

EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

9€

ANDROS®



Pour une
mousse réussie,
utilisez
Fruit'Chef

- ✓ Source de fibres
- ✓ Riche en fruits
- ✓ Personnalisable à volonté
- ✓ Conservation à température ambiante
- ✓ Coût portion maîtrisé



Colis de 6 poches de 1 kg - 6 parfums au choix :



FRAISE



COCO



SAVEUR VANILLE



POIRE



FRAMBOISE



ABRICOT/PÊCHE



met l'accent sur l'utilité
d'adopter la Préparation

des Doses à Administrer robotisée pour
les établissements de santé (EHPAD...)



*L'infirmière scanne chaque sachet distribué.
Les informations sont enregistrées dans le
dossier de soins et transmises au médecin
coordinateur, au pharmacien...*

Le circuit sécurisé du médicament exige une maîtrise des coûts :

- La qualité dans la préparation des traitements (moins d'erreurs médicamenteuses)
- Une grande sécurité et un contrôle total à chaque étape du circuit du médicament
- Une traçabilité rigoureuse qui permet aux professionnels de santé (médecin, pharmacien, I.D.E.) - Une adaptabilité personnalisée du traitement pour chaque patient.

**ROBOTIK TECHNOLOGY, Leader de la P.D.A robotisée,
apporte confort et sérénité au personnel de santé pour
une grande sécurité.**



Mini-FSP



ROBOTIK 88 K7



ROBOTIK 207 K7



ROBOTIK 405 K7



ROBOTIK 500 K7

Les premiers modèles de robot peuvent être proposés à la location afin que la P.D.A. soit accessible à toutes les officines

EDITO

Devoirs de vacances

*L'été sera réglementaire pour les EHPAD !
Ce mois de juillet 2016 est en effet marqué par de nombreux changements qui découlent de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Des « devoirs de vacances » pour les directeurs d'établissement.*

A partir du 1^{er} juillet, la liste de services désormais obligatoires en matière d'hébergement en EHPAD (socle minimal de prestations) entre en vigueur, tout comme les nouvelles règles concernant la résiliation du contrat de séjour en EHPAD.

Le 1^{er} juillet acte également la mise en place du « forfait autonomie » pour les ex-logements-foyers rebaptisés « résidences autonomie ».

L'été sera également studieux pour Pascale Boistard, secrétaire d'Etat aux Personnes Agées et à l'Autonomie avec la poursuite des discussions avec les fédérations du secteur pour finaliser les textes – publication prévue en septembre 2016 – concernant la réforme de la tarification des EHPAD. Passage de la convention tripartite au Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ; Etat des prévisions de recettes et de dépense (EPRD), forfait global de soins...

EHPAD Mag vous éclaire sur « le big bang de la réforme de la tarification » qui vous attend.

2016 sera bel et bien une « année charnière » pour le secteur du médico-social.

Votre magazine EHPAD Mag saura vous informer, vous expliquer et vous accompagner pour envisager tous ces changements à venir sereinement.

Bel été à tous ! ➔

La rédaction

360°

2 En bref

8 L'interview Monsieur Jean-Jacques Amyot

Sociologue de formation, Jean-Jacques Amyot est, depuis 1983, directeur de l'OAREIL (Office aquitain de recherche, d'information et de liaison sur les personnes âgées).

Dossier

13 Gestion, le Big-Bang de la réforme de la tarification

La réforme de la tarification des Ehpads, prévue par l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, va profondément modifier la manière d'opérer des directeurs. Il s'agit d'un changement de paradigme qui fait passer les équipes de directions des établissements d'une logique d'administration à une approche de gestion.



Cœur de métier

20 Pharmacie

La convention officine-EHPAD : c'est dans la boîte

24 Alzheimer

Korian teste le chariot d'activités flash

26 Nutrition

L'alimentation des personnes âgées, une priorité en Ehpads



EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

10 ▶
NUMEROS
PAR AN

Consultable en version papier
Egalement sur le site internet et l'application
smartphone : Actualités + fil de veille + Annuaire Pro
+ Formation + Archives des anciens numéros

Source de solutions
pratiques et
d'informations décisives

Retrouvez-nous sur :



▶ www.ehpad-magazine.fr



COUPON D'ABONNEMENT 2016

À RETOURNER SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT

▶ EHPAD MAGAZINE - SERVICE ABONNEMENTS
9 bis rue du général Leclerc - 91230 Montgeron

Choisissez la formule qui vous correspond :

Papier **90€ TTC**

1 an (10 numéros) France métropolitaine
+ 10 newsletters

130€ TTC

Papier, Web, Application smartphone ~~150€ TTC~~

1 an (10 numéros) France métropolitaine
+ 10 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés

Web, Application smartphone **60€ TTC**

1 AN D'ABONNEMENT
+ 10 newsletters
+ l'accès au site et aux archives réservées aux abonnés

Étudiant et École **108€ TTC**

1 an (10 numéros) France métropolitaine
Papier, Web, Application smartphone
+ 10 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés

Réabonnement

Votre N° Abonnement :

Raison sociale :

Nom et prénom du destinataire :

Poste :

Adresse de la facturation :

Code postal : Ville :

N° SIRET :

N° TVA Intracommunautaire :

Tél. : Fax :

Courriel : Site internet :

Adresse de livraison (Si différente de l'adresse de facturation) :

Votre domaine d'activité :

Etablissement public

Etablissement privé

Précisez :

Date : / /

Signature et cachet :

Résiliation du contrat de séjour en EHPAD : les délais à respecter

Depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015, les conditions de résiliation du contrat de séjour en EHPAD sont encadrées.

Cette résiliation peut intervenir discrétionnairement à l'initiative du résident, ou du gestionnaire de l'EHPAD dans certaines conditions. La durée de préavis doit être prévue au contrat de séjour.

Dans le cas de résiliation par l'usager, la loi prévoit que le délai de préavis ne peut être supérieur au délai prévu par décret. Dans le cas de résiliation à l'initiative de l'EHPAD, le délai ne saurait être inférieur à ce même délai. Le décret du 27 mai 2016 a porté à un mois ce délai de préavis. Le résident en EHPAD ou son représentant légal peut

résilier son contrat de séjour par écrit à tout moment, sous réserve d'un délai de préavis d'une durée maximale d'un mois.

Pour rappel, l'article 27 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement a prévu un délai de rétractation au profit du résident de l'EHPAD. L'usager ou son représentant légal peut exercer, par écrit, son droit de rétractation dans un délai de quinze jours suivant la signature du contrat ou la date de son admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

La rupture du contrat de séjour à l'initiative du gestion-

naire de l'Ehpad - ou de la résidence autonomie ne peut intervenir que dans les cas prévus par la loi (article L. 311-4-1, III, du code de l'action sociale et des familles) à savoir :

- > En cas d'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie ;
- > En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;
- > Dans le cas où la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée. Cette résiliation par l'EHPAD doit par ailleurs respecter un délai de préavis fixé à 1 mois. 9

Ces dispositions du décret s'appliquent aux contrats de séjour conclus à compter du 1^{er} juillet 2016



110 millions d'euros pour le PAI 2016

En 2016, les crédits du plan d'aide à l'investissement (PAI) s'élèvent à 110 millions d'euros, soit une augmentation de 10 millions d'euros par rapport à l'an dernier. Une enveloppe de 72 millions d'euros est destinée au secteur "personnes âgées" avec une mise en réserve de 8 millions d'euros.

Comme l'année passée, les priorités retenues dans le champ de la prise en charge des personnes âgées ciblent :

- les opérations de modernisation d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) habilités à l'aide sociale afin de "contribuer à la résorption des cas d'établissements architecturalement inadaptés" ;

- les seules créations de places en accueil de jour, hébergement temporaire et unités d'hébergement renforcé (UHR) consacrées aux malades d'Alzheimer ;

- les créations de places d'EHPAD par transformation de capacités hospitalières.

Le seuil "plancher" du montant des travaux déterminant l'éligibilité au PAI est fixé, comme pour les années précédentes, à 400 000 €. Il ne s'applique pas pour la réalisation des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) pour malades d'Alzheimer dans les EHPAD, des accueils de jour et des hébergements temporaires, ni pour les études de faisabilité. Pour ces opérations, ce seuil d'éligibilité est fixé - sans changement - à 40 000 €. 9

Le plan canicule 2016 activé

Comme chaque année à l'approche des beaux jours, le plan canicule est activé. Le dispositif est en effet entré en vigueur le 1^{er} juin. Une instruction interministérielle du 27 mai précise les objectifs, les mesures de gestion et de prévention du Plan National Canicule et le rôle des différents acteurs : préfets, agences régionales de santé (ARS), communes, départements, établissements sanitaires et médicosociaux, associations...

Le PNC 2016 est accessible sur le site Internet du ministère chargé de la santé, à l'adresse :

www.sante.gouv.fr (accès par dossiers « canicule et chaleurs extrêmes ») et sur le portail Internet des ARS à l'adresse : www.ars.sante.fr. 9

Instruction N° DGS/VSS2/DGOS/DGCS/DGTI/DGSCGC/2016/171 du 27 mai 2016

Marquage et gestion des vêtements de résidents

- **Organisez** le marquage et le suivi
- **Supprimez** les erreurs de livraison
- **Stoppez** les pertes de linge



Aline ROSE
M.R. Les Bleuets



- Marquage par étiquettes : nominative, code à Barres, RFID
- Presses à thermofixer
- Logiciels de gestion et de traçabilité
- Tri par programmes de lavage (zone sale)
- Tri et regroupement à la personne (zone propre)



Tél. 01 30 22 08 08 - Fax 01 30 22 18 66 info@thermopatch.fr

SÉCURITÉ ET FIABILITÉ DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT



Solutions adaptées de 1 à plus de 3000 lits

- ✓ Bon médicament
- ✓ Bonne dose
- ✓ Bonne voie
- ✓ Bon moment
- ✓ Bon patient



Tel. +33 (0)3.20.58.72.87
contact@damsi.fr



Lutte contre la iatrogénie et amélioration de l'observance

- Traçabilité de la production, livraison, distribution, prises et/ou non-prises
- Amélioration du cahier thérapeutique
- Simplification de l'organisation du médicament
- Gestion de l'abondance de molécules et génériques

Sachets nominatifs avec identification des médicaments, pictogrammes piler/ne pas piler/effets tératogènes, heures et moments de distribution, dates début et fin de traitement, etc.



Solutions sur-mesure

- Chariots adaptés et personnalisables (couleurs, accessoires, tailles, etc.)
- Facilité et confort d'utilisation (ensemble des prescriptions sur 1 seul support)
- Logiciels DAMSI intuitifs (âge des patients, photos des patients et des médicaments, ordonnance, etc)

Application de la loi ASV : Pascale Boistard à l'écoute des départements

Pascale Boistard, secrétaire d'Etat chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, a reçu le 31 mai une délégation de présidents de départements menée par Dominique Bussereau, président de l'Assemblée des départements de France (ADF).

