

EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

9€

DROIT

Loi ASV : des droits renforcés pour les résidents en EHPAD

FOCUS

Paris Healthcare Week 2016

RISQUE

Intégrer la prévention des risques professionnels dans le cahier des charges des achats

PRÉVENTION

300 000 escarres par an en France, comment les éviter ?

SÉCURITÉ

Comment protéger son personnel, ses résidents et ses locaux ?

DOSSIER

Révolution
dans les territoires de santé

INTERVIEW

M. Claude Alphandéry

Président d'une grande banque, après avoir été expert économique auprès de l'ONU, il se consacre depuis 30 ans à l'économie sociale et solidaire en France.

« Il y a une complexité de services à rendre aux personnes âgées qui implique une économie solidaire »





Fonction linge en EHPAD NOS SOLUTIONS

efficience



fiabilité



hygiène

Norme RABC : Solutions “laveuse barrière” ou “sas barrière”

Laveuses barrières 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 - info@girbau.fr

MATÉRIEL DE BLANCHISSERIE

GIRBAU

France

EDITO

Réforme et évolutions territoriales : quelles conséquences pour les EHPAD ?

Montée en puissance des métropoles, maintien des départements, renforcement du couple région/intercommunalité, substitution des zones aux territoires de santé... la nouvelle organisation aura bien sûr un impact sur le secteur du médico social, mais limité.

Comme le souligne Michel Laforcade, Directeur général de l'ARS Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin « les EHPAD sont parties prenantes de cette politique ; bien repérés dans l'offre de proximité, ils sont appelés à contribuer au maintien à domicile. Le savoir-faire des EHPAD est ainsi à valoriser dans le cadre de cette ouverture territoriale ».

Oui mais quelles seront les conséquences pour les EHPAD au quotidien ? S'il n'y a pas de bouleversement majeur et immédiat à attendre, de nouvelles perspectives s'ouvrent cependant. Le département restera l'interlocuteur privilégié des EHPAD et, au sein de l'ARS, les correspondants locaux (inspecteurs, tarificateurs) demeureront dans les délégations territoriales. Quant à la loi du 22 janvier 2016, si elle ouvre la possibilité aux établissements et services médico-sociaux d'adhérer à un groupement hospitalier de territoire, elle ne rend pas cette participation obligatoire. 

La rédaction

360°

- 3 En bref
- 8 L'interview M. Claude Alphanféry

Animateur de la Résistance dans la Drôme et lieutenant-colonel des Forces françaises de l'intérieur à 21 ans, Claude Alphanféry est un ancien élève de l'ENA. Président d'une grande banque, après avoir été expert économique auprès de l'ONU, il se consacre depuis 30 ans l'économie sociale et solidaire en France.

Dossier

- 13 Révolution dans les territoires de santé

Fusion des ARS, création des Groupements hospitaliers de territoires (GHT)... que savoir sur le big-bang des territoires de santé ? Une révolution qui touche inéluctablement les Ehpads et leur environnement de soins.



Cœur de métier

- 19 **Droit**
Loi ASV : des droits renforcés pour les résidents en EHPAD
- 21 **Focus**
Paris Healthcare Week 2016
- 23 **Risque**
Intégrer la prévention des risques professionnels dans le cahier des charges des achats
- 25 **Prévention**
300 000 escarres par an en France, comment les éviter ?
- 28 **Sécurité**
Comment protéger son personnel, ses résidents et ses locaux ?



Société d'édition :
Sari PRESSE & COM
1, rue de Craiova - 92000 Nanterre
Tél : 01 47 76 15 86
E-mail : contact@presse-and-com.fr
www.presse-and-com.fr

Directeur de la rédaction
et responsable commercial :
Cédric Abidos.
E-mail : cedric.abidos@ehpad-magazine.fr

Rédaction : Virginie Tasso.
Chef de publicité : Kevin Charles.
E-mail : kevin.charles@ehpad-magazine.fr

Responsable marketing
et communication/rédaction :
Virginie Tasso.
E-mail : v.tasso@ehpad-magazine.fr

Maquettiste : Sandrine Fontaine.
Direction artistique : Specimens.
Site web : www.specimens.fr

Crédit photos : Media for medical -
Shutterstock.

Dépôt légal : mars 2014
ISSN : 2258-5338
Commission paritaire : 0214 T 91258

Imprimeur : Imprimerie de Champagne,
France - Imprimé en France.

Service abonnements :
1, rue de Craiova, 92000 Nanterre
E-mail : abonnement@ehpad-magazine.fr

Retrouvez-nous sur :
www.ehpad-magazine.fr





SERVICES CONSEILS RÉFÉRENCIEMENT **SANTÉ**



VOLUME D'ACHAT 2015
44 MILLIONS
DE REPAS
DANS LE SECTEUR SANTÉ

Profitez de notre offre alimentaire



Restauration autogérée

- Négociation Prix Mercuriales (120 Fournisseurs sur 12 régions)
- Commission Nationale Restauration : 14 membres élus par les adhérents
- Charte Qualité et Traçabilité
- Concours culinaire national
- Réunions régionales
- Logiciel de gestion
- Audits et formations*

* sur consultation

Service restauration Avantages

- Synergie et implication (*équipes*)
- Souplesse et transparence (*maîtrise des coûts*)
- Réactivité et autonomie (*choix journalier*)
- Achat de proximité (*produits régionaux*)

NOUVEAUTÉ 2016

MERCURIALES
ALIMENTAIRES
CACIC en ligne
www.cacic.fr



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-ehpad.fr

www.cacic.fr

Un **nouveau regard**
sur l'achat performant



Baisse des dotations départementales : SOS EHPAD en danger

Un vent d'inquiétude souffle sur le secteur. Après l'AD-PA, début mars, c'est au tour de la FNADEPA, de dénoncer les coupes franches décidées par de nombreux conseils départementaux dans les dotations pour l'hébergement des personnes âgées. En raison de la chute de la Dotation globale de fonctionnement et l'explosion des dépenses de solidarité, les conseils départementaux font face à de sérieuses difficultés financières et adoptent, de fait, dans leur budget des plans d'économies drastiques. Ce qui n'est pas sans conséquence sur les EHPAD. « Les taux directeurs fixés par les conseils départementaux pour couvrir l'évolution des besoins n'ont jamais été aussi faibles. De nombreux départements les ont fixés à 0 % (par exemple la Vendée, le Maine-et-Loire, la Charente-Maritime, etc.) ne couvrant même pas le glissement vieillesse technicité. Pire, dans le Nord Pas-de-Calais, ce taux a été fixé à - 3 % ! En 2015, le Gard l'avait fixé à - 2 % », liste la FNADEPA.

Pour l'AD-PA, les Conseils départementaux « imposent de supporter le poids de leur défaillance budgétaire aux personnes âgées ». Les EHPAD qui subissent depuis plusieurs années des tours de vis budgétaires n'ont guère de marges de manœuvre pour assurer une prise en charge de qualité des résidents avec des moyens de plus en plus réduits. « Les établissements doivent-ils réduire la facture de restauration, en supprimant fromage et dessert ? Doivent-ils réduire leurs dépenses structurelles ou leurs dépenses de personnels alors que les établissements fonctionnent déjà à flux tendu ? », interroge la FNADEPA. La FNADEPA critique la piste proposée voire imposée par certains conseils départementaux aux EHPAD : la déshabilitation partielle de l'aide sociale.

La fédération y voit « une vision à court terme » au détriment des personnes âgées. La déshabilitation partielle de l'aide sociale « entraînerait une libéralisation des tarifs

des établissements, introduisant une sélection à l'entrée bien éloignée de la solidarité nationale ».

« La déshabilitation de l'aide sociale a des conséquences lourdes. Les prêts consentis pour la construction et la restructuration seront à des taux plus élevés (pas de prêts bonifiés) et se répercuteront encore sur le tarif hébergement », alerte, de son côté, la FNAPAEF. Dénonçant « le décalage entre l'ambition nationale et les restrictions

budgétaires », la FNADEPA appelle de ses vœux « la recherche de solutions concertées entre les départements et les établissements » et le lancement du second volet de la loi, consacré aux Ehpads. De son côté, l'AD-PA réclame un débat sur une vraie prestation d'aide à l'autonomie attendue par les Français et plébiscitée par le Conseil Economique Social et Environnemental (CESE). 9



Senior Connect + : un projet d'« EHPAD à domicile »

Faire de l'Ehpad un acteur clé du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Telle est la philosophie du projet « Senior Connect+ » lancé conjointement par le GROUPE SOS Seniors et la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) Alsace-Moselle. Les établissements engagés dans cette expérimentation auront pour mission de devenir « des plateformes de coordination » des services à domicile (portage de repas, services de soins infirmiers à domicile...) ou d'entreprises innovantes proposant des solutions technolo-

giques d'accompagnement à domicile (téléassistance, appel malade, suivi de paramètres physiologiques, détection de chutes).

Au-delà de la prise en charge de leurs propres résidents, ces structures se positionneront comme « des lieux et centres de ressources » pour accueillir au quotidien des non-résidents qui pourront bénéficier de leurs activités et services.

Enfin, « Senior Connect+ » contribuera à faciliter l'accompagnement des personnes âgées à domicile « en

coordonnant les interventions » des différents acteurs de la santé à domicile et de l'autonomie. Objectif : réduire les ruptures dans les parcours.

Cette expérimentation d'Ehpad « hors les murs » est menée sur deux sites pilotes sur deux ans : l'Ehpad Les Cèdres à Metz et l'Ehpad Julie Gsell à Bischwiller, avant de pouvoir être étendue à d'autres établissements de GROUPE SOS Seniors. 9

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

EHPAD MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

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
1, rue de Craiova - 92000 Nanterre



**10
NUMÉROS
PAR AN**

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

Choisissez la formule qui vous correspond :

- Papier** **90€ TTC**
1 an (10 numéros) France métropolitaine + 10 newsletters
- Papier, Web, Application smartphone** **130€ TTC**
1 an (10 numéros) France métropolitaine + 10 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés ~~150€ TTC~~
- Web, Application smartphone** **60€ TTC**
1 AN D'ABONNEMENT + 10 newsletters
+ Accès au site et 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 :

- Établissement public Établissement privé

Précisez :

Date : / /

Signature et cachet :



Fin de vie : les propositions de l'Igas pour la gestion des directives anticipées

Missionnée par le ministère de la Santé, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a publié, le 14 mars 2016, son « expertise sur les modalités de gestion des directives anticipées de fin de vie ». Les directives anticipées expriment les souhaits d'une personne majeure sur sa fin de vie en vue de refuser, de limiter ou d'arrêter les traitements et les actes médicaux pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Mises en place par la loi Leonetti de 2005, elles sont en fait très méconnues. En 2009 seuls 2,5 % des personnes décédées cette année là avaient rédigé des directives.

