu de ne réaliser que des activités individuelles dans le groupe d’habitation protégé, celles-ci doivent impérativement être planifiées et leur réalisation doit être logique.*

*La célébration de fêtes annuelles doit également être décrite.*

*Etre actif signifie être intégré dans une activité d’une manière personnellement pertinente. Il est par conséquent important d’intégrer dans toute la mesure du possible l’activation dans l’organisation de la journée, d’attribuer des tâches aux résidentes et aux résidents et de les laisser travailler de manière autonome, y compris si le résultat ne correspond pas aux attentes du personnel soignant.*

*On confiera aux résidentes et aux résidents des activités correspondant à leurs facultés physiques, mentales et émotionnelles.*

*L’exercice physique est un thème complexe dans les soins et l’assistance aux PDS, et doit être expressément prévu dans le concept.*

*Souvent, les PDS ont un besoin manifeste d’exercice. On veillera à ce que les espaces prévus pour l’exercice physique puissent être utilisés librement ou avec l’accompagnement du personnel soignant, de bénévoles ou de proches. Parfois, les PDS ne s’activent pas (plus) de leur propre initiative et doivent régulièrement être motivées à le faire. On précisera comment les promenades à l’extérieur sont planifiées, comment l’intervention des bénévoles est planifiée et comment les collaborateurs/trices sont invités à faire quotidiennement de l’exercice avec les PDS.*

*Renvoyer, ici, au concept de soins et d’assistance concernant l’engagement de spécialistes en activation ou décrire comment une spécialiste en activation est intégrée dans l’équipe et pour quelles activités (quotidiennes) individuelles ou de groupe elle est responsable. Si aucune spécialiste en activation n’est engagée, on décrira comment l’équipe de soins met en œuvre les éléments structurant la journée et comment le personnel soignant y est habilité. L’objectif est d’établir un plan d’activation hebdomadaire auquel participent aussi bien le personnel soignant que les responsables de l’activation.*

# 12. Comportement agressif

Les comportements agressifs liés à une démence sénile peuvent fortement altérer les interactions entre les PDS concernées, les autres résidents, les proches et les collaborateurs/trices. Souvent, nous agissons dans le but d’éliminer la perturbation le plus rapidement possible. L’identification et la description du facteur déclenchant seraient en revanche une approche optimale, dans la mesure où elle offre une amorce de solution plus durable. Les causes possibles d’un comportement agressif peuvent être, p. ex., une perturbation de la relation avec d’autres personnes, des douleurs aigues ou chroniques, un changement de son environnement, etc.

*Dans cette situation très difficile pour tous, il est très important de procéder de manière systématique et réfléchie. Un instrument reconnu pour cela est p. ex. la* Serial Trial Intervention..

# 13. Médicaments

La remise de médicaments se fait sur la base de prescriptions et en collaboration avec les médecins. *Concernant les heures de prise des médicaments, l’institution réfléchira à la manière de répartir les prises de médicaments en un minimum de créneaux horaires. Un point important est de séparer la prise des médicaments des heures des repas, afin d’éviter d’associer un refus de nourriture avec un refus de médicaments.* En cas de refus de médicaments, on consultera le médecin, éventuellement un service de consultation psychiatrique.

*La remise de médicaments, y c. les responsabilités correspondantes, est décrite ici.*

*Dans le concept, on relèvera l’attention importante accordée au traitement de la douleur pour les PDS.*

# 14. Autodétermination contre protection et sécurité

Avec l’évolution de la maladie, les PDS perdent leur capacité de réflexion, de jugement et d’abstraction. De ce fait, ils ne sont plus en mesure d’évaluer leur situation et leur environnement de manière réaliste.

Les PDS perdent également, en règle générale, leur faculté d’autodétermination et ont, de ce fait, encore plus besoin du sentiment de sécurité et de protection.

Elles peuvent toutefois rester parfaitement autonomes dans certains domaines (p. ex. manger de la purée de pommes, mettre un chapeau), mais pas dans toutes leurs actions. *Il convient par conséquent de déterminer de cas en cas si nous devons décider pour la personne ou si nous pouvons lui accorder un droit (limité) de décision ou de participation aux décisions.*

*Dans le concept, on décrira comment l’équipe de soins et d’assistance gère les questions éthiques et à qui elle peut faire appel pour de l’aide sur ces questions. Il existe plusieurs approches pour cette problématique. L’une d’elles peut être une petite « équipe éthique » de l’institution.*

* Nous faisons face aux états d’agitation et aux comportements agressifs avec notre attitude spécifiquement conçue pour les PDS, orientée en fonction des besoins et validée, ainsi qu’avec des activités physiques.
* La planification prévisionnelle et l’identification de dangers nous permet de protéger les résidentes et les résidents.
* Concernant le comportement agressif, qui n’est actuellement pas influençable et exige une planification supplémentaire, nous définissons les mesures concrètes.

*Indiquer ici qui traite cette planification dans le cas d’un problème spécifique (voir ci-dessus)*

– Notre groupe d’habitation protégé est fermé vers l’extérieur. De cette manière, nous évitons que nos résidentes et nos résidents s’enfuient et se perdent.

# 15. Service de consultation psychiatrique

*Doit être cité nommément. Il existe différentes possibilités, en fonction des cantons.*

# 16. Soins palliatifs pour personnes souffrant de démence sénile

*Doivent être décrits. On peut également renvoyer à un concept existant comprenant les soins palliatifs pour PDS.*

# 17. Mise en œuvre et évaluation du concept

Mise en œuvre

* Après sa réalisation ou en cas de modifications importantes, le concept de soins et d’assistance est présenté aux collaborateurs/trices de *nom de l’institution* dans le cadre d’une familiarisation.
* Le concept de soins et d’assistance pour PDS fait partie intégrante des documents de familiarisation des nouveaux collaborateurs/trices.
* La prise de connaissance de tous les collaborateurs/trices est documentée.
* Tous les collaborateurs/trices de tous les services de notre institution reçoivent une formation adéquate.

Retours d’information

* Nous utilisons les différentes possibilités pour obtenir activement des retours d’information sur la mise en œuvre de notre concept de soins et d’assistance pour PDS. En font partie : séances de travail, rapports de soins, discussions de cas, formations continues internes, entretiens avec les proches, sondages, évaluations des collaborateurs/trices, etc.

Développement du concept de soins et d’assistance

* Le concept de soins et d’assistance pour PDS est revu tous les quatre ans en le confrontant aux développements, aux nouvelles connaissances scientifiques et à d’autres enseignements de la théorie et de la pratique.
* S’il s’avère que le concept doit être modifié, des propositions correspondantes sont élaborées. Les nouveaux éléments du concept (objectifs, mesures) sont discutés au sein de l’équipe et, le cas échéant, testés, évalués et introduits selon un calendrier défini.
* *Responsable de l’élaboration du concept avec nom/prénom et fonction, date de l’élaboration, évent. approbation/validation par, date de la prochaine révision.*

# 18. Sources

* Association Alzheimer Suisse www.alz.ch
* CURAVIVA Suisse www.curaviva.ch/fachinformationen/politik
* Académie suisse des sciences médicales www.samw.ch
* *Citer les éventuelles autres sources*

1. Par proches, on entend des personnes de l’entourage social proche de la PDS. Il peut s’agir de membres de la famille, de collègues d’une association, de voisins, etc. [↑](#footnote-ref-1)