Au cœur de cette rencontre : les conditions de mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

En réponse à la grogne des départements qui s'est fait entendre à maintes reprises depuis le début de l'année, Pascale Boistard a rappelé « que les mesures nouvelles de la loi, préparée en concertation étroite avec l'ADF, sont intégralement financées par l'Etat, notamment grâce à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) qui représente plus de 700 millions d'euros. Tous les versements ont en outre été effectués dès le mois d'avril afin d'assurer une mise en œuvre rapide de ces mesures », souligne un communiqué du ministère.

Une rallonge de 5,5 millions d'euros

Les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, prévues par la loi ASV, ont également été abordées. Elles fédèrent les acteurs dans chaque département pour programmer et coordonner les dépenses en matière de prévention de la perte d'autonomie, afin d'avoir une action plus efficace et une réponse adaptée à la réalité du terrain. Leur déploiement se fait actuellement à l'issue d'une phase de préfiguration débutée dès 2015 dans 24 territoires. Elles ont bénéficié d'un concours financier de 102 millions d'euros versé le 19 avril.

La secrétaire d'Etat a annoncé le déblocage d'une rallonge de 5,58 millions d'euros supplémentaires pour venir en aide aux départements dans le déploiement des conférences départementales des financeurs. 81 départements non préfigurateurs et 24 départements préfigurateurs seront concernés. ➔



Répartition des crédits entre ARS au titre du FIR 2016



Le montant des crédits délégués à chaque agence régionale de santé (ARS) au titre du fonds d'intervention régional (FIR) a été fixé par un arrêté publié au Journal officiel du 3 juin.

L'enveloppe globale s'élève à plus de 3,2 milliards d'euros (Md), en légère hausse par rapport à celle de 2015. La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que les prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes se voient attribuer environ 134 millions d'euros dont près de 12,20 millions affectés aux expérimentations Paerpa. ➔

L'hospitalisation à domicile en EHPAD encore trop méconnue

En mai 2015, les fédérations représentant les établissements d'HAD et/ou les Ehpads signaient une convention de partenariat pour le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) au sein des Ehpads. Depuis, « les travaux communs entre les fédérations ont fait apparaître une méconnaissance de l'HAD auprès des professionnels du secteur », souligne la FNEHAD.

Si les interventions de l'HAD en Ehpads, autorisées depuis 2007 ont bien progressé, elles ne sont toutefois pas encore suffisamment développées. En 2015, 4 % des journées totales d'HAD ont été réalisées en Ehpads, avec une

forte variabilité selon les régions.

Afin d'améliorer l'information des professionnels, une plaquette intitulée « L'hospitalisation à domicile en Ehpads : Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? » est diffusée. Elle a pour objectif « d'expliquer de façon simple et schématique les modalités d'intervention de l'HAD en Ehpads en décrivant les étapes du parcours du résident relevant d'une hospitalisation à domicile. », explique la FNEHAD. Un site internet « TrouverSonHAD.fr » référençant tous les établissements d'HAD a également été conçu. « C'est aujourd'hui le seul site à destination des patients, de leur

entourage et des professionnels de santé qui permet de trouver un établissement d'HAD quel que soit son statut. Outre ce moteur de recherche, ce site comporte également des informations relatives à l'HAD en Ehpads. Il sera alimenté par l'ensemble des fédérations partenaires selon les actualités dans ce secteur et évoluera en fonction des travaux menés dans le cadre de ce partenariat », précise la FNEHAD.

Les fédérations entendent poursuivre leurs initiatives et se réuniront prochainement pour définir les prochaines étapes de ce partenariat. ➔

Un guide des bonnes pratiques dans la gestion des déchets liquides et de médicaments

« L'activité des établissements de santé et médico-sociaux génère divers types de déchets (déchets ménagers, déchets à risque infectieux ou radioactif, déchets issus de médicaments...) relevant ou non d'activités spécifiques liées aux soins. Les établissements se sont intéressés dans un premier temps à la gestion des déchets solides, mais, depuis plusieurs années, la prise en charge des déchets liquides est devenue une préoccupation vis-à-vis de la prévention des risques et du

développement durable », rappelle le ministère des Affaires sociales et de la Santé. Pour accompagner les établissements sur la voie des bonnes pratiques, le ministère publie un guide « Pour une bonne gestion des déchets produits par les établissements de santé et médico-sociaux ».*

Ce guide s'adresse à l'ensemble des professionnels (cadres de direction, professionnels de santé, personnels des services techniques) ayant en charge la gestion des déchets

et le développement durable au sein des établissements de santé et médico-sociaux. Il rappelle succinctement les règles en vigueur et propose des recommandations de bonnes pratiques, tant pour la gestion des déchets issus de médicaments que pour celle des déchets liquides à risques, basées sur le retour d'expériences. ➔

* Le guide est téléchargeable sur le site social-sante.gouv.fr

Succès du portail

« Pour les personnes âgées »

Depuis sa mise en ligne le 4 juin 2015, le portail Internet d'information www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr a été visité par plus d'un million de personnes. En avril, les coordonnées et les caractéristiques de plus de 2 300 résidences autonomie ont été intégrées. L'annuaire totalise ainsi plus de 12 000 structures.

Il est désormais possible de rechercher un établissement de l'annuaire par rayon géographique, c'est-à-dire à 5, 10 ou x km d'une commune.

Le simulateur permet aux internautes d'estimer le reste à charge mensuel pour un hébergement dans un EHPAD. Pour l'instant, l'internaute doit recueillir lui-même les tarifs pratiqués dans les établissements qui l'intéressent avant de faire sa simulation.

Mi-décembre, le portail intégrera les prix des prestations d'hébergement des EHPAD, sur la base d'un socle minimal défini par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Ce socle comprend notamment les prestations d'accueil hôtelier (mise à disposition d'une chambre, d'une salle de bain, entretien et nettoyage...), de restauration, de blanchissage, d'animation et enfin d'administration générale. Les personnes âgées ou les aidants pourront alors directement comparer les prix pratiqués par les EHPAD de leur choix et simuler leur reste à charge. ➔

L'ANESM lance une enquête auprès des unités d'hébergement renforcées

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) travaille à la préparation de recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur « L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et unités d'hébergement renforcées (UHR) ».

Dans cette optique, l'agence a lancé, en collaboration avec l'équipe du Pr Claude Jeandel, gériatre et chef de service du CHU de Montpellier, entre mai et juin, une enquête nationale auprès de toutes les UHR en place sur le territoire.

« Cette enquête a pour finalité de recueillir de la part des UHR actuelles les difficultés qu'elles rencontrent au regard des indications et des modalités de fonctionnement prévues dans le cahier des charges initial (2009), mais aussi de mieux connaître notamment les parcours de prise en soins des résidents accueillis en amont et en aval de l'UHR », précise l'ANESM. Pour rappel, les UHR sont des lieux d'hé-

bergement d'une capacité de 12 à 14 résidents proposant, dans le cadre d'un accueil de jour et de nuit, des soins et des activités adaptées pour des personnes présentant des troubles sévères du comportement. Au 31 décembre 2013, on dénombre 1 135 places installées (soit entre 81 et 94 UHR selon le nombre de places par unité) en Ehpad au regard d'une cible de 1 600 places prévues initialement.

Au 31 décembre 2013, on dénombre 1 135 places installées (soit entre 81 et 94 UHR selon le nombre de places par unité) en Ehpad au regard d'une cible de 1 600 places prévues initialement. Dans le secteur sanitaire, il était prévu d'identifier 3 300 lits d'UHR sanitaires dans les ESLD, soit 190 unités avec une capacité moyenne de 17 lits. Au dernier recensement en 2013, on comptait 54 UHR ouvertes et 50 prévues par les Agences Régionales de Santé (ARS). Les principaux résultats de cette enquête seront présentés lors du Congrès National 2016 des unités de soins Alzheimer, à Paris, du 14 et 15 décembre. ➔

L'ANAP lance un outil d'autodiagnostic « métiers du grand âge »

L'ANAP propose à destination des professionnels des métiers autour de la perte d'autonomie des personnes âgées, un outil accessible en ligne d'auto-évaluation "Diagnostic Métiers du Grand Âge" version 2016. Il est mis à disposition des gestionnaires d'établissements et services accompagnant des personnes âgées dépendantes. Il permet :

> de disposer d'un répertoire des actions qui peuvent être mises en place pour répondre aux difficultés de recrutement et de fidélisation des métiers d'accompagnements des personnes âgées dépendantes (AS, AMP, IDE, animateur, professionnels de santé...)

> d'établir une cartographie des actions déjà mises en œuvre par la structure et des axes d'amélioration ;
> de cibler les axes prioritaires d'action ;
> de contribuer aux travaux d'évaluation de la qualité.

« L'outil d'autodiagnostic Métiers du Grand Âge couvre les principaux aspects liés au recrutement et à la fidélisation des professionnels de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie. Les résultats obtenus permettent de définir les axes prioritaires d'actions que l'employeur peut envisager dans le cadre d'un plan d'actions opérationnel », précise l'ANAP. ➔

Alzheimer : quatre médicaments bientôt déremboursés ?

La Haute Autorité de Santé (HAS) réévalue actuellement le « service médical rendu » (SMR), c'est-à-dire, l'efficacité des quatre médicaments anti-Alzheimer actuellement sur le marché. Le SMR de ces traitements vient d'être jugé "insuffisant" par la HAS, qui réfléchit donc à son déremboursement total.

Cette décision est considérée comme "risquée et injustifiée" par l'association France Alzheimer et maladies apparentées qui rappelle, dans un communiqué, que la HAS a déjà fait passer le remboursement des SMS de 65% ("important") à 15% ("mineur") en 2011. L'association estime que même si leur impact sur les troubles cognitifs semble limité, « les médicaments peuvent améliorer les troubles du comportement de certaines

personnes malades », juge-t-elle.

La Fédération nationale des centres mémoires de ressources et de recherche (FCMRR), par la voix du Pr Mathieu Ceccaldi, a également souligné qu'il serait « prématuré de tout arrêter ». Une enquête menée par la fédération a révélé qu'une large majorité des spécialistes concernés jugeaient ces traitements « utiles dans leur pratique ».

France Alzheimer estime, par ailleurs, que le déremboursement aurait « une incidence économique limitée sur les finances de la Sécurité sociale puisque les quatre molécules sont toutes génériques depuis 2016 ». En revanche, cette décision aurait des incidences néfastes sur la prise en charge des malades.

« Sans aucun traitement médicamenteux spécifique, l'intérêt du diagnostic, aux yeux des familles et de certains professionnels de santé, pourrait apparaître secondaire. Le parcours diagnostic serait alors moins balisé pour le public alors que qu'il est la clé de voute d'une prise en soin adaptée et efficace », alerte France Alzheimer. 📌



Alzheimer : Portrait-robot du gestionnaire de cas

En partenariat avec la CNSA, la Fondation Médéric Alzheimer a réalisé une enquête auprès des 700 gestionnaires de cas en poste dans les dispositifs MAIA.