La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits pour les personnes malades et en fin de vie renforce le caractère contraignant de ces directives anticipées pour le médecin et prévoit l'instauration d'un registre national des directives anticipées de fin de vie.

Pour la mission IGAS, priorité doit être donnée à l'information et la promotion de ce dispositif auprès du public, des professionnels de santé et des associations d'usagers. Elle propose que cette fonction d'information soit confiée au Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, créé par un décret du 5 janvier 2016. Ce nouvel organisme devra donner au médecin traitant un rôle central dans la sensibilisation des patients et dans l'aide à la rédaction des directives anticipées. « Toute personne qui souhaite rédiger ces directives doit être accompagnée », et le médecin traitant est « le professionnel de proximité, le plus susceptible d'apporter son appui au patient, notamment lorsque celui-ci est déjà porteur d'une maladie chronique (10 millions de patients sont actuellement en

affection longue durée avec une visite mensuelle auprès de leur généraliste) », considère l'Igas.

Conserver les directives anticipées dans le DMP

Les autres médecins spécialistes ou hospitaliers tout comme les professionnels du secteur médico-social, sont aussi invités à aborder cette question avec les patients, notamment si ces derniers en font la demande.

« Une formation adaptée doit également être envisagée pour les professionnels du secteur médico-social pour qu'ils soient à même d'évoquer leurs directives anticipées avec les personnes qui le souhaitent. Mais cette problématique de fin de vie nécessite d'être mentionnée assez tôt dans le parcours de santé. En effet, il n'est pas envisageable de n'y penser qu'au moment où la personne âgée entre en EHPAD », souligne le rapport. Pour rappel, selon les premiers résultats de l'enquête bientraitance de l'Anesm, seuls 28 % des résidents disposent de directives anticipées. Ils étaient 5 % en 2013 selon un rapport de l'Observatoire national de la fin de vie.

En ce qui concerne la gestion du registre national, la mission préconise que le futur dossier médical partagé (DMP), relancé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et géré par l'Assurance Maladie devienne le support de conservation des directives anticipées. Le « DMP est l'outil le plus adapté pour assurer à moindre coût l'identification des personnes, la conservation et la sécurisation lors de l'interrogation ». Et l'Inspection de conclure : « Aucun des autres opérateurs existants ne fera mieux, plus vite et à meilleur coût. »

Mesurer la polymédication chez la personne âgée

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) évalue, dans une étude récemment publiée, à 33 %, en France métropolitaine, le nombre d'individus âgés de 75 ans et plus qui sont polymédiqués (soit 10 médicaments et plus) lorsque sont uniquement pris en compte les traitements au long cours (polymédication dite « continue »). Mais ce pourcentage grimpe à 40,5 % lorsque l'on considère la polymédication « cumulative », c'est-à-dire l'ensemble des médicaments administrés sur une période donnée. « La différence observée entre les deux indicateurs permet de quantifier la part liée aux traitements de pathologies intercurrentes, qui surviennent alors qu'une ou plusieurs autres pathologies sont présentes. », précise l'étude

Le fait d'être en affection longue durée (ALD) augmente la polymédication. C'est le cas avec l'insuffisance respiratoire, le diabète et la maladie de Parkinson. En revanche, pas avec la maladie d'Alzheimer. « Un individu en ALD pour maladie d'Alzheimer serait moins à risque de polymédication, et plus particulièrement moins soumis à des traitements aigus intercurrents », constatent les auteurs de l'étude.



La maltraitance, « une réalité difficile à cerner »

En février dernier, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) publiait les premiers résultats de sa troisième enquête nationale sur la bientraitance. Pascale Boistard, secrétaire d'Etat chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie revenait sur cette problématique, le 8 mars, à l'occasion du colloque « *Nous n'en avons pas fini avec la maltraitance* », organisé par la Fehap (Fédération des établissements d'hospitalisation et d'aide à la personne). « *Pendant longtemps, la maltraitance n'a pas fait l'objet d'une pleine prise de conscience de la part des pouvoirs publics, elle a d'abord été envisagée sous un mode individuel et souvent compassionnel. Une réelle culture de la bientraitance s'est progressivement installée, notamment dans les EHPAD qui ont intégré progressivement cette dimension dans leurs pratiques* », a-t-elle souligné.

Si la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ne comporte pas de dispositions dédiées à la lutte contre la maltraitance, elle prévoit toutefois « *plusieurs dispositions visant à réaffirmer les droits et les libertés des personnes âgées* ».

C'est le cas notamment avec la possibilité de rédiger une annexe au contrat de séjour précisant les mesures particulières prises pour assurer l'intégrité physique de la personne et sa sécurité lorsque sa situation rend nécessaire sa protection. Par ailleurs, un résident en EHPAD a la possibilité de désigner une personne de confiance, chargée de l'accompagner dans ses démarches et ses décisions relatives à sa prise en charge.

Le Comité national des droits et de la bientraitance (CNDB), mis en place en 2013, est chargé de la mise en



œuvre de ces dispositions et travaille sur une réflexion éthique à mener, « *afin de définir un cadre juridique tenant compte à la fois des réalités et des difficultés quotidiennes, des droits fondamentaux des personnes et de la nécessaire protection de ces dernières* ».

Dans son discours, Pascale Boistard a regretté que la maltraitance soit « *une réalité difficile à cerner, difficile à chiffrer* ». Les données aujourd'hui disponibles sont « *lacunaires, notamment en l'absence regrettable d'une nomenclature nationale partagée par tous les acteurs* ».

« *Nous devons, face au silence qui entoure encore le phé-*

nomène, accueillir les données qui nous sont remontées, poser des diagnostics, proposer des analyses, et nous engager dans des actes. Il faut considérer avec beaucoup d'attention les « signalements » qui remontent du terrain et qui témoignent d'une vigilance et d'une prise de conscience par les structures et les professionnels qui révèlent ces situations. Mais il faut également les soutenir et les accompagner dans leur démarche, et se méfier bien davantage des lieux où il ne se passe apparemment jamais rien de fâcheux... », a insisté la Secrétaire d'Etat aux Personnes âgées. ➔



Les familles de résidents ont une image positive des EHPAD

La société de conseil Retraite Plus a réalisé une enquête de satisfaction, « *Le vrai visage des maisons de retraite* » à partir des établissements contenus dans sa base de données (1 800 Ehpads, essentiellement des structures du secteur commercial). Les familles (225 interrogées) se déclarent globalement satisfaites de la vie de leur proche en établissement à 89% dont 69% même très satisfaites. Par ailleurs, seules 3% d'entre elles déclarent que leur proche y vit très mal. Pour 75% des familles sondées, le résident apprécie le moment du repas en

Ehpads. Les animations et activités proposées par l'établissement sont considérées comme variées (69%), de ludiques mais peu nombreuses (18%). Seules 13% les jugent « *plutôt rares* ». Une large majorité des personnes interrogées (77%) se déclare très satisfaites du personnel mais 56% le considèrent « *en nombre insuffisant* ». Enfin, si 36% des familles avouent avoir éprouvé de la culpabilité au moment de l'entrée en établissement de leur proche, 78% d'entre elles, pensent, avec du recul, avoir pris la bonne décision. ➔

Les parcours Paerpa étendus à toutes les régions en 2016

En 2016, le dispositif Paerpa « *parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie* », s'étend pour couvrir un territoire pilote dans chaque grande région non couverte. Pour rappel, ces parcours concernent, les personnes âgées de 75 ans et plus en situation de fragilité, pour prévenir la perte d'autonomie et favoriser le maintien à domicile

Actuellement déployée sur neuf territoires de santé, cette extension, annoncée par Mme la Ministre des Affaires sociales et de la Santé dans le cadre du Pacte Territoire Santé II, a pour objectif de généraliser la démarche Paerpa à la Bretagne, la Normandie, l'Auvergne-Rhône-Alpes, la Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse), « *tout en élargissant la taille des territoires actuels afin d'asseoir les dynamiques de coopération* ».

Un cahier des charges portant extension d'un territoire Paerpa par grande région a été élaboré et soumis à concertation auprès des membres du Comité National Paerpa. « *Sans dénaturer le modèle médico-économique*

en cours d'évaluation par l'IRDES, ce cahier des charges a été simplifié en centrant le modèle organisationnel sur le premier recours et sur l'articulation des secteurs sur l'articulation des secteurs sanitaire, médico-social et social, à l'issue d'un dialogue approfondi avec les différents acteurs présents au sein du comité national Paerpa », précise la Direction de la Sécurité sociale (DSS).

