**Chapitre 1**

**16884\_C01\_Synth\_23tpr21**  **Le projet personnalisé**

**Synthèse rédigée et audio**

**1. La conception du projet**

La démarche de construction du projet personnalisé prend appui sur une co-construction avec la personne, sa famille et les professionnels.

Plusieurs étapes sont indispensables :

* **Le recueil des besoins et des habitudes de vie** se réalise par des contacts avec la personne et/ou son entourage.
* **Ce recueil est alors** **analysé en équipe** pour **formuler des objectifs** réalistes et évaluables.
* **Les actions, les prestations et les activités** à mettre en œuvre **sont déterminées.** Elles sont en adéquation avec les besoins et habitudes de la personne et le projet d’établissement.
* **Le professionnel, référent du projet, rédige et formalise le projet d’établissement** selon les habitudes du service.
* **La mise en œuvre** du projet relève de l’ensemble de l’équipe en lien avec la personne. Une observation régulière des actions permet d’en percevoir leur bien-fondé.
* **L’évaluation** du projet se fait selon les échéances prévues dans le service, elle permet les réajustements nécessaires et son actualisation.

**2. Le choix des actions et des activités**

Les activités, les prestations et les actions retenues sont toujours en lien avec les besoins et les habitudes recueillis. Ce choix prend en compte les capacités de la personne concernée par le projet. Elles contribuent à l’atteinte des objectifs formalisés dans le projet personnalisé.

Il peut s’agir d’activités individuelles ou d’activités collectives.

**3. Les outils de formalisation**

Plusieurs documents professionnels contribuent au projet personnalisé, en fonction des différentes étapes de sa construction.

**Ü Le recueil et l’analyse des besoins et des attentes du patient**

* **Le dossier de demande unique en vue d’une admission temporaire ou permanente en EHPAD** constitue le dossier de pré-accueil du résident. Il comprend une partie administrative remplie par la personne et une partie médicale complétée par un médecin. Il apporte des informations sur la personne : situation familiale et sociale, état de santé à l’entrée.
* **La grille AGGIR** est utilisée pour évaluer le niveau de perte d’autonomie d’une personne.
* **Un guide d’entretien** permet de lister les éléments à recueillir pour le repérage des besoins et des attentes du résident.

Ü **Le processus d’élaboration**

* **Le projet d’accompagnement personnalisé** **(PAP)** est formalisé sur un support le plus souvent informatisé. Il regroupe l’ensemble des informations et des décisions relatives à la personne. Il est mis à disposition de tous les professionnels et partenaires impliqués dans l’accompagnement de la personne et inséré dans le dossier usager informatisé du résident.
* **Un tableau récapitulatif des projets personnalisés,** réalisés ou en cours de réalisation, permet de suivre l’avancée de la rédaction et de la mise en œuvre des différents projets personnalisés dans l’établissement.

Ü **La communication**

**Une synthèse du projet personnalisé** du résident est remise aux équipes de soins impliquées au quotidien dans l’accompagnement des personnes résidentes (informations essentielles et objectifs du projet de la personne).

Ü **L’évaluation et l’actualisation**

**La fiche individuelle de suivi et d’évaluation du projet personnalisé** de la personne est une trace écrite de la progression des objectifs définis pour chaque résident. Elle permet de vérifier l’adéquation des actions entreprises avec les objectifs fixés, d’évaluer les résultats obtenus et, si nécessaire, d’ajuster les actions auprès de la personne en fonction de l’évolution de sa situation.

**4. Les démarches administratives**

Le **projet personnalisé** répond à une des obligations instituées par la **loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale** dont une des orientations est de promouvoir le droit des usagers :

* Le respect de la dignité, l’intégrité, la vie privée, l’intimité et la sécurité de la personne.
* Le libre choix des prestations (domicile ou établissement par exemple).
* **L’accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d’un consentement éclairé.**
* La confidentialité des données.
* L’accès à l’information.
* L’information sur les droits fondamentaux et les voies de recours.
* La participation directe au projet d’accueil et d’accompagnement.

Le projet personnalisé est élaboré dans **les six mois suivant l’admission** de la personne, et un avenant permet de le contractualiser en en précisant les principales caractéristiques, dont les objectifs et les principales prestations.

La loi du 2 janvier 2002 oblige également les établissements sociaux et médicosociaux à procéder à une évaluation régulière de leurs activités et de la qualité des prestations qu’ils délivrent. L’existence et la mise en œuvre d’un projet personnalisé coconstruit pour chaque résident est un des éléments de l’évaluation.

**5. L’approche d’une personne atteinte d’une démence sénile**

Il existe plusieurs formes de démences séniles dont la plus connue est la maladie d’Alzheimer.

Les personnes atteintes de démences séniles présentent certaines caractéristiques qui doivent être reconnues par l'entourage de la personne, afin d’adapter au plus tôt la prise en soin et l’approche de la personne malade.

**L’inventaire neuropsychiatrique** **(NPI)** est un inventaire de 12 symptômes parmi les plus fréquents au cours de la maladie d’Alzheimer et des maladies apparentées. Il recherche la présence de certains troubles et, le cas échéant, évalue leur fréquence, leur sévérité ainsi que le retentissement sur l’aidant ou le professionnel :

* Idées délirantes
* Hallucinations
* Agitation/agressivité
* Dépression/dysphorie
* Anxiété
* Exaltation de l’humeur/euphorie
* Désinhibition
* Irritabilité/instabilité de l’humeur
* Comportement moteur aberrant
* Apathie/indifférence
* Sommeil
* Appétit/troubles de l’appétit

Les professionnels soignants accompagnent et prennent en soin la personne atteinte de démence sénile avec respect et dignité, dans le cadre d’un projet personnalisé construit, dans la mesure du possible, avec la personne et ses proches.

Prendre soin de la personne dans son ensemble, dans la reconnaissance de sa personnalité, est important et permet de maintenir un certain nombre de fonctions et donc de préserver le plus longtemps possible une certaine autonomie.

Ainsi, une prise en soins globale, individualisée et précoce de la personne prend en compte ses habitudes, propose des activités pertinentes au regard des possibilités de la personne, en adoptant un mode de communication adapté.

**6. L’évaluation**

L’évaluation du projet fait partie intégrante de la démarche. L‘évaluation du projet personnalisé a plusieurs intérêts :

- réajuster les objectifs ;

- adapter les modalités d’accompagnement ;

- enrichir sa pratique professionnelle ;

- contribuer à l’amélioration de la qualité ;

- permettre à la personne ou à son entourage d’exprimer de nouveaux besoins, de nouvelles attentes.

Il s’agit d’une **co-évaluation par l’équipe pluriprofessionnelle avec la personne et/ou son entourage.** Cette co-évaluation prend appui sur des entretiens avec la personne, son entourage. L’observation contribue également à cette évaluation. Tous ces éléments font alors l’objet d’une analyse par l’équipe.