Les résultats de l'enquête - près de 550 gestionnaires de cas ont répondu - donnent de nombreuses informations sur :

> le profil des gestionnaires de cas (fonction exercée à 93% par des femmes, l'âge moyen est de 37,6 ans) ;

> la formation initiale qui se partage majoritairement entre les professionnels du champ sanitaire (48%) et du champ social (52%) ;

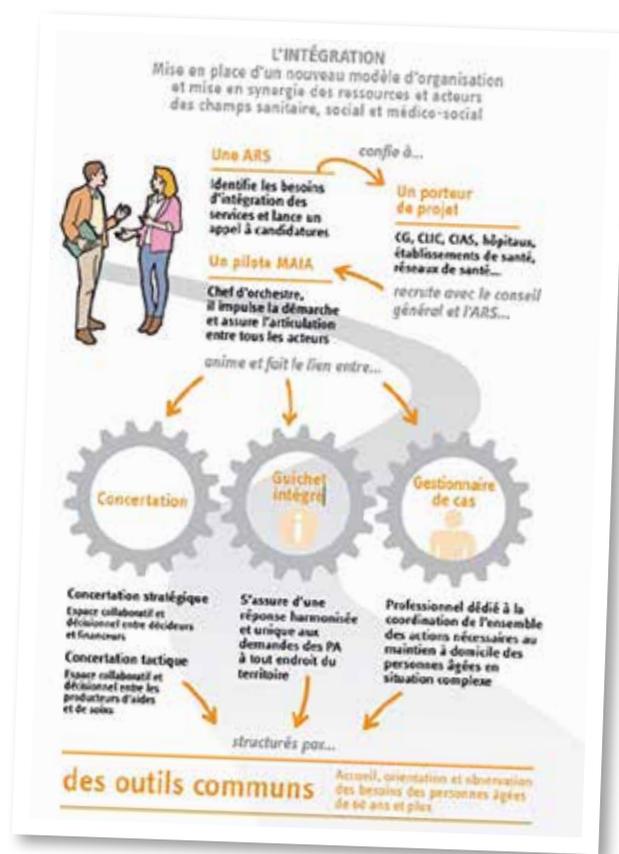
> les modalités d'exercice de leurs missions (55% travaillent dans un territoire à prédominance rurale, ils passent 57% de leur temps sur le terrain) ;

> les problématiques rencontrées au quotidien par ces professionnels (85% rencontrent des aidants fami-

liaux en situation d'épuisement, 61% font face à un refus des aides proposées) ;

> leurs besoins, notamment en termes de reconnaissance de leur identité professionnelle pour 75% d'entre eux, et de la nécessité d'une meilleure intégration des services (72%). 📌

Diane Battista





Jean-Jacques Amyot

Sociologue de formation, Jean-Jacques Amyot est, depuis 1983, directeur de l'OAREIL (Office aquitain de recherche, d'information et de liaison sur les personnes âgées). Chargé de cours à l'université Bordeaux-II Victor Segalen, à l'université de Bordeaux-III Michel de Montaigne, à l'université de Provence (Aix-Marseille), à l'institut supérieur du management par la qualité (Bem Management School Bordeaux) et dans diverses écoles paramédicales sur les questions de gérontologie sociale, ce membre du réseau national de consultants en gérontologie (ARCG) est également l'auteur de nombreux ouvrages dont « Travailler auprès des personnes âgées », qui vient d'être réédité pour la quatrième fois.

« Abandonner la vision bicéphale entre le domicile et l'EHPAD au profit d'un parcours de vie »

Pourquoi avoir publié une quatrième édition de votre ouvrage « Travailler auprès des personnes âgées » ?

► **Jean-Jacques Amyot** : Cet ouvrage est en librairie depuis 1994. Dans la mesure où il répond à un besoin, puisqu'il continue de se vendre années après années, il semblait normal vingt-deux ans après sa première édition et huit ans après la dernière de l'actualiser. J'ajouterai que le secteur ayant bénéficié d'une véritable actualité et que ma pensée ayant elle-même évolué, une nouvelle édition se justifiait encore plus.

Quelles sont les nouveautés pour le lecteur ?

► **J-J. A.** : Trois types de nouveautés viennent enrichir cette quatrième édition. La première s'égrène tout au long des 450 pages et porte sur les données dont s'inspire l'ouvrage. La deuxième concerne certaines thématiques comme la solidarité et l'inter-génération qui ont été modifiées. La troisième se matérialise par l'introduction de nouvelles thématiques, telle que la vulnérabilité.

Quelle place occupent aujourd'hui les personnes âgées dans la société française ?

► **J-J. A.** : Nous avons une relation terriblement ambivalente avec la vieillesse. Dans le chapitre consacré aux représentations sociales, je démontre d'ailleurs que notre société s'échine à vouloir associer des termes diamétralement opposés telles que sagesse et démente ; dépendance et autonomie ou encore famille et solitude. C'est une vision totalement faussée de la réalité. Conséquences : la vieillesse est omniprésente dans notre inconscient collectif avec des personnes âgées qui peuvent tout faire y compris sauter en parachute à 100 ans et dans le même temps chacun est convaincu que les personnes

âgées sont incapables de faire quoi que ce soit et finiront toutes en maison de retraite. En quelque sorte, à l'opposé de ce qu'écrivait Jacques Prévert dans son poème « Le droit chemin », le vieillard représente désormais tout ce que l'on ne veut pas. Et en écho à notre angoisse de la mort, notre vision de l'espérance de vie correspond en réalité à un refus de la mort avec l'objectif de vivre trois mois de plus chaque année et ainsi de devenir immortel...

Alors qu'est dénoncé l'âgisme dans la société française, la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement n'a pas suscité un réel débat de société. Faut-il selon vous faire un lien de causalité entre les deux ?

► **J-J. A.** : Tout un chapitre est consacré à la perception sociale de la vieillesse qui me semble être totalement erronée. Il faut en effet cesser de croire que la vieillesse est inadaptée et que les personnes âgées sont nécessairement vulnérables. Je regrette d'ailleurs qu'un certain nombre d'ouvrages et de journaux continuent de se faire l'écho de cette approche totalement à contre-courant de la réalité. Quant à la loi du 28 décembre sur l'adaptation de la société au vieillissement, elle a le tort d'être à la fois complexe, excessivement technique et trop longue. Alors qu'une loi se doit d'être courte pour être efficace, celle-ci est composée d'une centaine d'articles, et nécessitera une dizaine d'années pour que paraissent tous les décrets d'application... s'ils paraissent. Ce texte ne permettra donc pas au grand public de s'emparer d'un sujet pourtant essentiel pour tous les Français. D'autant que les thématiques centrales, à l'instar du statut des aidants et de l'accueil de jour, ne sont abordées que de manière très superficielle. Pour être efficace et inciter nos concitoyens à réfléchir au vieillissement, il au-



rait fallu réaliser tout un travail d'élaboration avec la société, plutôt que travailler entre techniciens !

Comment définiriez-vous la gérontologie sociale ?

► **J.-J. A.** : La gérontologie sociale correspond à une organisation de la pensée sur tout ce qui touche aux questions de vieillissement et de vieillesse dans le cadre de la collectivité et sans que cela soit scientifiquement fondamental. Ainsi, la biologie ne fait pas partie de la gérontologie sociale. A l'inverse la politique vieillesse en est partie prenante puisqu'elle repose sur une appréhension globale, sociale... et se réfère donc aux sciences humaines, à l'économie, à la politique. Or aujourd'hui, la gérontologie sociale n'est pas correctement appréhendée, puisqu'elle l'est en fonction d'une perception de la

réalité qui est forcément décalée. D'où l'erreur de n'aborder la gérontologie que sous l'angle de la démographie, alors que devrait primer la réflexion sur l'état dans lequel seront les personnes âgées et donc sur les moyens à mettre en œuvre pour favoriser une société intergénérationnelle.

Quels progrès ont été réalisés dans le domaine de la coordination des professionnels du grand âge ?

► **J.-J. A.** : Permettez-moi d'être relativement mesuré sur ce point dans la mesure où nous avons pour habitude, en France, de mettre en place un nouveau dispositif pour répondre à chaque problème qui se ferait jour. C'est dans cette optique qu'ont été créés les coordonnateurs de l'action gérontologique, puis les réseaux de santé, et les

CLIC, puis les MAIA, et le PAERPA... Conséquence : aujourd'hui existe un dispositif de coordination des coordinations. Il faudrait donc d'abord harmoniser tous ces dispositifs dans le cadre d'une vision stratégique. En outre, il serait temps de cesser de voir la coordination sous l'angle exclusif d'un dispositif technique. A défaut, cela reviendra à refuser de comprendre que les structures ne voudront pas travailler ensemble. Nous devons donc également inciter les différents acteurs à mettre à disposition les informations qu'ils peuvent considérer comme essentielles car ce sont bien les informations qui constituent le nerf de la guerre ! Mais je veux croire que les lignes vont bouger. Pour preuve cette étude européenne qui porte sur la levée du secret professionnel entre aidants et professionnels dans trois pays : la Belgique, la France et l'Italie.



Que faudrait-il encore améliorer ?

▶ **J-J. A.** : Les progrès à réaliser sont multiples. Mais le premier, je pense, consiste à abandonner la vision bicéphale entre le domicile et l'établissement au profit d'un parcours de vie. C'est en ce sens que le PAERPA me semble aller dans le bon sens. A condition, toutefois, que la création de nouvelles structures soit stoppée et que dans chaque territoire concerné un organisme unique ou une coordination visible pour le grand public voit le jour. Les efforts des uns et des autres seront ainsi efficacement fédérés et les personnes concernées seront utilement encadrées. En clair, l'usager sera réellement au cœur du dispositif. Les personnes concernées arrêteront ainsi de frapper systématiquement à la porte de la mairie pour obtenir les renseignements dont ils ont besoin.

Cette coordination permettrait-elle de limiter le risque de maltraitance des personnes âgées ?

▶ **J-J. A.** : Sans aucun doute ! Renforcer la coordination, diffuser des informations et instaurer des mesures d'accompagnement des aidants sont des préalables essentiels pour améliorer la transparence et donc limiter la maltraitance ; tant dans les établissements qu'au sein des familles. Car ce phénomène n'est pas tant un problème de moyens que la conséquence d'une mauvaise politique managériale. D'où la nécessité aussi de développer des politiques de formation ; et en particulier communes à plusieurs établissements. Dans cette optique, la formation de référents bientraitance-maltraitance me semble une piste intéressante à explorer car ils permettraient à la fois de constituer un réseau et de

sensibiliser l'entourage au sens large des personnes âgées.

ASG, arthérapeute, ergothérapeute, musicothérapeute... De nombreux nouveaux professionnels arrivent en EHPAD, notamment du fait du boom Alzheimer. Quels sont les nouveaux métiers demain dans la prise en charge gériatrique ?

▶ **J-J. A.** : C'est difficile à dire. D'autant plus que tous ces nouveaux métiers semblent induire une volonté de soigner, alors même qu'aucun traitement n'existe pour les maladies neurodégénératives. Ma conviction est donc qu'il faut sortir de cette logique thérapeutique au profit d'une mise en avant du plaisir et de la vie partagée. Il me semblerait ainsi plus approprié de faire venir de véritables



animateurs capables de générer du mouvement, de la vie... et de sortir de la logique ultra normée qui prime aujourd'hui en recréant du lien social. Mais je ne fais là que reprendre une idée émise dans les années 70 par Georges Caussanel qui, dans ses centres d'animation naturels tirés d'occupations utiles (CANTOU), entendait faire cohabiter des personnes âgées séniles avec d'autres moins désorientées afin de les stimuler et tenter de préserver leur autonomie.