Au niveau national, 2 000 plans personnalisés de santé (PPS) ont été ouverts depuis le lancement opérationnel de l'expérimentation en 2015. Sur le terrain, les actions se déploient afin d'éviter les ruptures de prise en charge des personnes âgées grâce à une meilleure complémentarité et coordination des professionnels. Pour exemple, des astreintes d'infirmières de nuit en EHPAD sont opérationnelles en Nord Pas de Calais, en Pays de Loire ; en Ile de France, en Limousin et en Aquitaine. « *L'hébergement temporaire Paerpa et les consultations de télémédecine sont enfin organisés sur la quasi-totalité des territoires* », souligne la DSS. 📍



Administration des médicaments : la HAS se mobilise contre les interruptions de tâches

Appels téléphoniques, discussion, bruit, activité multi-tâche... les sources d'interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments sont multiples, souvent de courte durée et le plus souvent induites par des membres de l'équipe soignante. Un grand nombre d'entre elles sont des situations à risques d'erreurs. « *Elles affectent l'attention, peuvent générer du stress, ainsi que des erreurs médicamenteuses. Leur gravité augmente avec la fréquence des interruptions de tâche lors de l'administration d'un médicament* », insiste la Haute autorité de santé (HAS). Une problématique qui concerne les établissements de santé mais également les Ehpad. Après avoir diffusé en 2013, le guide « *outils de sécurisation et d'auto évaluation de l'administration des médicaments* », la HAS publie une brochure complémentaire proposant une démarche, qui intègre la prise en compte du facteur humain et organisationnel (locaux, les horaires, organisation, caractéristiques du personnel, les règles de communication...), associée à « *des outils clés main* ». Afin de sensibiliser davantage encore les professionnels, un film à visée pédagogique illustre quelques situations associées à des interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments. Enfin, un kit permet de conduire des audits pour tester et



consolider les supports mis en place, identifier les sources d'interruption de tâche, et de proposer des pistes de solution. Il a été expérimenté par six établissements de santé. Différentes illustrations d'outils de repérage d'un professionnel exerçant une tâche qui ne doit pas être interrompue. « *Les outils ne sont d'aucune utilité si le projet n'est pas reconnu et partagé par l'équipe* », souligne l'HAS. Tous les outils sont disponibles en téléchargement sur www.has-sante.fr 📍

Diane Battista

Inondations meurtrières à l'EHPAD de Biot : ouverture d'une information judiciaire

En octobre dernier, lors de violentes intempéries, un torrent de boue avait déferlé dans l'EHPAD Le Clos Saint Grégoire à Biot (Alpes-Maritimes). Trois résidentes s'étaient noyées au rez-de-chaussée de l'établissement, dans leurs lits. Plus de cinq mois après le déluge meurtrier, et après l'enquête réalisée par les gendarmes, Georges Gutierrez, le procureur de Grasse a décidé d'ouvrir une information judiciaire contre X pour homicides involontaires afin d'établir d'éventuelles responsabilités. Un juge d'instruction va devoir déterminer si l'EHPAD, qui avait connu, par le passé, un problème d'inondation, avait bien pris toutes les précautions nécessaires, a indiqué le procureur de Grasse. Plusieurs proches ont déposé plainte, dont au moins une famille pour homicide involontaire. Le juge d'instruction va donc reprendre point par point l'enquête menée par la gendarmerie de Cannes pour éclaircir les zones d'ombre. Un travail qui prendra plusieurs mois. 📍



M. Claude Alphandéry

Animateur de la Résistance dans la Drôme et lieutenant-colonel des Forces françaises de l'intérieur à 21 ans, Claude Alphandéry est un ancien élève de l'ENA. Président d'une grande banque, après avoir été expert économique auprès de l'ONU, il se consacre depuis 30 ans à l'économie sociale et solidaire en France.

“ Par rapport à un vieillissement qui créé des risques de dépendance, il y a une complexité de services à rendre aux personnes âgées qui implique une économie solidaire. ”

Qu'est-ce que l'économie sociale solidaire ?

► **Claude Alphandéry** : C'est une question piège, car on a besoin de définir le concept, mais sans l'enfermer. C'est un ensemble d'initiatives qui conjugue à la fois l'économie et l'utilité sociale et dont le fonctionnement est nécessairement démocratique et ancré sur la vie locale.

Il faut expliquer en quoi le fonctionnement démocratique est lié à l'utilité sociale.

C'est contre tout esprit de domination : des plus riches sur les plus pauvres, des régions les plus riches par rapport aux régions pauvres, etc. . .

Parfois, c'est plus tourné vers l'économie, parfois ça l'est beaucoup moins. Cela se distingue des actions purement charitables puisque cela conjugue l'utilité sociale et l'économie. Ce sont souvent des petites entreprises, des associations mais il y a aussi toute une économie sociale née au XIX^{ème} siècle, au moment où a grandi le capitalisme, sous forme de coopératives, d'associations, de mutuelles, avec l'idée de produire non pas pour réaliser du profit, mais dans un but d'intérêt général.

Cela peut consister en des services à la personne, à l'enfance, aux personnes âgées, handicapées ou déplacées, immigrées, au développement de la culture populaire, cela peut être lié à l'éducation pour un accès de tous à celle-ci, cela peut être lié à une agriculture écologique ou bio, cela peut-être la protection de l'environnement.

Il y a une multitude d'associations qui se sont développées, car ce n'est toujours pas le rôle des pouvoirs publics que de rentrer dans ce fonctionnement qui n'est pas vraiment compatible avec la règle de la comptabilité publique.

Depuis la fin des trente glorieuses, on attendait beaucoup de l'Etat : la Sécurité sociale, la généralisation de l'enseignement, la médecine pour tous. . . Avec le néo-libéralisme, la mondialisation,

le capitalisme financier et une pression pour que l'Etat dépense moins, il a fallu trouver d'autres moyens.

Ce sont les initiatives citoyennes qui l'ont fait avec l'aide de l'Etat, ce qui n'est pas vrai dans les pays anglo-saxons. En Europe, l'ESS est une sorte d'économie hybride : elle est vraiment économique, parfois c'est 80% du CA qui est couvert par des banques sur le marché, parfois c'est seulement 30% ou 50%. Le complément c'est l'Etat, les collectivités locales et beaucoup le bénévolat ainsi que l'épargne solidaire. C'est une tendance qui est en train de se développer, mais celle-ci était déjà le propre des Caisse d'Epargne.

Quels sont les principes de l'ESS ?

► **C. A. :**

> **Une finalité d'intérêt général ou collectif :**

le projet des structures de l'ESS privilégie l'intérêt collectif (de ses membres, de ses salariés ou des bénéficiaires de son action) sur l'intérêt individuel, qu'il s'agisse de créer et maintenir des emplois durables et de qualité, de mettre en œuvre des projets respectueux de l'environnement ou de contribuer à la réduction des inégalités et à la cohésion sociale.

> **Une gouvernance démocratique :** les structures de l'ESS placent les hommes et les femmes associés au projet au cœur du processus de décision selon le principe « une personne, une voix », élisent leurs dirigeants et associent les parties prenantes à l'exercice du pouvoir.

> **Une libre adhésion :** l'adhésion, tout comme la sortie d'une structure de l'ESS est un choix individuel qui ne peut être imposé.

> **Une lucrativité limitée :** les structures de l'ESS affirment la primauté de l'homme par rapport au capital. Elles encadrent les échelles de sa-

lares, limitent ou refusent la rémunération du capital et affectent les excédents réalisés au développement du projet.

> **Un ancrage territorial et une mobilisation citoyenne** : les structures de l'ESS s'appuient sur l'ensemble des acteurs de leurs territoires (collectivités territoriales, entreprises, usagers...). Elles ont pour objectif de faire des citoyens les contributeurs aussi bien que les bénéficiaires, du progrès économique, social et écologique.

Quelles sont les structures de l'ESS ?

► C. A. :

Les associations loi 1901

Les coopératives : constituées de membres associés qui détiennent au moins une part dans la structure, leur gouvernance est fondée sur le principe démocratique « une personne, une voix. »

Les mutuelles : à but non lucratif, elles sont actrices de la santé et des assurances

Les fondations : de personnes, d'entreprises ou « abritées » par une autre fondation

Les entreprises sociales et/ou solidaires. Leur finalité relève de l'intérêt général et elles appliquent les valeurs liées à l'ESS sans en avoir forcément l'un des statuts.

Les trois premières structures constituent ce qu'on appelle le courant historique. Il y a maintenant des entreprises sociales où l'on n'est pas sous l'emprise d'un actionariat. Cela pose la question de jusqu'où l'on peut aller.

On parle de lucrativité limitée mais il y a deux aspects de la lucrativité : l'échelle des salaires et la distribution du profit.

Les entreprises sociales, certaines pour se défendre, vivent dans un système capitaliste et sont obligées d'employer des moyens capitalistes. Leur gouvernance démocratique est importante car tout ce qui est social est à la merci de déviation. Cela implique un changement des individus : en effet, il n'est pas facile d'être actif, entreprenant et d'accepter que les autres aient droit une part du « gâteau » !

Quel a été votre rôle dans le développement de l'ESS ?

► **C. A.** : L'économie sociale et solidaire est née en même temps que le capitalisme.

C'est un mouvement qui a dévié un peu. Par exemple le Crédit Mutuel, qui a pour devise « *Nos clients sont nos actionnaires* ». En même temps, ils ont acheté le Dauphiné, le grand journal de l'Alsace. Certaines coopératives laitières sont pires que



Réhabilitation des anciennes prisons de Lyon par Habitat et Humanisme

les grandes surfaces ! Ils n'ont pas compris ce qui se passait depuis la fin des années 70 avec l'arrivée du chômage, de la précarisation, les méfaits de l'urbanisation.

C'est dans les années 80 que toute une série d'initiatives sont nées localement pour remédier aux dysfonctionnements d'une société qui ne marchait que pour le profit.

Mon rôle a été de montrer que cela existait et que ce n'était pas seulement réparateur de méfaits mais que cela préparait une certaine métamorphose de la société. Quand on faisait des AMAP par exemple, ce n'était pas seulement pour faire du bio, mais aussi pour créer du lien entre des gens qui ne se connaissaient pas.

Quand on fait un éco-quartier, c'est de l'économie solidaire à la fois par l'économie d'énergie (panneaux photovoltaïques par exemple) mais aussi des maisons d'associations, la naissance du covoiturage, le soutien juridique, le petit bricolage qui rend les choses plus faciles, un médiateur la nuit pour répondre aux demandes des personnes âgées. Dans un éco-quartier, il y a en général une régie de quartier, qui, en accord avec soit l'office d'HLM soit la municipalité est chargée de l'entretien des immeubles. Mais elle fait aussi de la médiation et du bricolage notamment au service des personnes âgées.

J'ai pu agir de deux façons : la Caisse des Dépôts m'a confié la présidence d'une fondation qu'elle avait contribué à créer : France Active. Celle-ci ne fonctionnait pas très bien.

Elle faisait des prêts d'honneur qui n'étaient pas remboursés. Mon idée d'ancien banquier a été : on a besoin de banquier. Si on crée une entreprise d'aide aux personnes âgées, ou une entreprise d'insertion, on a besoin d'un fonds de roulement Or, le banquier est réticent par essence : il dit non par principe, sans même regarder : C'est un projet

qui n'est pas rentable, les personnes n'ont pas de relations etc. . .

France Active a créé un système de garantie : elle apporte une garantie au prêt qui diminue le risque bancaire (elle garantit 60% du prêt) et elle instruit le prêt aussi bien que possible. L'idée a été bien accueillie par les présidents de banques mais a eu du mal à se développer. C'était il y a 26 ans. Les premières années, les directeurs d'agence avaient peur. Il a fallu beaucoup de temps pour qu'ils se rendent compte que nous leur apportions une aide formidable. Nous développons leur clientèle ! Aujourd'hui au sein de France Active, il y a une société d'investissement qui a 150 millions de capital. Ce chiffre est significatif mais faible par rapport aux milliards des banques commerciales. Les prêts que nous faisons sont d'un montant de 60 000 euros en moyenne. Elle finance douze à treize mille entreprises par an. Ce n'est pas suffisant par rapport aux besoins généraux, mais cela amorce un système de crédit solidaire.

En même temps, je connaissais bien Michel Rocard, qui venait d'être nommé premier ministre en 1989 et venait de créer le RMI. Il était soucieux du financement de celui-ci. Cela faisait dix ans que nous faisons du ski ensemble aux Arcs tous les ans et ma chance a été extraordinaire : nous avons pris une benne avec son ministre du Travail, M. Soisson, qui est tombée en panne.

J'ai pu pendant 35 minutes expliquer au premier ministre et au ministre du travail, ce que je savais des entreprises d'insertion. Il a trouvé cela formidable, et m'a demandé de faire un rapport, de présider un Conseil national. Nous avons pu apporter les financements, au départ pour les chômeurs en grande difficulté.

J'ai pensé que l'aide à l'emploi n'était pas le seul élément d'une économie solidaire. Les effets du capitalisme financier sont de produire des biens

impressionnants mais il détruit de l'emploi par la recherche de productivité et il ne répond pas à des besoins qui ne paraissent pas suffisamment rentables.

Il m'est apparu qu'il fallait répondre à des besoins qu'aucune entreprise purement capitaliste ne considère. Petit à petit, au cours de mes déplacements, j'ai vu la variété et la richesse de ces initiatives. Il y a cinq ans, on commençait à en parler, mais de manière fragmentée. Il fallait faire un grand coup pour faire découvrir au public ce qu'est l'économie sociale et solidaire. Nous avons loué le palais Brongniart, ancienne bourse de Paris. Cela avait une valeur symbolique : « à la bourse des valeurs, nous allons parler des vraies valeurs ». Dix mille personnes sont venues de toute la France à cette sorte de forum avec des projets. A l'extérieur, il y avait un petit marché d'AMAP. Sur l'ensemble de ces initiatives, nous avons essayé de reconnaître les plus significatives, sous la forme de « 400 cahiers d'espérance ». C'était sur le modèle des cahiers de doléances de la Révolution française, mais j'ai voulu que ce soit sous la forme d'espérance plutôt.

A partir de ce moment-là, on n'a plus appelé l'économie sociale seulement mais on a dit, économie sociale et solidaire car elle dépassait le courant historique (les mutuelles) pour répondre aux besoins d'une société nouvelle avec un modèle économique qui est en train de s'épuiser.

Stéphane Hessel (auteur de Indignez vous !) et Edgar Morin ont été, avec moi, les grands animateurs de ce courant.

Actuellement il y a un vrai bouillonnement, mais je ne sais pas ce que cela donnera.

On essaie de trouver une date où il y aurait dans 350 villes et petites villes, un regroupement des initiatives, un peu sur le même modèle que ce que nous avons fait à Paris. Nous essaierons de voir leurs principaux axes : la protection de l'environnement, l'aide aux personnes dépendantes, l'aide aux chômeurs et le développement local.

Je crois beaucoup aux initiatives citoyennes et en ce moment il y a énormément de choses qui se passent comme des regroupements de collectifs, pouvoirs citoyens, les transitions citoyennes etc... C'est la seule réponse que l'on puisse faire à cette panne de la vie publique.

Par quoi avez-vous été séduit dans l'économie sociale et solidaire, vous qui avez été banquier pendant de nombreuses années ?

► C. A. : Quand j'étais banquier de l'immobilier, j'ai été le premier en France à lancer le crédit hypothécaire avec des crédits sur vingt ans (jusqu'à présent le crédit était limité à 12 ans ce qui rendait l'accession à la propriété très difficile). Comme j'étais tout de même un homme de gauche, je voulais que les gens ne fassent pas n'importe quoi et j'organisais des comités d'accompagnement des emprunteurs et j'accordais des taux différenciés en fonction des capacités de remboursement des gens. J'ai pu le faire car le marché immobilier était très favorable. Je gagnais énormément d'argent, la valeur en bourse ne cessait de monter. Puis quand il y a eu

le début de la crise immobilière, mes actionnaires n'ont plus suivi et j'ai cédé ma banque en 1980. Puis en 1981, je suis rentré à la Caisse des Dépôts, qui m'a confié la présidence des bureaux d'étude qui faisaient de l'ingénierie urbaine. Cela m'a conduit à voir les premières entreprises d'insertion. J'ai vu tout le mouvement autour du développement des villes et à force de voir des choses, j'ai pris conscience qu'il y avait un vrai mouvement.

Cela a été pour moi une révolution politique car ma formation était marxiste, donc très productiviste et étatiste.

En quoi l'ESS est-il un secteur économique performant et innovant ?

► C. A. : Si l'on prend l'ensemble des coopératives, des mutuelles, des grandes associations en France, comme la Croix-Rouge, cela représente 11% de l'emploi en France. Mais ils ne sont pas tous forcément solidaires, il y a de mauvaises coopératives par exemple. Il y a beaucoup d'entreprises performantes qui ouvrent la voie à ce qu'on appelle l'économie circulaire (transformation des déchets par exemple) et l'économie collaborative (open data). On est en avance sur le marché. Mais le problème est que c'est une économie moins capitaliste incapable de concurrencer Google. En matière de santé, on se trouve devant des chimistes, des pharmaciens d'énormes sociétés. C'est une autre forme de performance, pleine d'innovation sociale, qui vient compléter l'innovation technologique.

En quoi l'économie sociale et solidaire peut apporter une réponse au vieillissement de la population ?

► C. A. : Les personnes âgées normalement sont couvertes par l'assurance vieillesse mais c'est insuffisant globalement et cela ne couvre pas tous les méfaits de la société.

Sur ce plan-là, comme sur celui de la culture, de l'enfance ou des soins, cela est réparateur.

Par exemple une grande association animée par un prêtre, Bernard Devert, qui s'appelle Habitat et Humanisme. Ils se sont beaucoup servis des bâtiments diocésains. Ils ont réhabilité à Lyon les anciennes prisons en bâtiments pour étudiants et personnes âgées. Les étudiants, en échange d'un loyer très faible, s'engagent à donner quelques heures aux personnes âgées.

Ce sont des projets difficiles à monter. Il faut le faire en collaboration avec la municipalité, avec des soutiens européens et de l'Etat. C'est une ingénierie



Réhabilitation des anciennes prisons de Lyon par Habitat et Humanisme

très compliquée et c'est le genre de projet qui intéresse des investisseurs.

Je pense que si la population vieillit, toute une partie de celle-ci peut continuer à apporter beaucoup à la société et à l'économie. Pour les retraités, c'est un moyen formidable de rester dans la vie active. Par rapport à un vieillissement qui créé des risques de dépendance, il y a une complexité de services à rendre aux personnes âgées qui implique une économie solidaire.

Avez-vous quelques exemples concrets à nous donner ?

► **C. A. :** Ce que je trouve très intéressant, c'est lorsqu'il y a sur un territoire des pôles territoriaux de coopération économique. Ce sont des entreprises solidaires, des PME pas nécessairement solidaires, l'université du secteur qui se réunissent pour dynamiser le développement de leur territoire. Par exemple les fermes de Figeac dans les Sud-Ouest qui a 13 000 habitants et une communauté de commune représentant 30 000 habitants, qui vivent de manière complètement autonome. Il y a

d'abord eu une coopérative de toits pour faire du photovoltaïque puis l'utilisation d'une rivière pour faire une petite centrale hydroélectrique, puis des éoliennes. Cela a permis une production d'énergie supérieure à leur consommation donc une production d'énergie pas chère qui leur a permis de faire du maraichage d'une autre façon. Ils ont pu faire tracer des chemins de randonnée pour le tourisme avec une signalisation spéciale, ils ont fait venir des entreprises de design. C'est incroyable ce qu'il peut y avoir de choses !

Avez-vous un message à délivrer aux directeurs d'EHPAD et à leurs équipes ?

► **C. A. :** Il faut être innovant, ambitieux et faire confiance à l'intelligence et à la générosité des gens. Les EHPAD peuvent être source de profits énorme et cela peut être aussi quelque chose de formidable où l'on invente de nouvelles méthodes pour que des gens que l'on jugeait « irrécupérables » reprennent goût à la vie, où l'on fait venir des concerts par exemple. 🎵

Propos recueillis par Virginie Tasso



Réhabilitation des anciennes prisons de Lyon par Habitat et Humanisme

AGAP'pro

VOUS PRÉSENTE SON PÔLE NUTRITION

- + Réalisation, correction et validation de menus conformes aux réglementations nutritionnelles.
- + Réalisation d'interventions diététique dans les établissements.
- + Formation et accompagnement en hygiène, nutrition, régime, production.
- + Mise en place d'une assistance diététique.

05.56.40.69.99
agap-pro.com

Vetilabel
marquage et gestion textile



MAURICE DUPONT
LES CAMELIAS
120458045346



- presses à thermofixer
- imprimante textile
- marquage étiquettes nominatives
- logiciel gestion et traçabilité
- codes datamatrix / puces RFID UHF
- inventaire en chambre RFID UHF



24 > 26 MAI 2016
PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

STAND Q31

www.vetilabel.com



Tel 09 63 26 56 33 info@vetilabel.com

Groupe hospitalier de l'Est Francilien
Centre Hospitalier de Meaux
6 et 8 rue Saint Fiacre – BP 2018
77 104 Meaux Cedex



Procédure : CONSULTATION PUBLIQUE

Invitation à candidature relative au projet : **CONSTITUTION D'UN PÔLE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL PUBLIC / PRIVÉ**

Afin de garantir une parfaite égalité de traitement entre l'ensemble des candidats potentiels ainsi que la préservation des intérêts publics, la présente consultation préalable a pour objet d'inviter **les opérateurs intéressés à retirer un dossier de consultation au plus tard, le 22/04/2016 avant 12h.**

Les demandes doivent être adressées par courriel à l'adresse suivante :

✉ ofauconnier@ghef.fr ou l-portenier@ch-meaux.fr

Les opérateurs souhaitant présenter leur candidature devront obligatoirement participer à une visite du site qui sera organisée en présence d'un représentant du Centre hospitalier.