C'est une philosophie générale qui doit sous-tendre toute politique gérontologique. Développer des lieux d'animation et de vie permettrait d'améliorer la prise en charge d'une personne âgée à la fois dans le cadre familial et en EHPAD. Je dirai même que recréer du lien social profiterait à la société dans son ensemble, à l'instar de ce qu'a engendré la fête des voisins.

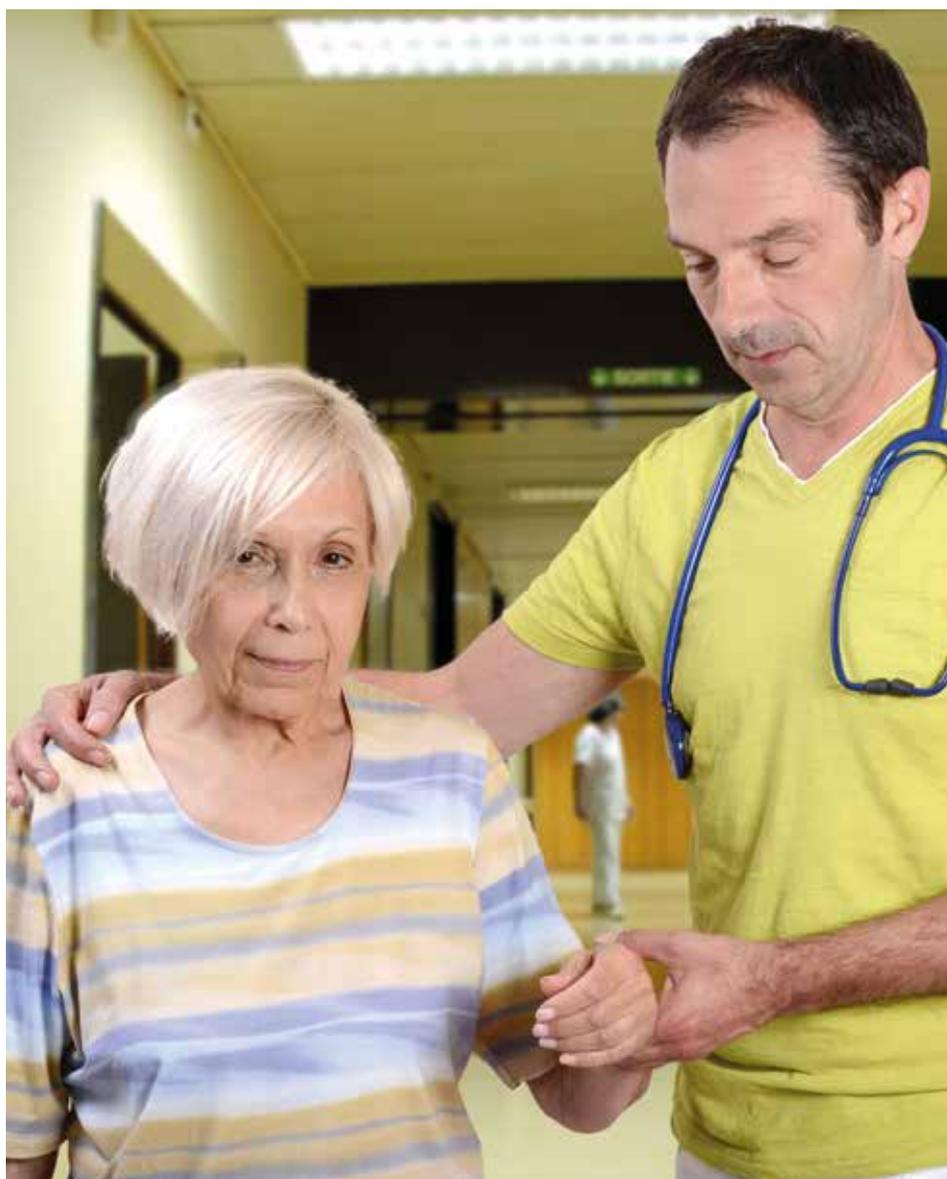
Quelles nouvelles compétences faudra-t-il pour contribuer à faire de la prévention de la perte d'autonomie, une des futures missions de l'EHPAD ?

► **J-J. A.** : Tout dépend ce que l'on entend par perte d'autonomie. S'il s'agit d'une perte d'indépendance physique, il faudra privilégier la rééducation et donc recourir aux services d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute...

S'il s'agit de mieux faire fonctionner son cerveau, un psychologue sera plus approprié. Mais dans tous les cas, les professions existent déjà et je ne vois pas trop ce que nous pourrions inventer de mieux. En revanche, il serait opportun de permettre à des petits établissements n'ayant pas forcément les moyens d'employer de tels professionnels, de recourir à leurs services, par exemple, par le biais de la mutualisation sur un territoire. Une expérimentation avec des animateurs volants avait d'ailleurs bien fonctionné en Dordogne et pourrait servir de modèle.

Peut-on envisager des profils de professionnels qui fassent "passerelles" entre le domicile et l'EHPAD ?

► **J-J. A.** : Indéniablement ! Il y a une vingtaine d'années, le département des Landes avait d'ailleurs innové en ce sens en créant des services de soins à domicile rattachés à des EHPAD. J'ajouterai que cette passerelle contribue aussi à ménager une transition en douceur pour des personnes âgées qui doivent passer de leur domicile en EHPAD et ainsi ne se retrouvent pas perdues avec un personnel in-



connu. C'est en quelque sorte la logique même du parcours...

Quels points faudrait-il améliorer dans la formation des professionnels en EHPAD ?

► **J-J. A.** : Les professionnels sont aujourd'hui formés comme des techniciens.

Il faudrait donc remettre un peu d'humain et leur (ré) apprendre ce qu'est le vieillissement et sa représentation sociale afin de leur permettre d'appréhender la vieillesse au-delà d'une simple modification cellulaire.

Sans oublier, bien évidemment, le parcours de vie et tout ce qui le justifie : l'adaptation, la vulnérabilité... Il faudrait donc revenir à une représentation générale qui était enseignée aux aides à domicile dans les années 70. 🗣️

*Propos recueillis par Stéphane Le Masson
« Travailler auprès des personnes âgées »
(Collection: Guides Santé Social Dunod 2016 -
4^{ème} édition - 448 pages)*



1976

CACIC fête ses 40 ans !

Merci à tous les établissements partenaires



2016



L'EXPERTISE DE LA SANTÉ



SERVICES CONSEILS RÉFÉRENCIEMENT **SANTÉ**

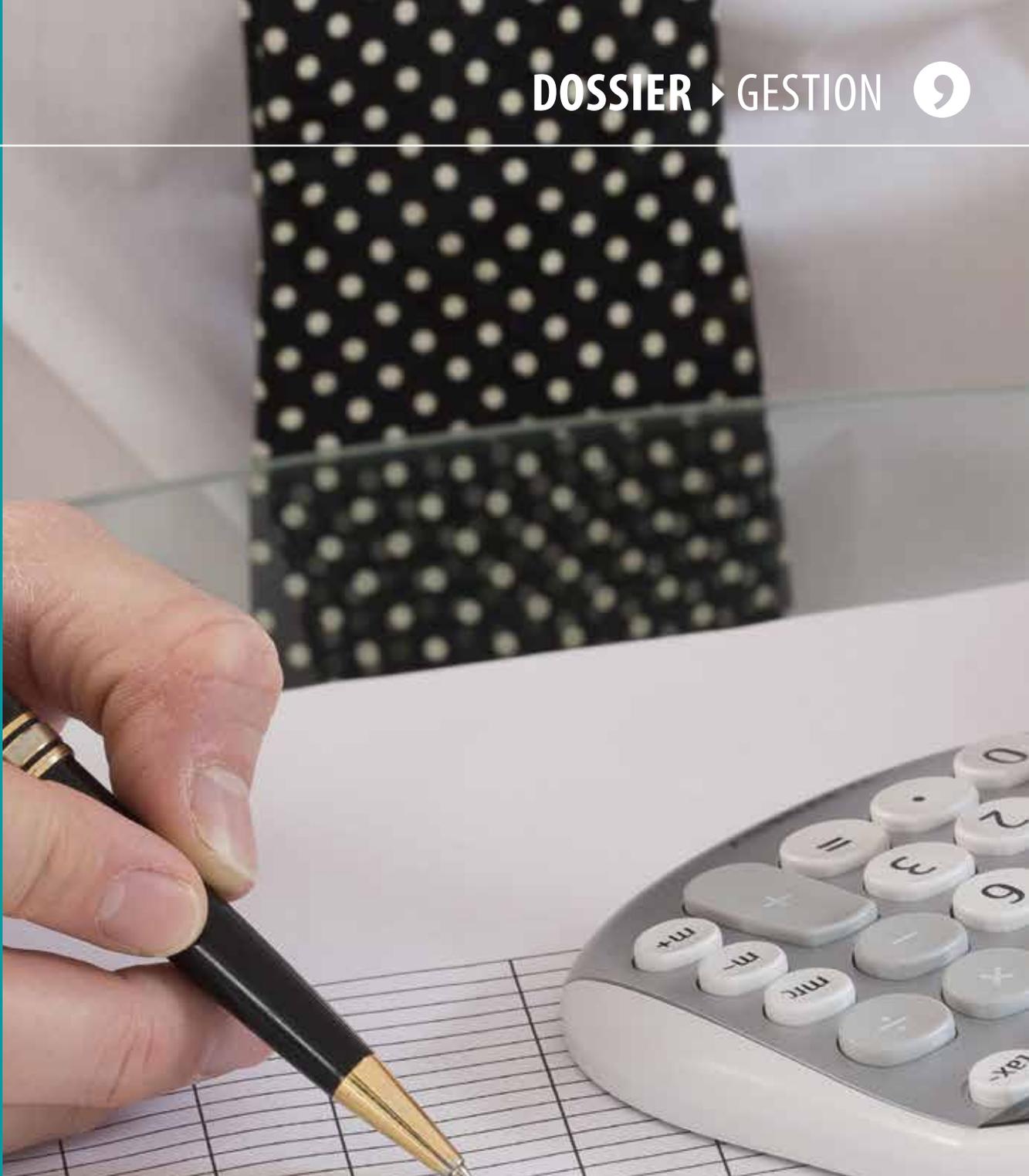
Adhérent et Membre
bienfaiteur de l'ObsAR
L'Observatoire
des
Achats
Responsables

www.ObsAR.com

25, rue des Granges Galand - BP 101 - 37551 Saint-Avertin Cedex

Tél. 02 47 71 14 14 - Fax 02 47 28 94 82

www.cacic.fr | www.cacic-ehpad.fr



Gestion, Le Big-Bang de la réforme de la tarification

La réforme de la tarification des Ehpad, prévue par l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, va profondément modifier la manière d'opérer des directeurs. Il s'agit d'un changement de paradigme qui fait passer les équipes de directions des établissements d'une logique d'administration à une approche de gestion. Comme tout changement, la nouvelle approche promet des mois difficiles de préparation de CPOM. Mais les Ehpad devraient y gagner un peu de simplification et surtout une plus grande visibilité. Point sur les principaux changements introduits par la loi, sur les décrets en préparation et sur la circulaire budgétaire 2016 « charnière ».