Les dossiers devront être déposés au plus tard le 13 mai 2016 avant 12h.



Révolution dans les territoires de santé

Fusion des ARS, création des Groupements hospitaliers de territoires (GHT)...
que savoir sur le big-bang des territoires de santé ? Une révolution
qui touche inéluctablement les Ehpad et leur environnement de soins.

Dossier réalisé par l'agence Presse Infos +

La Stratégie nationale de santé définie en 2013, sous le Gouvernement de Jean-Marc Ayrault avait placé le territoire, la prise en charge de premier recours et le parcours de soins des patients au cœur des préoccupations. Un territoire en partie redéfini par la loi NOTRe qui a procédé au regroupement des régions françaises en treize unités en Métropole dès le 1er janvier 2016. Ce qui a entraîné le regroupement en autant d'Agences régionales de santé. Le territoire, dans le domaine de l'organisation des soins, est également redéfini par la loi de modernisation de notre système de santé via la substitution des zones aux territoires de santé et, bien entendu, via le nouvel outil que sont, pour les établissements publics uniquement, les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) remplaçant les Communautés hospitalières de territoire (CHT).

Pas de révolution copernicienne...

Une révolution pour les hôpitaux ? Pas vraiment. « Une simple évolution », selon Roland Cash, économiste, consultant, ancien responsable scientifique

à la mission tarification à l'activité. « C'est bien de faire évoluer les outils tous les cinq ans pour entretenir la dynamique », ajoute-t-il, pragmatique. Même sentiment de la part de Vincent Prévotau, vice-Président de l'Association des directeurs d'hôpital (ADH) pour qui il ne s'agit que « d'un approfondissement de la dynamique territoriale déjà initiée » par les CHT et autres GCS (Groupement de coopération sanitaire). Jean de Kervasdoué, économiste de la santé et ancien Directeur général des hôpitaux, est, lui, plus radical, estimant que l'on aurait pu s'abstenir d'une nouvelle réforme administrative qui ne changera rien aux problématiques de terrain (lire ci-contre).

En somme, les nouveaux contours régionaux et les nouvelles mesures du projet de Marisol Touraine ne changeront rien à la donne. « Cela fait un moment que tout le monde est d'accord pour discuter au niveau du territoire sur le bon maillage, la bonne articulation entre l'hôpital de référence et les hôpitaux locaux, sur le nombre de plateaux techniques nécessaire pour chaque territoire et sur leurs tailles », relève Roland Cash. Et comme le texte ne saute pas le pas de l'octroi de la personnalité morale pour le

GHT et qu'il n'y a toujours pas de fongibilité des enveloppes entre le sanitaire et le médico-social, il est impossible de parler de changement de paradigme ou de révolution.

Les Ehpad, un pied dans les GHT

Car c'est bien certainement une des occasions manquées de cette loi que d'avoir quelque peu négligé les synergies avec le secteur médico-social. Toutefois, s'ils n'ont pas l'obligation d'y adhérer, « les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire », précise la loi du 22 janvier. Une possibilité qui n'est pas offerte aux structures privées qui ne peuvent qu'être partenaires d'un GHT. Une possibilité qui semble utilisée dans de nombreux projets de GHT en cours de constitution. Il est vrai que les GHT marquent une vraie étape dans la mise en cohérence de l'offre publique de soins dans les territoires. Tous les acteurs de ce territoire ont grand intérêt à comprendre ce qu'ils vont être. 🗨️



Loi NOTRe et loi de santé

Ce que changent les nouvelles lois

Deux lois vont définir la nouvelle donne régionale dans laquelle les établissements de santé vont devoir évoluer : la loi NOTRe (nouvelle organisation territoriale de la République), adoptée le 7 août 2015, et la loi de modernisation de notre système de santé.

► Loi NOTRe, loi portant nouvelle organisation territoriale de la République

Du point de vue de la Santé, la principale conséquence de la loi NOTRe, adoptée le 7 août 2015, est le passage de 26 à 13 régions, et donc de 26 à 13 Agences régionales de santé au 1^{er} janvier 2016. « La réforme fait disparaître 9 postes de préfets de région et de directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS) », précisait ainsi le compte rendu du Conseil des ministres du 31 juillet dernier qui précisait également que « les sièges des agences fusionnées seront localisés à Bordeaux, Caen, Dijon, Lille, Lyon, Montpellier et Nancy ». Dans certaines régions, la localisation de l'ARS est entrée dans l'équation politique pour faire passer la pilule de la perte de la capitale régionale par telle ou telle métropole régionale. En outre, « les fonctions régionales seront, selon la taille des régions, réparties sur plusieurs sites » précise encore le compte rendu.

Au-delà, les compétences des régions et des collectivités territoriales ne sont pas modifiées en matière sanitaire, la France étant toujours, sur ce sujet, dans une logique de déconcentration plutôt que de décentralisation. Seul vrai sujet de débat, celui du social et du médico-social : la position du curseur entre communes, intercommunalité et départements a été âprement débattue. Si le Département a perdu sa clause de compétence générale, il reste « compétent



pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes ». Il devrait donc rester l'interlocuteur privilégié des Ehpad.

► Loi de modernisation de notre système de santé

Deux mesures concernent principalement les établissements de soins en regard de la problématique régionale et territoriale dans le projet de loi porté par Marisol Touraine : la création des GHT (Groupe hospitalier de territoire) – lire ci-après – et le passage des territoires de santé aux zones.

Concernant ces dernières, la loi de modernisation de notre système de santé procède au remplacement des territoires de santé par les zones. Cette mesure (article 38 du projet de loi) ne suscite ni passion ni débat. Pourtant, elle n'est pas que sémantique. Elle traduit la volonté du ministère d'inciter les Agences régionales de santé à affiner leur approche sur les besoins et l'offre de soins sur les territoires de leur région. Comme l'expliquait dernièrement Deborah Cvetojevic, chef de bureau « Plateaux techniques » à la DGOS (Direction générale de l'offre de soin) devant

un parterre de professionnels de santé, « en passant de territoire à zone, le ministère a la volonté de mieux coller à la réalité du terrain. Alors que jusqu'ici, toutes les activités de soin avaient le même territoire, les zones vont pouvoir varier d'une pathologie à une autre. Nous pourrions ainsi avoir un zonage pour le cancer, un autre pour la dialyse... » Les zones feront, elles aussi, l'objet de décrets d'application, et de documents « pédagogiques » (circulaires, guides...) pour aider les ARS à dessiner leurs nouvelles zones. Ces zones seront les lieux d'application du Projet régional de santé qui doit comprendre un schéma régional de santé, remplaçant des SROS (Schéma régional d'offre de soins). Le schéma régional de santé (art. L. 1434-3.-I. instauré par l'article 38 de la loi) fixe, pour chaque zone « les objectifs quantitatifs et qualitatifs en matière d'évolution de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd », « les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds » et les « transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ». Bref, à en croire le texte de loi, ces zones doivent donc devenir le nouvel outil de planification régionale. Tout un chacun aura donc intérêt à suivre de près le tracé de ces zones par l'ARS. ➔

Les GHT dès le 1^{er} juillet

Chaque établissement public de santé devra, d'ici l'été, s'affilier à un **Groupe hospitalier de territoire (GHT)**, en vertu de la loi de santé votée en janvier dernier. La démarche est obligatoire et les dérogations seront rares.



Les hôpitaux publics vivent actuellement une « vraie révolution ». C'est ce qu'a rappelé Frédéric Valletoux, le président de la Fédération hospitalière de France (FHF), à l'occasion de ses vœux à la presse le 19 janvier dernier. Cette « révolution silencieuse », c'est la création des Groupements hospitaliers de territoire, prévue par la loi de modernisation de

notre système de santé¹. En principe, chaque établissement de soins public devra intégrer un GHT avant le 1^{er} juillet 2016. L'ambition de Marisol Touraine est de « faire en sorte que les établissements de santé d'un même territoire définissent une stratégie commune de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines

fonctions transversales (systèmes d'information, fonction achat, plans de formation...) ». Autant dire que les partenaires des hôpitaux et les autres acteurs de la prise en charge des patients seront aussi impactés.

Mutualisation des moyens

L'objectif est double : réaliser des économies en mutualisant certaines fonctions et certains moyens mais aussi améliorer la coordination et la coopération entre établissements de santé en organisant, dans chaque territoire, les prises en charges selon des filières cohérentes pouvant aller jusqu'à la création de pôles d'activités inter-établissements. La ministre de la Santé souhaite, par la même occasion, mettre un terme aux déficits de prise en charge hospitalière et à la concurrence entre établissements publics de santé.

Pour cela, le Gouvernement prend le secteur hospitalier privé pour exemple : la création des GHT s'inspire des cliniques privées et de leur stratégie de groupe. « Force est de constater que les établissements de santé privés ont su impulser une dynamique de coopération notable, notent Jacqueline Hubert, Directrice générale du CHU de Grenoble, et Frédéric Martineau, Président de la Commission médicale d'établissement du Centre hospitalier de la Côte basque, dans le rapport qu'ils ont récemment remis à Marisol Touraine². La constitution de groupes d'hospitalisation privée est une dynamique engagée depuis maintenant longtemps. » Dommage que le gouvernement n'ait pas pris pour exemple les groupes privés qui ont poussé la logique jusqu'à inclure les Ehpad dans leur périmètre.

150 à 250 GHT

Au total, pas moins de 150 à 250 GHT devraient voir le jour. La méthode privilégiée allie souplesse et fermeté, du moins en l'état du projet de décret d'application qui est dans la boucle de concerta-

tion. Les GHT ne sont pas dotés de personnalité morale ce qui leur évitera un formalisme excessif. Ils résultent simplement d'une convention approuvée par l'Agence régionale de santé (ARS). Ils reposent sur un « projet médical partagé » cohérent avec le projet régional de santé et désignent un « établissement support » comme pilote, un CHU comme référent et un comité stratégique comme guide. Les établissements privés de santé pourront être partenaires d'un GHT et les établissements ou services médico-sociaux en être partie prenante. Le champ des GHT est donc extrêmement large. De très larges pouvoirs ont toutefois été conférés aux directeurs généraux des ARS. Ils ont en effet quasiment les pleins pouvoirs, après mise en demeure, pour mettre en conformité les projets médicaux et les conventions constitutives des GHT qui ne le seraient pas, voire pour pallier leur défaut de transmission en temps et en heure.

Gare à la sur-réglementation

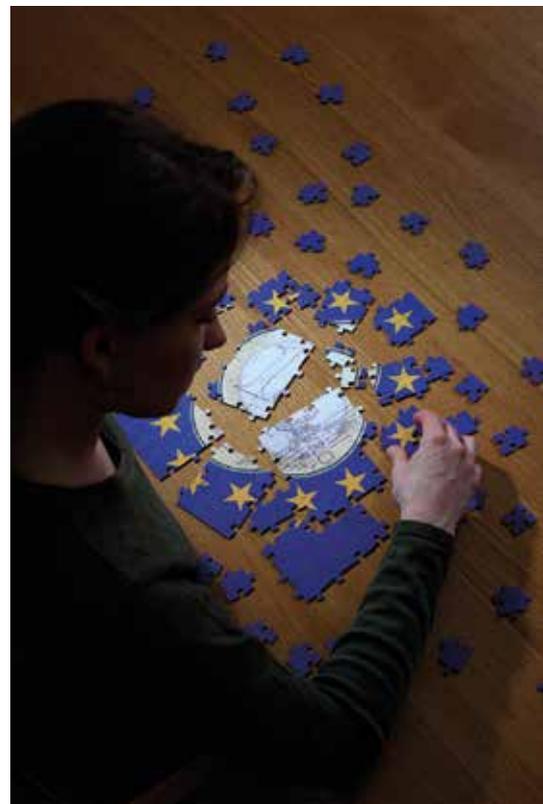
La FHF s'est d'ores et déjà dite favorable à la mise en place des GHT, « tant la définition de stratégies communes est essentielle pour offrir aux Français des prises en charge pertinentes, efficaces et de qualité ». Elle craint toutefois, au vu des premières versions du décret d'application des GHT, un « risque réel de dérive bureaucratique et technocratique allant à l'encontre de l'objectif premier de construction d'un parcours de soins ». Pour elle, les GHT « doivent être une opportunité de laisser aux acteurs de terrain l'initiative de la construction des projets médicaux partagés et d'inventer les organisations adaptées

Europe : des organisations disparates, des préoccupations communes

Tous les modèles d'organisation s'observent à travers l'Europe. Néanmoins, Pascale Garel, Directeur général de HOPE (Fédération européenne des hôpitaux), souligne que « la France, contrairement à la grande majorité des autres états membres est, en matière d'organisation des soins, dans une logique de déconcentration et non de décentralisation ». Ce qui se traduit par la forte persistance de la hiérarchie étatique nationale au détriment des concertations et décisions régionales ou locales. Par exemple en Finlande, à l'opposé du fonctionnement français, « ce sont les municipalités qui lèvent l'impôt et qui vont alimenter la moitié du budget des hôpitaux. Elles sont financeurs mais aussi propriétaires des hôpitaux ».

Toutefois, partant d'une logique très locale, les communes finlandaises ont dû, un peu comme ce qui se passe en France, entrer dans une logique de regroupement des établissements pour atteindre une taille suffisante. « Ce souci de trouver le bon niveau de décision et de financement et ensuite d'organisation hospitalière se pose en fait partout en Europe, analyse Pascal Garel. La logique est simplement différente quand c'est le conseil municipal ou l'ARS qui se pose la question et décide. » Mais force est de constater qu'un certain nombre de pays européens en sont déjà à l'étape suivante : la fongibilité des enveloppes sanitaires et médico-sociales pour décloisonner les secteurs. « Il s'agit du sujet de l'intégration des soins, très poussée dans certaines régions européennes. En comparaison, nous parlons en France encore de GHT, le H ciblant uniquement l'hôpital », souligne le Directeur général de Hope. ➔

en les transcrivant dans des règlements intérieurs », a-t-elle alerté dans un communiqué. En outre, « les GHT doivent respecter les identités et les responsabilités de chaque établissement partie prenante, dans une logique gagnant-gagnant » et c'est « seulement à ces conditions que les GHT prendront tout leur sens, que les personnels hospitaliers et médico-sociaux y adhéreront et que les synergies pourront se construire », a-t-elle rappelé. ➔



Pour une « prise en charge commune et graduée du patient »

L'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé précise que chaque GHT a « pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ». Il « assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements » et implique le transfert de plusieurs activités à l'établissement support du GHT, notamment la gestion d'un Département de l'information médicale (DIM) de territoire et d'un Système d'information hospitalier (SIH) convergent. La loi précise en outre que « dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ». ➔

¹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, Journal officiel du 27 janvier.

² « Mission groupements hospitaliers de territoire, rapport intermédiaire », mai 2015.

Hôpitaux-professionnels libéraux de santé Des territoires à feu et à sang ?

Le discours officiel parle décloisonnement, coopération, échange d'information entre l'hôpital et les professionnels de santé de ville. Mieux, la ville est appelée à désengorger l'hôpital et à l'aider à réduire la voilure. Oui, mais ce n'est pas du tout vécu comme cela par les intéressés. Les équipes des Ehpad pourraient ainsi assister au durcissement des relations entre les professionnels de ville et les équipes des hôpitaux.

Si le Directeur du centre hospitalier de Salon-de-Provence et vice-président de l'association des directeurs d'hôpital (ADH), Vincent PrévotEAU, parle de volonté de travailler avec les médecins libéraux et de leur offrir un outil hospitalier adapté, Philippe Gaertner, président du CNPS, le Centre National des Professions de Santé qui regroupe les principaux syndicats de professionnels de santé libéraux, regrette un véritable hiatus entre les objectifs de la stratégie nationale de santé et le contenu du projet de loi de modernisation de notre système de santé : « *Je rappelle que l'objectif*

est de permettre de maintenir le plus longtemps possible les personnes dans leur lieu habituel de vie et, après une hospitalisation, de lui permettre de retourner à domicile le plus rapidement possible et d'être prise en charge par les professionnels de santé de ville. » Or, ajoute le président du CNPS, « *rien n'a été prévu dans la loi qui permet à des professionnels de santé libéraux d'améliorer cette prise en charge de manière coordonnée* », ce qui constitue un des points d'achoppement entre les libéraux et la loi.

Une déception qui devient hostilité quand ces mêmes libéraux parcourent les mesures de restructuration de l'hôpital et la mise en place des GHT. « *La question est de savoir si la restructuration territoriale des hôpitaux est faite pour améliorer l'efficacité des hôpitaux, ou si elle est faite pour permettre aux hôpitaux d'investir le champ de la ville* » s'inquiète Philippe Gaertner.

De nombreuses remontées de terrain inquiétant pour les libéraux

Une inquiétude nourrie par la remontée, depuis le terrain, de nombreux exemples de « *redéploiement* » d'hôpitaux sur des activités jusqu'ici assurées par les professionnels de santé libéraux. « *Les exemples sont nombreux, détaille le président du CNPS. Si vous prenez l'hospitalisation à domicile, qui est à l'initiative de l'hôpital à 80%, il s'agit bien de l'extension de l'hôpital sur la ville. Si cela est tout à fait pertinent pour les patients les plus lourds, on sait bien qu'à partir du moment où ce type de structures sont créées, on y inclut des patients qui pourraient tout à fait être pris en charge directement par des professionnels de santé libéraux bien coordonnés.* » Autre exemple, plus frontal celui-ci, le Syndicat

des biologistes (SDB), membre du CNPS, a adressé cette année deux lettres de protestation à la ministre de la Santé contre des hôpitaux qui ont promu auprès des patients de ville, via la presse locale ou leur site internet, leurs laboratoires de biologie médicale. Ce que le SDB estime être illégal au regard des interdictions de pratique publicitaire posé par le Code de santé publique. Une situation de « *concurrence* » qui risque de se multiplier avec les GHT. Si ni le représentant de l'ADH, ni le président du CNPS ne veulent utiliser le mot concurrence, un certain nombre de situations de terrain sont loin de la coordination et de la coopération annoncée. Prenant l'exemple de sa profession de pharmacien d'officine, le président du CNPS s'inquiète des effets des GHT sur son activité : « *le GHT va permettre la création de pharmacies à usage intérieur –PUI– pour approvisionner des patients à domicile dans le cadre d'une HAD, mais aussi des résidents d'Ehpad rattaché à des hôpitaux. . .* » Autant de champs d'activité échappant ainsi aux libéraux.

Même les ARS s'y mettent parfois. Là encore, le CNPS est alerté sur des situations paradoxales dans un certain nombre de territoires où l'ARS essaie de stopper la permanence de soins des libéraux en nuit profonde pour des questions de restructuration et de coût, alors que l'on ne cesse de dire qu'il faut éviter d'engorger les urgences hospitalières.

Le risque d'un effet inverse à l'objectif recherché

« *Je comprends très bien les directeurs d'hôpitaux qui font leur travail et gèrent au mieux leur établissement et leur personnel, analyse Philippe Gaertner, c'est une façon pour eux de gérer le virage ambulatoire et de faire face au raccourcissement des séjours. Mais nous alertons sur l'incohérence de la situation et nous dénonçons deux poids deux mesures. Cette extension de l'hôpital vers la ville risque de fragiliser encore plus l'offre libérale, ce qui aboutirait exactement à l'effet inverse de ce qui est recherché par la stratégie nationale de santé souhaitée : nous allons hospitaliser des gens qui ne devrait pas l'être si l'offre de ville était forte et structurée.* »



Loi d'adaptation de la société au vieillissement : des droits renforcés pour les résidents en EHPAD



La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a vocation à coordonner le parcours des personnes âgées et à anticiper la perte d'autonomie. Parmi les nombreuses mesures prises en faveur des personnes âgées, ce nouveau dispositif renforce, dès l'admission et ce durant toute la durée de son séjour, les droits des résidents accueillis en EHPAD.

Admission en EHPAD : des conditions contractuelles mieux formalisées

↳ **Obligation du contrat de séjour signé par les résidents concernés ou leur représentant légal**

Avancée notable, la loi prévoit aujourd'hui explicitement, outre la participation de la personne accueillie, la participation de son représentant légal s'il existe, à l'élaboration obligatoire du contrat de séjour. De plus, lors de sa conclusion, le directeur recherche, si nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur, le consentement de la

personne à être accueillie qui peut, si elle le souhaite, se faire accompagner par sa personne de confiance¹.