Dossier réalisé par Louise Guyon, Nathalie Ratel et Alexandre Terrini

CPOM et tarification : ce qui change

La loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV), promulguée le 29 décembre 2015, a changé la donne sur des points structurant pour les Ehpad. Tour d'horizon des principaux changements.

▶ **Finie la convention tripartite, voici le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**

Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) s'imposera à tous les établissements à compter du 1er janvier 2017. C'est désormais lui qui servira de cadre à la tarification et au financement des Ehpad. D'une durée de cinq ans, il sera conclu entre le directeur de l'établissement, le président du Conseil départemental et le directeur-général de l'ARS. Modulable, il concernera le ou les Ehpad d'un même groupe implantés dans un département voire dans plusieurs départements sous réserve de l'accord de tous les conseils départementaux concernés. De même, pourra-t-il s'appliquer à d'autres catégories d'établissements ou de services sociaux et médicaux-sociaux relevant du gestionnaire signataire du CPOM, l'objectif étant à chaque fois de structurer l'offre médico-sociale sur un territoire.

Le CPOM, précise le projet d'arrêté ministériel qui en fixe le cahier des charges, « doit permettre de mieux répondre aux enjeux d'accompagnement des usagers en introduisant une logique décloisonnée d'activités multiples et complémentaires, de parcours et de partenariats renforcés ». En clair, il a vocation à être « un levier de performance pour les établissements et services médico-sociaux, (...) un outil d'amélioration continue de la qualité (...) ainsi que le vecteur de promotion des démarches accomplies en matière d'efficacité des organisations ». Enfin, il est synonyme de simplification administrative car il vaudra convention d'habilitation à l'aide sociale départementale et deviendra le document unique de contractualisation pour le gestionnaire d'un ou plusieurs Ehpad.



▶ **Une tarification forfaitaire à la ressource et non plus basée sur les dépenses**

On l'aura compris, la conclusion progressive des CPOM pour l'ensemble des Ehpad s'accompagne d'une réforme importante de l'allocation de leurs ressources. Avec, à la clef, un changement de paradigme : la loi d'adaptation de la société au vieillissement instaure une tarification forfaitaire à la res-

source et non plus basée sur les dépenses. Calculée en fonction de l'appréciation des besoins en soins et en accompagnement des résidents de chaque Ehpad, elle sonne le glas du traditionnel dialogue budgétaire contradictoire annuel. C'est pourquoi, à l'avenir, chaque établissement sera tenu d'établir un État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) au regard de la projection de ses activités. Les premières conditionneront les secondes pour aboutir à un EPRD qui ne soit évidemment pas déficitaire.

Tout intérêt à faire le plein

En cette période où nombre de personnes âgées ne trouvent pas de place en Ehpad, le Gouvernement a décidé d'encourager fermement, sous peine de sanction, un taux d'occupation maximale des établissements. Ainsi, lorsque le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent sera inférieur au seuil de 95%, l'autorité de tarification minorera le montant du forfait global. La minoration sera opérée sur la tarification de l'année en cours (année n).

► Le triptyque soins-dépendance-hébergement toujours d'actualité

En revanche, la nouvelle tarification reste fondée sur le triptyque soins-dépendance-hébergement. Elle comprendra en effet :

> **un forfait global relatif aux soins correspondant aux soins** et prestations délivrés aux résidents affiliés à un régime obligatoire de base de Sécurité sociale et aux tarifs journaliers correspondant aux soins et prestations délivrés aux autres résidents. Le forfait soins prendra en compte le niveau de dépendance moyen des résidents et leur besoins en soins (mesurée au moyen des outils Aggir et Pathos). Il sera calculé « en multipliant le nombre de points correspondant à l'indicateur synthétique (...) par la capacité d'hébergement installée de l'établissement, dont est déduite la capacité prévue pour l'accueil temporaire, puis par la valeur du point », stipule le projet de décret. La valeur de point sera quant à elle fixée par arrêté conjoint des ministres de la Santé, des Personnes âgées et de la Sécurité sociale. Elle dépendra, d'une part, de l'option tarifaire retenue par l'établissement et, d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

> **Un forfait global relatif à la dépendance**, versé par le département d'implantation et auquel s'ajouteront les tarifs journaliers afférents à la dépendance acquittés par les autres départements, les participations acquittées par les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ainsi que les tarifs journaliers acquittés par les résidents non bénéficiaires de cette allocation. Le forfait dépendance sera calculé sur la base du Gir moyen pondéré (GMP) de l'établissement. Par ailleurs, le président du conseil départe-

mental fixera chaque année, par arrêté, avant le 1^{er} avril, une valeur de référence départementale pour le point GMP de ces établissements, appelée point GMP départemental. Le projet de décret précise que « cette valeur de référence est au moins égale à la somme des forfaits globaux relatifs à la dépendance, avant soustraction des participations et des tarifs journaliers, alloués l'année précédente à l'ensemble des établissements du département, rapportée à la somme de leurs points GIR ».

> **Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement** et qui couvrent l'ensemble des charges correspondant à minima à la liste des prestations minimales définies par la loi et qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies.

« Le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement est calculé pour l'exercice en divisant le montant des charges nettes d'exploitation afférentes à l'héberge-

ment par le nombre de journées prévisionnelles des personnes hébergées pendant l'exercice dans l'établissement », énonce le projet de décret. Il pourra toutefois être modulé au regard des critères suivants : le nombre de lits par chambre, la présence de chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant, la localisation et le confort de la chambre, l'accueil temporaire, l'accueil de jour et enfin, les personnes dont la mesure de protection des majeurs est confiée à un agent désigné. A condition que ces ajustements n'engendrent pas « des recettes supérieures à celle qu'aurait entraînées l'application uniforme à tous les hébergés du tarif journalier moyen afférent à l'hébergement ». De même, les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement ne devront pas faire l'objet de discrimination.

Par ailleurs, les parties signataires du CPOM seront tenues de s'accorder sur les dotations complémentaires (en particulier pour les autres modalités d'accueil notamment temporaire) à cette tarification forfaitaire de base ainsi que sur leur évolution pendant la durée du contrat. Enfin, elles fixeront également les règles convenues en matière d'affectation des résultats, la liberté de choix du gestionnaire étant la règle en la matière sous réserve du respect des engagements pris dans le cadre du CPOM.

Alexandre Terrini



Quel forfait pour quel financement ?

En l'état actuel des projets de décrets, la répartition des postes de chaque forfait se déclinerait comme suit.

1. Le forfait soins

Les produits de la part du forfait global de soins et des tarifs journaliers relatifs aux soins ne couvrent que les charges suivantes :

- les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales dont la liste est fixée par arrêté ;
- les charges relatives à l'emploi de personnel médical et d'auxiliaires médicaux relevant du Code de la santé publique assurant les soins, à l'exception des diététiciens ;
- concurremment avec les produits relatifs à la dépendance, les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui sont diplômés ou en cours de formation dans un centre agréé, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, ainsi que les charges sociales et fiscales afférentes ;
- l'amortissement et la dépréciation du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté ;
- les médicaments ;
- les rémunérations ou honoraires versées au médecin coordonnateur, aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement et, le cas échéant, au pharmacien référent ;
- lorsque cette part relève du tarif global, les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie dont les caractéristiques sont fixées par arrêté.

En revanche, ne relèvent pas d'une prise en charge sous la forme du forfait global relatif aux soins, les prestations suivantes, lesquelles sont à la charge de l'Assurance maladie :

- les soins dispensés par des établissements de santé autres que ceux autorisés à dispenser des soins de longue durée ;
- les séjours, interventions d'infirmier à titre libéral

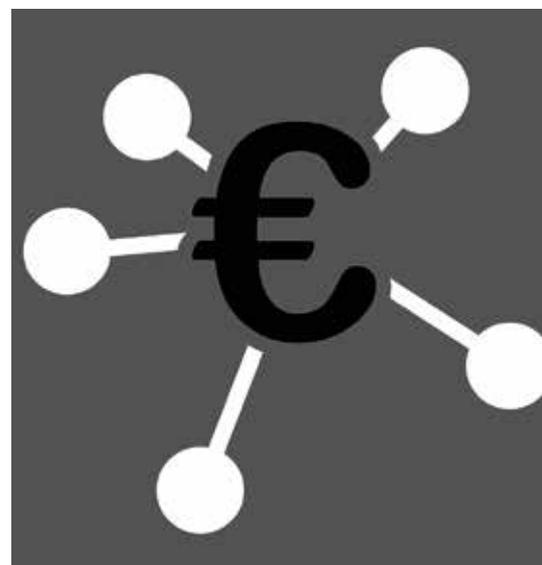
pour la réalisation d'actes nécessaires à la dialyse péritonéale et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;

- les interventions in situ des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie générale ;
- les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés tant en établissement de santé qu'en cabinet de ville ;
- les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds lorsque ces examens ne nécessitent pas d'hospitalisation de la personne ;
- les honoraires des médecins spécialistes libéraux en cas d'option pour le tarif global ;
- les transports sanitaires, à l'exception des transports entre le domicile et l'établissement.

2. Le forfait dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance et les ressources ne peuvent couvrir que les charges suivantes :

- les fournitures pour l'incontinence, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;
- les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes hébergées dépendantes concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- concurremment avec les produits relatifs aux soins, les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui sont diplômés ou en cours de formation dans un centre agréé, y compris dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience professionnelle et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, ainsi que les charges sociales et fiscales afférentes ;
- les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.



3. Le forfait hébergement

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement ne peuvent couvrir que les charges suivantes :

- les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
- concurremment avec les produits relatifs à la dépendance, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;
- Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
- Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes hébergées dépendantes concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
- Les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
- Les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles.

En revanche, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement ne prend pas en compte :

- les charges relevant exclusivement des forfaits globaux relatifs aux soins et à la dépendance ;
- les insuffisances de financement de ces charges par les forfaits globaux mentionnés à ces mêmes articles. ➔

Le point de vue des départements

« La réforme de la tarification est une bonne chose »



Le département demeure le chef de file de l'action sociale et la réforme des collectivités territoriales n'a pas changé la donne. En revanche, la loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV), promulguée le 29 décembre 2015, modifie les rapports entre les départements et les Ehpad concernant la contractualisation des financements. Le point avec Jean-Michel Rapinat, Directeur délégué aux politiques sociales au sein de l'Assemblée des départements de France (ADF).

Quels sont les changements qu'entraîne la loi ASV dans la contractualisation entre les Ehpad et les départements ?

Jean-Michel Rapinat : L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée par le département à la personne âgée vivant à son domicile ou en établissement. Le département a donc, si l'on peut dire, une

entrée financière dans les établissements puisqu'il finance une partie de la prise en charge de la personne âgée. Jusqu'à la loi ASV, une convention tripartite liait les Ehpad aux départements et répartissait les financements en fonction de la prise en charge sanitaire ou sociale de la personne âgée. Désormais, la loi ASV prévoit une réforme de la tarification en modifiant

notamment le dispositif de contractualisation. Le département et l'Ehpad devront conclure un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour une durée de cinq ans.