Le résident faisant l'objet d'une mesure de tutelle n'est toutefois pas concerné par cette disposition, la personne chargée de sa représentation étant autorisée par le juge à l'assister ou à la représenter dans le choix de son lieu de vie.

Le contrat de séjour peut par ailleurs comporter une annexe qui définit les mesures particulières à prendre pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir.

↳ Délais du droit de rétractation et de résiliation

La personne accueillie (ou son représentant légal) a aujourd'hui la possibilité d'exercer par écrit un droit de rétractation dans les 15 jours de la signature du contrat. Passé ce délai, elle peut résilier le contrat de séjour par écrit, à tout moment. Elle dispose à ce titre d'un délai de réflexion de 48 heures.

Dans le respect d'un délai de préavis dont la durée doit être fixée par un décret, la résiliation du contrat à l'initiative de l'établissement ne peut être imposée à la personne accueillie que dans certains cas limitativement énumérés :

- inexécution d'une obligation par la personne accueillie ou manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement ;
- cessation totale de l'activité de l'établissement ;
- évolution de la personne accueillie ne permettant plus son maintien dans l'établissement

↳ Séjour en EHPAD : Liberté de circulation des résidents et droit à l'information

Chaque résident accueilli conserve son droit d'aller et venir librement² pendant son séjour en EHPAD. Tenus au secret professionnel, les professionnels intervenant en MAIA³ peuvent échanger, dans les conditions prévues par le code de la santé publique,





des informations relatives à une personne prise en charge. Le résident, son représentant légal le cas échéant, ou à défaut la personne de confiance, à la possibilité de consentir ou de s'opposer à ces échanges d'information⁴.

Les établissements, services d'accueil et les lieux de vie des personnes âgées sont désormais soumis à une obligation d'information des autorités administratives en cas de dysfonctionnement grave susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, le respect de leurs droits ou leur sécurité⁵.

Focus : Les droits des personnes protégées

Toute personne protégée bénéficie d'un droit à une information personnalisée.

Ce document individuel de protection définit les objectifs, la nature et la mesure de sa protection.

L'obligation pour le médecin de déclarer au procureur de la République le besoin d'une personne prise en charge dans un établisse-

ment de santé d'être protégée dans les actes de la vie civile s'applique désormais et également lorsque la personne est accueillie en EHPAD⁶.

L'impossibilité pour un majeur sous tutelle résidant en EHPAD de désigner une personne de confiance a par ailleurs été partiellement levée par la loi. Une personne sous tutelle peut aujourd'hui désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil des familles. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, s'il a été constitué, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

↳ Non-respect des droits des résidents : de nouvelles sanctions

Une amende administrative réprime les manquements suivants :

- héberger une personne sans contrat de séjour
- proposer ou conclure un contrat non conforme aux dispositions du Code de l'Action sociale et des Familles (CASF)
- facturer des frais injustifiés en cas de résiliation du contrat de séjour ou de décès ainsi que des frais de remise en l'état des lieux occupés en l'absence d'état des lieux contradictoires
- ne pas restituer dans les trente jours suivant le décès du résident, les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non délivrées⁷.

L'autorité compétente en matière de tarification peut par ailleurs demander le reversement de certains montants aux établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, dès lors qu'elle constate des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou des recettes non comptabilisées⁸.

Louise Collet, Juriste au sein de la Direction Juridique de Sham

¹ Article L 311-4 CASF

² Article L 311-3 CASF

³ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

⁴ Article L 113-3 II. CASF

⁵ Article L 331-8-1 CASF

⁶ Article L 3211-6 CSP

⁷ Article L 314-14 CASF

⁸ Article L 313-14-2 CASF

En pratique

Les droits des résidents accueillis en EHPAD évoluent de façon notable avec l'obligation de recueillir le consentement à l'entrée, qu'il faudra documenter et formaliser.

Cette évolution au profit des personnes accueillies s'accompagne inévitablement d'une évolution des responsabilités et surtout d'un devoir accru de partage d'informations.

La coordination du parcours d'accompagnement, notamment par les réseaux MAIA, nécessitera la mise en place de coopération que ce texte devrait optimiser.

La clarification des éléments de facturation du séjour à la sortie du résident permettra une transparence souhaitée de longue date par les familles et rendra plus homogène l'offre d'hébergement.

GerontHandicapExpo au coeur de la Paris Healthcare Week

du 24 au 26 mai 2016 à la Porte de Versailles



Rendez-vous majeur des professionnels de santé, la Paris Healthcare Week regroupe les salons historiques de la Fédération hospitalière de France : HopitalExpo, GerontHandicapExpo et le salon HIT. Cette année, le Salon Infirmier et le Salon Intermeditech rejoignent cette semaine consacrée aux professionnels de la santé et de l'autonomie.

Les salons proposent ainsi aux professionnels de santé toutes les solutions pour la gestion, l'équipement ou la transformation des établissements qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux.

Outre les 450 exposants organisés autour de villages thématiques, les **points forts du salon** sont cette année encore les nombreuses **agoras en accès libre et gratuit** proposant des problématiques au cœur des préoccupations des professionnels travaillant en Ehpad !

▶ Les Agoras

Retours d'expériences et échanges de bonnes pratiques sont les maîtres mots de ces prises de parole

organisées en collaboration avec des établissements.

Quelques exemples des thèmes qui vous seront proposés cette année :

- Les solutions innovantes pour l'EHPAD du futur
- Quelle formation pour les professionnels des EHPAD ?
- Quelles avancées 1 an après la charte inter-fédérations HAD/Ehpad ?
- L'animation solidaire dans des EHPAD : lieux de vie, lieux d'envie
- Parcours des aînés, le dispositif PAERPA « Des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée »
- MAIA : accompagner des parcours patients



► Le Forum Grand Âge et Handicap

Espace regroupant les principales fédérations représentatives du secteur médico-social, parmi lesquelles AD-PA, FNADEPA, FNAQPA, SILVER VALLEY, UNA, EHPA PRESSE, EHPAD MAGAZINE

Un lieu de rencontre des acteurs du secteur Grand âge et Handicap pour partager des initiatives et débattre de sujets d'actualités : citoyenneté, devenir des établissements médico-sociaux, évolution du modèle de financement, nouvelles perspectives du secteur public des Ehpad, silver économie, parcours de soins des personnes handicapées, initiatives innovantes des établissements...

Le Salon est aussi l'occasion de mettre en avant **les dernières innovations du secteur**, et notamment :

- Un **dispositif de rééducation et d'entraînement à la marche** connecté à une application de suivi des performances développé pour les seniors et les personnes à mobilité réduite (**Ezygain**).
- La **montre connectée (Zembro)** dédiée aux seniors actifs intégrant une fonction de téléalarme/téléassistance. Le réseau de télé-expertise (**Etiam**) où chaque établissement médical rejoint des communautés d'intérêt pour résoudre ses problématiques médicales. Ce portail de services permet de renforcer les aspects organisationnels de télémédecine pour que les établissements et les télé-experts puissent se coordonner.
- Le **lit médicalisé PRACTICO ALU BAS Nouvelle Génération** de **DLM Créations**, développé en collaboration avec l'usine allemande BOCK, et connecté par le système Smart Care Control®, une tablette multimédia avec capteurs et commandes sans fil. Il permet « un soulagement accru pour les résidents ainsi que les soignants, tout en apportant une réelle révolution en termes de mobilité », Philippe Teissonnière (PDG de DLM Créations).

► L'animation à l'honneur

La Paris Healthcare Week propose cette année encore de nombreuses activités et animations innovantes, telles que :

- Le CHRU de Lille et Clubster Santé présentent le projet *Hospihome Concept*, sur le parcours de santé des personnes fragilisées. Le but est de favoriser le maintien à domicile des personnes en perte

d'autonomie en proposant un nouveau parcours de santé. Les maîtres-mots : une implication plus active du patient mais aussi une meilleure coordination des acteurs. Cela est possible grâce à une série de capteurs et d'objets connectés qui récolte et transmette la donnée pertinente aux acteurs concernés.

- *Pétrarque*, éditeur du journal *Animagine*, s'est associé à Music Care pour proposer une solution thérapeutique sous forme d'application numérique. L'application met à disposition des séances musicales construites selon la technique de musicothérapie dite de la séquence en «U» basée sur les principes de l'hypnoalgésie. Les résultats d'études cliniques mettent en évidence l'efficacité de cette solution dans le cadre des maladies neurodégénératives qui permet une baisse des troubles psycho-comportementaux et cognitifs ainsi qu'une baisse des consommations médicamenteuses.

Un soin par la musique vous sera offert sur le salon pour découvrir cette technique dans un espace très relaxant.

Interrogés sur leurs pratiques quotidiennes, les soignants sont très impliqués et concernés par l'animation en Ehpad. En effet, les approches ludiques et non médicamenteuses sont plébiscitées afin d'accompagner les résidents et les soignants au quotidien.

A pratiquer en intérieur ou en extérieur, les visiteurs pourront ainsi découvrir le phoque « *Paro* » (*Inno-3Med*), peluche-robot interactive destinée aux patients atteints de troubles du comportement et

de la communication et notamment les malades d'Alzheimer.

Organiser des activités sociales en favorisant les moments de plaisir et d'échanges, à l'image des jeux et outils proposés par *Agora Lude* ou *Haba*, permettent de participer au maintien des compétences et acquis en stimulant les habiletés cognitives.

Au-delà des ateliers à organiser en intérieur, de nombreuses possibilités sont offertes afin d'accompagner les établissements sur la conception et l'aménagement d'activités en extérieur. Le concept de jardins thérapeutiques « *Jardinou* » et son potager transportable, sollicite les 5 sens des résidents tout en développant les activités émotionnelles, le travail et la mémoire. Adaptés aux personnes à mobilité réduite, ce jardin est à la fois un lieu de rencontre, d'échanges et un espace utilitaire.

Autre concept présenté aux visiteurs : le « *Physio-parc* », concept d'activités physiques adaptées aux personnes en perte d'autonomie. Ces zones de jeux proposent des ateliers simples et faciles d'utilisation conçus « pour maintenir et améliorer l'amplitude articulaire et la force des membres tout en travaillant l'équilibre ».