En quoi consiste ce CPOM ?

J-M.R. : Les Ehpad et les départements vont désormais négocier des CPOM en basant les financements sur des objectifs précis à atteindre concernant la prise en charge des personnes âgées au sein de chaque établissement. Le département va donc pouvoir donner plus de visibilité et d'éléments factuels à l'établissement sur ce qu'il attend de lui puisqu'un financement X va se référer à un objectif Y. De son côté, l'établissement va pouvoir négocier en fonction de ce qu'il peut offrir eu égard à son personnel, à ses moyens matériels ou encore à son ouverture sur la ville. Les discussions pourront être plus approfondies qu'auparavant et chacun des acteurs aura une visibilité de l'évolution budgétaire sur les cinq ans à venir. Les CPOM sont, selon nous, une bonne mesure car ils apportent plus de clarté et de visibilité entre les établissements et le département financeur. En effet, le fait d'avoir désormais la possibilité de raisonner sur plusieurs exercices mais aussi d'avoir une vue prospective sur l'évolution des personnes âgées et sur leur prise en charge va changer les rapports.

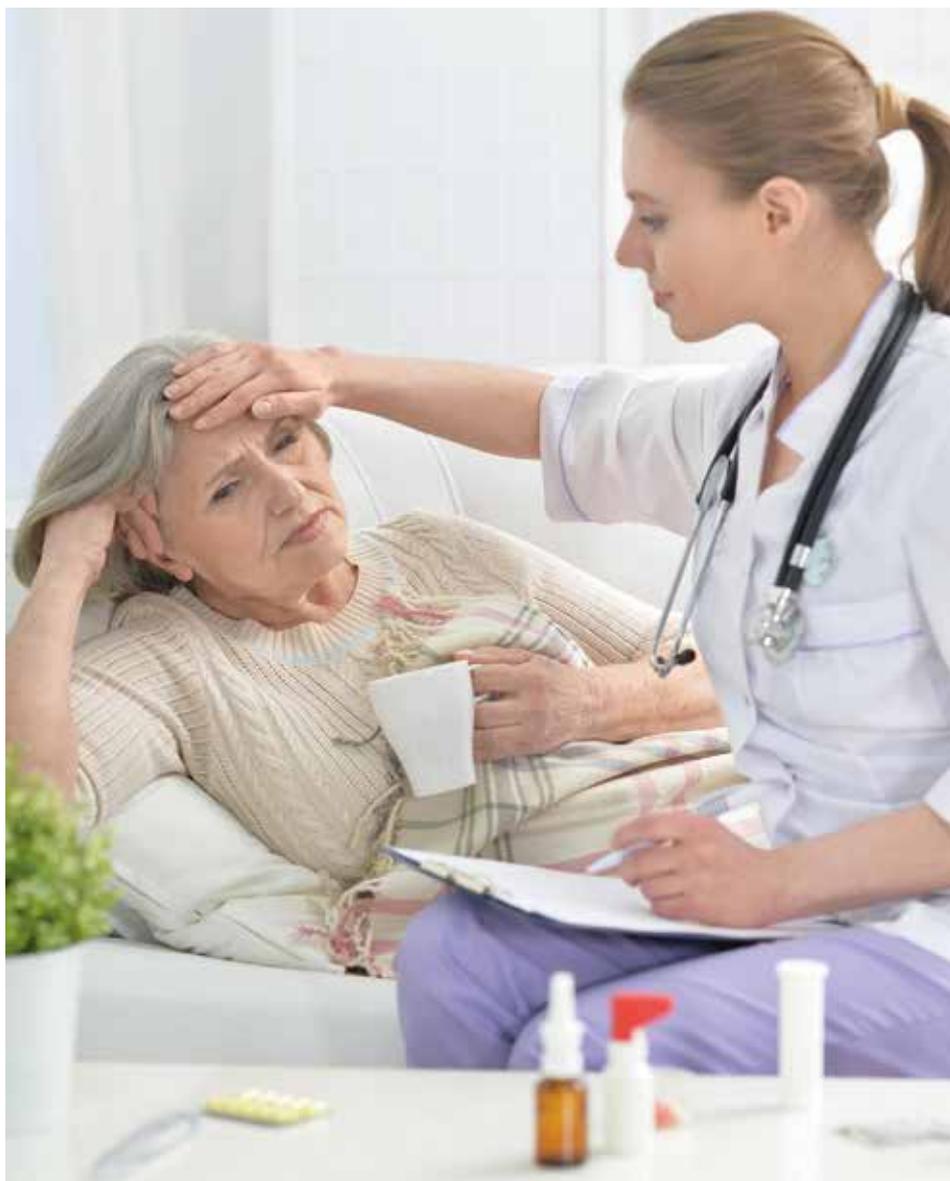
Pourquoi cette réforme est-elle adaptée à la situation budgétaire des départements ?

J-M.R. : Cette nouvelle organisation est davantage en phase avec la réalité des établissements et les contraintes budgétaires des départements. Ces derniers sont dans une situation d'asphyxie budgétaire. Cela concerne notamment le versement de l'APA. Certes, les départements reçoivent en contrepartie des concours financiers de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) mais à hauteur d'environ un tiers de la dépense. Les départements ont donc encore les deux tiers à leur charge. Or, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses et vont avoir de plus en plus de besoins, entraînant une prise en charge plus lourde et coûteuse. Face à cette asphyxie, soit les impôts locaux augmentent, soit les départements s'endettent, ce qui peut tendre les relations avec les établissements qu'ils tarifient. Nous négocions depuis l'année dernière avec Matignon pour passer ce cap difficile afin que la collectivité puisse s'y retrouver. La réforme de la tarification est donc une bonne chose car désormais, les attentes de chacun et les financements seront clairement annoncés. ➔

Circulaire budgétaire 2016

2016, « année charnière » pour la réforme de la tarification des Ehpad

La circulaire budgétaire 2016 pour le secteur médico-social est parue le 3 mai dernier. Dans la perspective de la réforme prévue par l'article 58 la loi ASV, laquelle entrera en vigueur le 1er janvier 2017, « la campagne budgétaire 2016 constitue une année charnière au niveau de l'allocation des crédits de médicalisation qu'il conviendra de gérer judicieusement ». Aperçu des diverses directives données aux Agences régionales de santé (ARS) et aux Ehpad.



> Médicalisation

Une enveloppe de 100 millions d'euros de crédits est débloquée en 2016 pour accompagner la médicalisation des Ehpad, à laquelle s'ajoutent les reliquats de crédit de l'année 2015 « estimés à près de 34,8 millions d'euros au niveau national », détaille la circulaire.

Par ailleurs, puisque l'article 58 de la loi ASV prévoit qu'une tarification forfaitaire se substituera, à partir de 2023, au mode d'allocation de ressources actuel (lire article précédent), avec une « phase de montée en charge » allant de 2017 à 2022, la campagne budgétaire 2016 constitue une « année charnière ». Les ARS ont donc pour instruction de solder avant le 31 décembre 2016 le maximum des engagements qu'elles ont pris jusqu'ici dans le cadre de la médicalisation des Ehpad et, pour ce faire, d'utiliser « l'ensemble des crédits de médicalisation disponibles au titre de 2016 et des années antérieures ». Si elles signent des conventions tripartites en 2016 avant l'entrée en vigueur de l'article 58 de la loi ASV, elles ne devront « prendre aucun nouvel engagement financier portant sur la période postérieure au 31 décembre 2016 » et « porter une attention particulière aux 405 Ehpad présentant une tarification fondée sur les anciennes modalités de tarification dites Dotations minimales de convergence » (Dominic).

> Convergence tarifaire

L'effort global à fournir au titre de la convergence des Ehpad s'élève à 13 millions d'euros. Comme le rappelle la circulaire, « la convergence tarifaire est le pendant de l'effort financier réalisé pour le renforcement de la médicalisation des Ehpad » et participe à la montée en puissance de la réforme de la tarification. Elle vise à ajuster le budget alloué aux Ehpad dont les tarifs de soins sont supérieurs au plafond fixé au niveau national, de façon à les rapprocher de ce plafond.

Un contexte budgétaire 2016 plus contraint

La campagne budgétaire 2016 repose, par rapport à 2015, sur un taux de progression, en 2016, de + 2,14 % de l'Objectif global des dépenses (OGD) et de + 1,9 % de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam) médico-social (contre + 3 % en 2014 et + 2,2 % en 2015) au sein d'un Ondam global, lequel progresse à hauteur de + 1,75 %. Ce à quoi s'ajoute un apport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 160 millions d'euros. Toutefois, « aucune délégation complémentaire de crédits ne devra être attendue au-delà de la présente circulaire pour l'exercice 2016 », avertit la circulaire budgétaire de 2016. ➔

> Tarif global

Une enveloppe de 10 millions d'euros est prévue en 2016 pour accompagner, « de manière encadrée et limitative », les Ehpad souhaitant changer d'option tarifaire pour passer du tarif partiel au tarif global (après accord du directeur général de l'ARS). Cette enveloppe est « destinée prioritairement aux Ehpad en tarif partiel avec Pharmacie à usage intérieur (PUI) compte tenu de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficacité des soins », précise la circulaire, mais aussi aux établissements dont la demande de changement a été refusée antérieurement faute de crédits.

> Plan maladies neuro-dégénératives

La circulaire prévoit la poursuite du Plan maladies neuro-dégénératives avec l'affectation de 8,11 millions d'euros consacrés aux mesures nouvelles pour 2016, lesquels s'ajoutent aux 6,1 millions d'euros notifiés en 2015. Un peu plus de 3 millions d'euros sont également engagés pour la poursuite du Plan solidarité grand âge.

> Salaires

La circulaire prévoit une revalorisation des salaires des professionnels du secteur à hauteur de 0,77 % sur le champ des personnes âgées. L'application de ce taux est « modulée en fonction de la situation propre de chaque structure » et « des dialogues menés avec chacun d'entre eux ».

> Point des tarifs plafonds

Enfin, la circulaire fixe la revalorisation de la valeur du point qui permet de calculer les tarifs de soins. ➔



La convention officine-EHPAD : c'est dans la boîte



Les conventions conclues entre les pharmaciens d'officine et les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) ayant pour objet la préparation des doses à administrer (PDA) sont de plus en plus usitées et ce n'est pas sans poser un certain nombre de questions.

Il s'agit d'un contrat par lequel l'EHPAD (non doté de pharmacie intérieure) confie au pharmacien la mission de reconditionner à l'avance les médicaments prescrits aux résidents dans des piluliers nominatifs. Le pharmacien livre à l'EHPAD des piluliers individualisés pour chaque résident en fonction des prescriptions médicales.

L'objectif est de palier notamment la non-identification des patients sur les boîtes de médicaments et d'assurer un meilleur suivi de leur administration

par le personnel soignant.

La PDA constitue un enjeu économique important pour les pharmaciens. Face à cet enjeu, certaines officines se sont dotées d'équipements de dernière génération pour augmenter l'efficacité de la mise en boîte des médicaments dans les piluliers et sécuriser davantage leur traçabilité.

Le Tribunal administratif de Bordeaux a été saisi de la question de la licéité de ces conventions au regard d'une part, des prérogatives des pharmaciens

et d'autre part, au regard des dispositions relatives aux autorisations de mise sur le marché des médicaments (AMM).

► La licéité des conventions PDA au regard des prérogatives des pharmaciens

Plusieurs réponses ministérielles avaient exclu la PDA pour les pharmaciens au regard des prérogatives dévolues par la loi :

« La réglementation interdit, pour des raisons de sécurité sanitaire, aux pharmaciens d'officine de "déconditionner" les présentations »¹.

« La mise en piluliers journaliers ou hebdomadaires des médicaments est destinée à faciliter la prise de médicaments par les personnes âgées. Elle nécessite de déconditionner les spécialités pharmaceutiques et de les reconditionner dans un pilulier ou un semainier. Cette activité ne fait pas partie des activités de la pharmacie d'officine, telles que définies par le code de la santé publique »².

Le Tribunal administratif de Bordeaux n'exclut pas une telle mission en jugeant que :

« La préparation des médicaments en piluliers ou "blisters" nominatifs selon les schémas posologiques afin de sécuriser la distribution et faciliter l'administration du soin, qui implique seulement le changement de conditionnement du médicament dans le respect des règles sanitaires et non le déconditionnement du médicament pour l'incorporer à une préparation magistrale, entre dans le champ des activités que les pharmaciens d'officine peuvent exercer en application des articles L.4211-1 et L.5231-8 précités du code de la santé publique »³.

En conclusion, un pharmacien d'officine est autorisé à mettre en œuvre la PDA.

► La PDA ne nécessite pas de nouvelle autorisation de mise sur le marché

La question de la licéité de la PDA se trouvait également poser au regard des autorisations de mise sur le marché.

La Cour d'appel de Rouen avait en effet jugé que le déconditionnement des médicaments et le reconditionnement – soit le principe même de la PDA – nécessitait une nouvelle autorisation de mise sur le marché :

« Le conditionnement primaire fait donc partie intégrante de l'autorisation de mise sur le marché et le maintien de son intégrité jusqu'à l'administration au patient a vocation à donner des garanties tant sur l'identité du produit et sur l'absence de falsification que sur la bonne conservation des substances thérapeutiques. Le caractère indissociable du médicament et de son conditionnement est encore affirmé par l'article L.5111-2 du code de la santé publique qui définit la spécialité pharmaceutique notamment par sa présentation sous un conditionnement particulier. Si le déconditionnement du produit peut ne pas suffire à modifier le statut de la spécialité, son reconditionnement a nécessairement cette conséquence totalement incompatible avec l'exigence d'autorisation de mise sur le marché préalable à toute distribution ou commercialisation »⁴.

Pour le Tribunal administratif de Bordeaux, il n'en est rien. A la lumière de la directive du 6 novembre 2001, la PDA ne nécessite pas de nouvelle autorisation de mise sur le marché dès lors qu'elle implique uniquement un changement de conditionnement :

« La préparation de médicaments en piluliers par un pharmacien d'officine à destination de pensionnaires de maisons de retraite, dans le respect des pres-



Miele
PROFESSIONAL

Exigez la performance
en associant hygiène et sécurité



De 6,5 à 40 kg de linge par cycle, toutes les machines Miele vous offrent leur qualité et leur solidité légendaires.

Rapide
Performant
Économique

90 ANS
Blanchisserie professionnelle

Un service après-vente, assuré par le fabricant ou par un partenaire agréé, est à votre disposition à travers toute la France.

Service commercial : 01 49 39 44 44
adv.prof@miele.fr
www.miele-professional.fr

criptions médicales et des règles sanitaires, qui implique seulement le changement de conditionnement des médicaments, n'est contraire à aucune règle de droit ou principe juridique. Par suite, le contrat par lequel un établissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes confie une telle mission à une pharmacie d'officine ne présente pas un caractère illicite»⁵.

Et le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens de rappeler que la PDA ne doit pas remettre en cause la garantie du libre choix du pharmacien par le patient, le bon suivi des traitements et la traçabilité des médicaments délivrés : « *que le respect du libre choix du pharmacien par le malade, principe fondamental de notre législation sanitaire inscrit à l'article L 1110-8 du code de la santé publique, nécessite la manifestation expresse du consentement du patient et s'impose aux pharmaciens eux-mêmes* »⁶.

La mise en œuvre de la PDA ne doit pas faire obstacle à ce droit.

En pratique, il appartient à l'EHPAD de remettre à chaque résident et membres de leur entourage, une fiche d'information sur la préparation et la distribution des médicaments dans laquelle est expliquée la PDA. Il appartient alors au patient de donner son accord sur la PDA ou d'y renoncer, auquel cas, il devra se charger lui-même de la fourniture des médicaments. Néanmoins, les médicaments sont remis au personnel de soin qui se chargera de leur administration.

Il appartient également aux pharmaciens de mettre à disposition toutes les notices des médicaments distribués dans un classeur qu'ils transmettent à l'EHPAD dans un souci de clarté et de sécurité.

Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, estime que l'ouverture de cette pratique aux pharmaciens d'officine ne peut être qu'« *éventuelle, non systématique et non généralisée* »⁷.

Si la question du choix du patient semble en pratique facilement mise en œuvre, il n'en reste pas moins que la jurisprudence ne s'est pas encore prononcée sur la question de la généralisation et du recours systématique à la PDA.

Mais compte tenu des forts enjeux économiques, une réponse pourrait être espérée rapidement. 9

Mathilde PERALDI,

Avocat au Barreau de Clermont-Ferrand

¹ Question écrite n° 1683 publiée au JO du Sénat le 1er août 2002, Réponse ministérielle publiée au JO du Sénat le 24 octobre 2002.

² Questions écrites n° 112522 et n° 1146949, publiées au JOAN du 12 décembre 2006, Réponse ministérielle publiée au JOAN, le 19 juin 2007.

³ TA Bordeaux, 5 novembre 2014, n°1201353.

⁴ Cour d'appel de Rouen, 29 mai 2008, n° 07/00580.

⁵ TA Bordeaux, 5 novembre 2014, n°1201353.

⁶ Décision CNOP Bertin, 30 juin 2008.

⁷ Décision CNOP, 6 mars 2006.





Vous aussi BÉNÉFICIEZ DE NOTRE EXPERTISE

Grandes Installations

Solutions de lavage

Tunnel de lavage Série TBS
Presse d'essorage Série SPR
Séchoirs Série ST



Solutions linge plat

Engageuses Série DR
Sécheuses repasseuses Série PC
Pliieuses Série FR ou FL



IAS et Norme RABC

Solutions laveuse aseptique ou "sas barrière"



Laveuses aseptiques Série BW
Laveuses Série HS
Séchoirs Série ED
Sécheuses repasseuses Série PB

 www.girbau.fr

12, rue des Chardonnerets - Paris Nord 2
BP 64008 Tremblay en France - 95970 ROISSY CDG Cedex
Tél. +33 1 49 38 85 85 - +33 149 38 85 86 - info@girbau.fr

MATÉRIEL DE BLANCHISSERIE
GIRBAU
France

Création/conception : Girbau France - Crédits photo : iStock.com

Korian teste le chariot d'activités flash



Korian et l'Institut du Bien Vieillir Korian lancent une expérimentation visant à évaluer l'efficacité du premier chariot d'activités flash (sans médicaments) sur les troubles aigus du comportement. Cette étude s'inscrit dans le cadre du développement des Thérapies Non Médicamenteuses (TNM) pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés des établissements Korian.

Le premier chariot d'urgence sans médicaments est déployé dans 40 EHPAD Korian pendant 6 mois tandis que l'Institut du Bien Vieillir Korian met en place en parallèle une étude visant à évaluer l'impact de son utilisation.

Le Docteur Didier Armaingaud Directeur Ethique, Médical et Qualité de Korian en France, nous rappelle que cette première expérimentation est l'aboutissement d'un travail de terrain des équipes soignantes autour des troubles du comportement, fréquents dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

« Pour chacun de ses résidents, Korian déploie un projet personnalisé qui combine les traitements médicamenteux, les activités domestiques et sociales et l'animation loisir. En complément de ce dispositif, nous travaillons quotidiennement depuis plusieurs mois en vue de développer une alternative aux médicaments visant à répondre aux troubles de l'humeur et du comportement et aux besoins cognitifs et fonctionnels de nos résidents. Sur la base d'une réflexion

scientifique et de bonnes pratiques terrain nous mettons en place un projet pilote dans plusieurs établissements favorisant les thérapies non médicamenteuses. Le chariot d'activité flash qui s'inscrit dans une thérapie plus globale dite comportementale de médiation est la première étape de ce programme complet ».

Korian a ainsi décidé de créer un « chariot d'activités flash » et de le déployer au sein de ses établissements. L'objectif : dévier l'attention fixée sur un stimulus négatif, source d'angoisse, de stress ou d'anxiété par une stimulation récréative et plaisante permettant de lever des troubles du comportement et ce dès lors que la cause n'est pas somatique (douleur, inconfort, rétention urinaire, fièvre..) ou qu'une explication rationnelle ne peut fonctionner. Il est semblable aux chariots d'urgence des hôpitaux, positionné dans le couloir, toujours disponible et comprenant 11 activités flash pour répondre aux urgences (agitation, comportements d'errance, agressivité, opposition violente, idées délirantes etc.).



Le chariot d'activités flash représente une véritable prise en soins des troubles du comportement aigus.

Principes et fonctionnements

Il est établi que les troubles du comportement sont des symptômes majeurs liés à la maladie d'Alzheimer et apparentées et qu'ils contribuent à la perte d'autonomie du patient. Il existe aujourd'hui un arsenal thérapeutique non médicamenteux validé par des études scientifiques référentes et qui est utilisé dans des ateliers dédiés. « *Nous avons voulu expérimenter une utilisation concentrée et disponible de ces thérapies en proposant des alternatives plus efficaces en cas de manifestations aiguës de troubles du comportement. Nous déployons ces chariots dans 40 EHPAD Korian dans une démarche formalisée et pérenne* », nous rappelle Stéphane Hédont, Responsable Thérapies et Approches non Médicamenteuses chez Korian.

La mise en place du chariot d'activités flash comprend :

- un module de formation pour les équipes encadrantes et soignantes
- des grilles d'observation et des supports d'évaluation
- un mémo sur la définition des troubles du comportement
- la check-list des causes somatiques potentiels ainsi qu'un protocole d'utilisation formalisé.

Les 11 activités flash proposées dans le chariot :

↳ Activité 1 :

Thérapie comportementale Réminiscence

Planches de photographies connues (stars, acteurs, sportifs, lieux et sites historiques) sur la période de vie des résidents accompagnés

↳ Activité 2 :

Thérapie comportementale Récupération Mnésique

Journaux et magazines récents, voire du jour

↳ Activité 3 : **Thérapie comportementale Sensorielle**

Moyens pour massage et conditions bien-être : huile de massage, lingettes rafraichissantes, crème

↳ Activité 4 :

Thérapie comportementale Praxique

Pâte à modeler, emporte pièces, feutres lavables et feuilles

↳ Activité 5 :

Thérapie comportementale Environnementale

Promenade dans le cas des troubles du comportement à type deambulatoires et sortie inopportune

↳ Activité 6 :

Thérapie comportementale de médiation par la musique

Lecteur de musique, douche musicale, « fauteuil œuf musical » et contenus de musique divers

↳ Activité 7 :

Thérapie comportementale Sensorielle 2

Lecteur CD ou MP3 avec contenu musical d'ambiance (nature, mer, rivières... de relaxation naturelle)

↳ Activité 8 :

Thérapie comportementale de médiation praxiques

Coussin, balles de mousse...

↳ Activité 9 à 11 :

Thérapies comportementales de médiation d'empathie

Poupée d'empathie

↳ Activité 10 :

Thérapie comportementale de médiation par les sens

Balles snoezelen

↳ Activité 11 :

Thérapie de médiation par le jeu Ludim

Le Dr Philippe DENORMANDIE, Directeur de l'Institut du Bien Vieillir Korian et Directeur Général adjoint de Korian souligne qu'« *au-delà de l'expérimentation terrain, nous avons souhaité évaluer l'impact de ce chariot et de son utilisation au travers d'une étude pilotée par l'Institut du Bien Vieillir Korian avec l'objectif d'évaluer l'appropriation des équipes soignantes (médecins, infirmières, psychologues) à cette nouvelle pratique ainsi que de mesurer l'impact de ce nouvel outil sur les résidents.* »



L'alimentation des personnes âgées, une priorité en Ehpad

L'alimentation est une préoccupation majeure pour la santé et le bien-être des personnes âgées en EHPAD. Medirest, spécialiste de la restauration en santé, accompagne les établissements et propose aux résidents des solutions adaptées au grand âge pour prévenir la dénutrition et retrouver le plaisir de manger.



La dénutrition, une problématique qui a sa solution

Les dernières études et notamment « *Nutr Clin Metab 2010* » montrent qu'au moins 30 % des personnes âgées en EHPAD ont un statut nutritionnel fragilisé. En cause, plusieurs facteurs d'ordres pathologiques, physiologiques ou psychologiques.

Le vieillissement entraîne des modifications physiologiques comme la diminution du plaisir de manger liée à la perte du goût et de l'odorat, la réduction de la sensation de soif ou encore l'altération de la denture. Ceci entraîne une perte d'appétit conséquente. A cela s'ajoute des troubles métaboliques (opérations, fractures...), ou psychologiques affectant l'équilibre nutritionnel.

La personne âgée peut rapidement basculer d'un

état de sous-nutrition à la dénutrition, reconnue comme une véritable maladie. Pour prévenir ces situations, il faut une alimentation adaptée qui vise à améliorer le statut nutritionnel, l'état général et la fonction musculaire de ces patients, afin de réduire leur risque de chutes.

« Prendre en charge la prévention, c'est retarder le risque de dénutrition et de déshydratation » rapporte Sylvie Hérault, Responsable Qualité et Nutrition Medirest. Partant de ce postulat, afin de limiter le risque de dénutrition et pallier le manque d'appétit des résidents, Medirest a donc mis au point « *Délices du Soir* ».

« *Délices du soir* » est un vrai repas complet et personnalisable par le convive. Un dîner mieux consommé qui permet d'apporter les besoins nutritionnels indispensables à la personne âgée. Cette solution a été élaborée par le comité d'experts en nutrition Medirest, présidé par le Docteur Jean-Michel Lecerf, Chef du service nutrition de l'Institut Pasteur de Lille. Le goût étant primordial, les recettes ont été élaborées selon les goûts des personnes âgées, sur la base de saveurs familières, comme le Veau Marengo, la Douceur de tomate au chèvre et au poulet, la Bouillabaisse...

Avec *Délices du Soir*, le convive a la possibilité de sélectionner lui-même la garniture pour accompagner le velouté. Personnaliser le dîner selon l'envie du moment permet ainsi aux convives de :

- manger mieux : en choisissant les produits appréciés, la personne âgée retrouve du plaisir,
- gagner en autonomie : en participant de façon active à son repas,
- s'ouvrir davantage aux autres : en faisant part de ses envies aux personnes qui l'accompagnent au cours du repas, le lien social est renforcé.





Nutrition

Assistance Technique

Facturation globalisée

Logiciel de commande

La Centrale de Référencement au Service de votre Collectivité !



2000 Produits négociés

Plus de 1400 Adhérents

Large choix de Fournisseurs

Optimisation au moins-disant

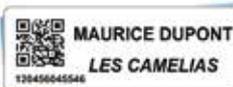
AGAP'pro

4 rue de Béguey
33 370 Tresses
Tel : 05 56 40 69 99



agap-pro.com

Vetilabel
marquage et gestion textile



- imprimantes textile
- presses à thermofixer
- marquage étiquettes nominatives
- logiciel gestion et traçabilité
- marquage code barre ou RFID UHF
- système automatisé de tri du linge



www.vetilabel.com



Tel 09 63 26 56 33 info@vetilabel.com

Nouvelle adresse / Showroom: 34 rue Benoît Malon 42300 Roanne



« Mix & Délices », le plaisir du goût retrouvé

Pour répondre aux besoins des résidents, il est nécessaire d'établir pour chacun un programme sur-mesure et personnalisé. Chez Medirest, les équipes sont à l'écoute des besoins et attentes des personnes du grand âge. Selon leurs pathologies et leur état de santé, Medirest adapte son offre de restauration. Avec le concept Mix & Délices, les équipes ont mis au point 5 techniques culinaires (gélifiants, épaississants, mixés de viandes, mixés de poissons et mousses foisonnées) : variées pour contrer la monotonie, colorées pour mieux distinguer les aliments et savoureuses pour redonner l'envie de manger. Les textures Mix & Délices s'adaptent aux difficultés liées

au grand âge des résidents comme les problèmes de mastication et de déglutition. Le résident bénéficie donc du menu du jour en texture modifiée, tout en conservant les saveurs des aliments, leurs qualités, et une présentation sur assiette séduisante.

Des experts métiers à l'écoute des besoins des résidents

Les diététiciens-nutritionnistes Medirest participent à la prévention de la dénutrition. Ils peuvent être sollicités pour analyser les besoins des personnes âgées en fonction de leur statut nutritionnel et des prescriptions médicales. Acteur majeur du terrain, ils interviennent au quotidien auprès des équipes de restauration, s'assurent de la cohérence des menus

au regard des recommandations nutritionnelles en vigueur. Ils veillent également à la bonne application des bonnes pratiques opérationnelles d'hygiène conformément aux exigences réglementaires et dans un souci de garantir la sécurité des aliments.

La relation de proximité entre le personnel de service et les résidents permet elle aussi de stimuler l'appétit, c'est pourquoi la formation du personnel est primordiale dans le processus d'alimentation de la personne âgée. Les personnes accompagnant le moment du repas sont formées à un discours positif durant le service, savent guider les choix des résidents dans la prise de commande et sont en mesure de créer un lien avec le résident.

Animations et opérations prestigieuses : pour retrouver le plaisir de manger

Les animations gourmandes de Medirest permettent elles aussi de redonner l'envie de manger aux personnes âgées. Il est important d'offrir aux résidents des attentions particulières au travers de repas à thèmes, de célébration de fêtes ou même d'ateliers à l'heure du goûter, comme l'animation « *Chantons ensemble* », qui propose une virée gourmande autour des succès d'autrefois.

Source de prestige mais aussi de bien-être, les opérations « *Instants Étoilés* » permettent aux résidents des EHPAD de vivre une expérience gastronomique d'exception. Spécialement conçu pour magnifier l'instant repas, « *Instants étoilés* » propose 6 recettes imaginées par Yannick Alléno, Chef multi-étoilé*.

Ce concept permet ainsi d'aborder les enjeux de l'alimentation des personnes âgées en créant une dynamique à travers la réalisation de recettes haut-de-gamme, réel vecteur de plaisir.

Les enjeux liés à la dépendance sont forts et il est essentiel d'anticiper les problèmes de dénutrition. Medirest, spécialiste de la restauration dans les secteurs de la santé et du médico-social, apporte ainsi des réponses concrètes à ces problématiques et accompagne au quotidien plus de 700 établissements clients et sert 45 millions de repas par an. 🍷

* Trois étoiles au Guide Michelin, Yannick Alléno dirige depuis le 1er juillet 2014, les cuisines du Pavillon Ledoyen (75008). En 2015, il est élu cuisinier de l'année 2015 par le fameux guide Gault&Millau.

« Délices du Soir »

Lutter contre la dénutrition et redonner l'appétit

« Délices du soir » est un dîner équilibré constitué de 4 composantes :

- 1 plat complet sous forme de velouté
- 1 produit laitier (à choisir parmi un plateau de fromages et de laitages)
- 1 dessert (à choisir parmi 2 différents)
- 1 douceur à emporter (souvent un biscuit)

« Délices du soir » est un repas complet qui répond aux besoins des personnes âgées et dont le plat principal se présente sous la forme d'un velouté. Ce dernier tirant son originalité de la transformation d'un plat traditionnel en velouté.

Le velouté est consommé facilement et répond aux modifications physiologiques du grand âge. Dans un dîner classique, c'est l'élément le plus apprécié. Medirest a donc naturellement opté pour cette solution. 🍷



La SACEM et COLLECTIVISION, un partenariat renforcé pour une meilleur clarté !

Si la SACEM est votre référent
pour la partie musicale d'une œuvre,
COLLECTIVISION l'est pour la partie vidéo.

Vous devez donc être en règle pour la gestion
des droits destinés à vos projections publiques
non commerciales en EHPAD.

Depuis 30 ans, Collectivision fournit à ses clients des **droits de représentation « publique non commerciale »** des œuvres audiovisuelles, dans un cadre juridiquement sécurisé. Nous exerçons nos activités dans le plus grand **respect de la législation française**, s'agissant des droits d'auteur et de la propriété intellectuelle. Ce cadre juridique est essentiel pour la préservation des intérêts non seulement des auteurs, de leurs ayants droit, mais aussi de nos clients.



Tél. 04 67 79 89 89 - www.collectivision.fr - Retrouvez-nous également sur  



Santé collective

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ,
SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

« Enfin un partenaire avec lequel
nous construisons l'avenir »

L'offre frais de santé collective responsable qui protège vos salariés et vous permet de répondre sereinement à vos obligations sociales.

3 raisons de choisir SHAM Conseil comme partenaire

- L'efficacité d'un contrat collectif associée à la souplesse du choix individuel
- Un budget santé maîtrisé grâce à une offre avantageuse
- La réponse aux contraintes réglementaires qui s'imposent à votre établissement

Soucieux de délivrer des solutions d'assurance de qualité et performantes, SHAM Conseil choisit APICIL, 5^{ème} groupe de protection sociale en France comme partenaire, pour conjuguer la connaissance de votre secteur d'activité avec l'expertise d'un acteur référent sur le marché.

Service Client

Du lundi au vendredi de 9h à 18h

04 72 75 1000

Mail : contact@sham-conseil.fr

sham
_conseil