D'autres approches telles que *Snoezelen* et ses réalisations ou encore l'*Atelier d'Art Mural « Osmoze »* seront présentées grandeur nature au cœur du Village Animation. ➔

Retrouvez le programme complet et

Commandez
votre badge visiteur gratuit sur
parishealthcareweek.com



Intégrer la prévention des risques professionnels dans le cahier des charges des achats

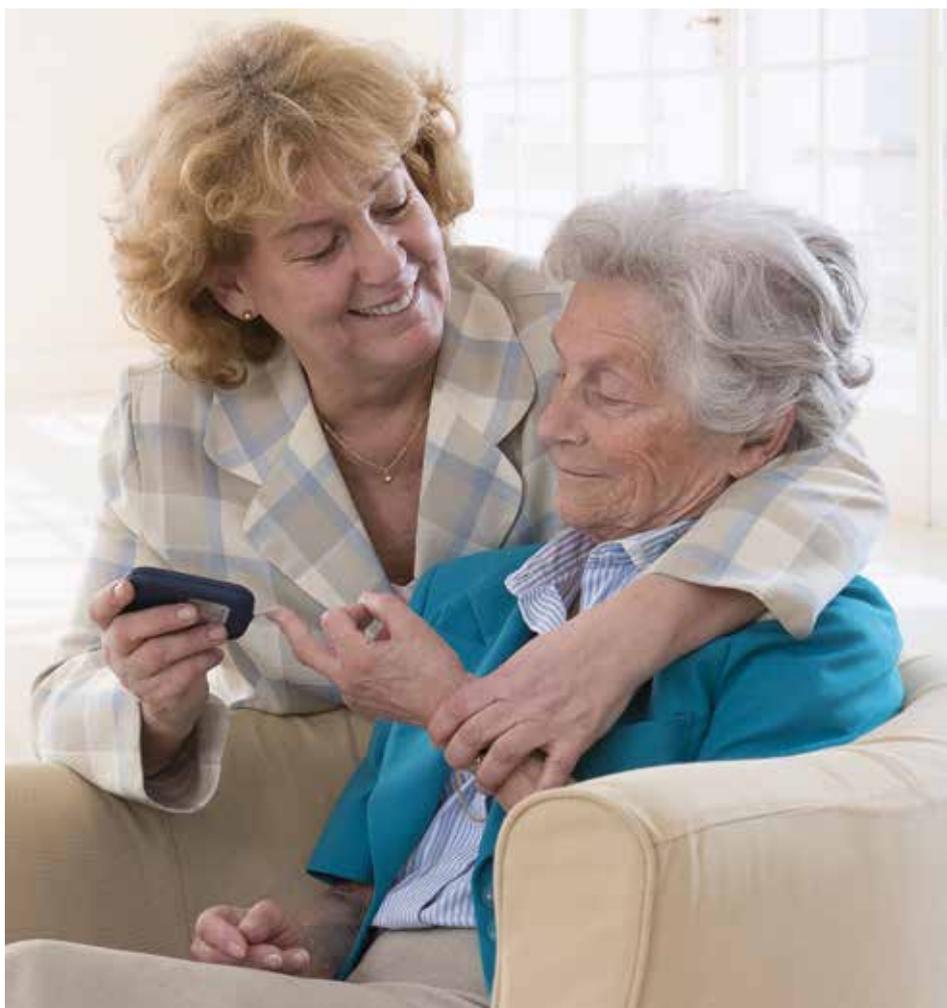
Les EHPAD effectuent de nombreux achats pour réaliser leur activité.

Ce sont des achats de biens consommables, de matériels, de services et dans tous les cas il faut être vigilant pour que ces achats ne mettent pas en danger les salariés de l'établissement. Il faut même privilégier des achats qui peuvent améliorer les conditions de travail. Il faut associer le référent prévention des risques professionnels à la rédaction du cahier des charges et au choix final de la fourniture.

▶ Cas des achats de consommables

Dans un EHPAD d'Ile de France, 12 accidents d'exposition au sang ont été déclarés pour des résidents et des soignants suite à l'utilisation d'un auto-piqueur utilisé pour des contrôles de glycémie. Sur cet auto-piqueur le changement de lancette est manuel, et il n'y a pas de verrouillage de l'aiguille après une utilisation et il était utilisé pour plusieurs personnes... Une analyse de ces accidents conduit à acheter des auto-piqueurs à usage unique qui réduisent le risque d'AES.

Pour les produits chimiques utilisés pour les nettoyages et désinfection des sols, le lavage du linge... les fournisseurs de produits peuvent mettre à disposition les équipements pour doser ou pomper les produits, limitant les manipulations et optimisant les consommations. Dans ce cas l'optimisation du coût d'utilisation du produit va de pair avec la prévention du risque chimique. Pour ce même exemple on peut se demander s'il ne vaut



pas mieux supprimer l'achat de produits chimiques et investir dans un injecteur aspirateur de vapeur. Cela permet de supprimer l'achat de produits de nettoyage et désinfection de sols et de supprimer les risques liés au stockage et à l'utilisation des produits chimiques.

Pour l'ensemble des consommables, il faut aussi intégrer les emballages (faut-il utiliser un cutter pour déballer le produit ? le matériau d'emballage peut-il générer des risques ?), les conditionnements qui déterminent les poids unitaires (mise en stock sur étagère), la hauteur des palettes livrées...

Protocole de sécurité

Ce protocole est établi pour les opérations régulières de chargement et déchargement de marchandises.

Il précise les règles de sécurité pour l'entreprise extérieure (Entreprise de transport) afin de prévenir les risques pour ses salariés mais aussi pour ceux de l'entreprise d'accueil. 9

Pour en savoir plus : INRS ED941

Plan de prévention

Le Plan de Prévention vise à prévenir les risques liés à l'interférence entre les activités, les installations, les matériels et les salariés des différentes entreprises présentes sur un même lieu de travail. Le plan de prévention se déroule en plusieurs étapes :

- Lors de l'appel d'offres et la commande : Organisation de l'opération, les matériels et outillages utilisés, les locaux et emplacements mis à disposition
- Lors de la réunion et visite préalable : L'entreprise utilisatrice (EU) et l'entreprise extérieure (EE) vont définir ensemble les tâches à effectuer, vérifier l'absence de travailleurs isolés, préciser les consignes propres à l'EU, les dispositions concernant les vestiaires, les sanitaires...

- Lors de la réunion d'établissement du plan qui précise les renseignements relatifs à l'opération, à l'EU et à l'EE, à l'organisation des secours, à l'analyse des risques, aux mesures de prévention, au suivi sur le terrain.

- Lors de l'information des salariés de l'EE sur les risques et les mesures de prévention, l'accueil dans l'EU.

- Lors du suivi du plan de prévention sur le terrain.

Le plan de prévention doit être établi pour une intervention de l'EE dans l'EU représentant plus de 400 heures de travail sur une période de 12 mois ou en cas de travaux dangereux (maintenance...), mais il est conseillé de l'établir quelle que soit la durée d'intervention. ➔

Pour en savoir plus : INRS ED941

▶ Achats de matériels

Les matériels achetés dans un EHPAD sont utilisés pendant plusieurs années, il importe donc de vérifier qu'ils n'exposent pas les salariés à un risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Par exemple un équipement de manutention difficile à utiliser, un équipement dont la batterie est souvent déchargée, ne seront pas utilisés et exposeront les soignants aux risques liés aux manutentions manuelles. Il convient donc de faire essayer les équipements par un groupe de soignants, sous le contrôle du référent prévention de l'établissement, afin d'affiner les critères de choix, la compatibilité avec les autres matériels, avec les caractéristiques des locaux...

Une chaîne de restaurants a remplacé la vaisselle en verre et porcelaine par de la vaisselle en matière plastique transparente. Cette vaisselle a permis de diminuer le risque de troubles musculo-squelettiques (TMS) en limitant le poids des plateaux des serveurs et le poids manipulé lors du lavage de la vaisselle, le bruit à « la plonge » et le risque de coupure lié à la vaisselle cassée tout en conservant un aspect conforme aux attentes du restaurant. Cette démarche, qui a été récompensée par un trophée CRAMIF en 2014, ne pourrait-elle pas être adoptée en EHPAD ?

Dans la salle à manger d'un EHPAD il est fréquent de déplacer les tables plusieurs fois par jour, pour nettoyer les sols mais aussi pour modifier l'utilisa-



Table équipée de roulettes pour le déplacement

tion de la salle. Lors de l'achat de tables il faut donc privilégier des tables aisées à déplacer. Un fabricant répond aujourd'hui à ce critère en proposant de tables équipées d'un pied central à roulettes. Lorsqu'on bascule légèrement la table, on peut la déplacer aisément sur les deux roues, sans la porter.

▶ Achat de services

De nombreux EHPAD ont recours à la sous-traitance pour les activités de restauration, de ménage, de lavage de linge... Les activités sous-traitées peuvent se dérouler dans les locaux de l'EHPAD ou en dehors, mais il existe toujours un impact des activités sous-traitées sur les activités de l'établissement et la co-activité peut être source de risques professionnels si elle n'est pas gérée.

Par exemple le nettoyage des couloirs peut générer des sols glissants qui peuvent provoquer des glissades et des chutes du personnel de l'EHPAD. De même la livraison du linge par la société sous-traitante peut perturber l'activité de la lingerie et être source d'accidents.

La co-activité doit être traitée dans le cadre d'un plan de prévention, établi conjointement par le sous-traitant et le donneur d'ordre. Il définit les règles de sécurité à mettre en place pour réaliser les opérations de sous-traitance. Dans le cadre de la livraison régulière de marchandises il doit être établi un protocole de sécurité.

Ces quelques exemples montrent que l'on peut améliorer les conditions de travail des salariés, de l'établissement ou des entreprises sous-traitantes, en intégrant la prévention des risques professionnels dans la démarche d'achat, sans modifier l'aspect ou la fonctionnalité des matériels et consommables, la nature et la qualité de la prestation. ➔

*Christophe BON Contrôleur de Sécurité,
Philippe CORRE Ingénieur Conseil. CRAMIF*



300 000 escarres par an en France, comment les éviter ?

Chaque année, 300 000 patients sont à risque de développer une escarre⁽¹⁾. L'escarre est une plaie grave puisqu'elle peut s'étendre en profondeur jusqu'à atteindre les muscles et parfois l'os et mettre de 3 à 5 mois en moyenne à cicatriser⁽²⁾. Des soins lourds et quotidiens sont nécessaires pour cicatriser la plaie.



Les escarres apparaissent surtout chez des personnes **fragilisées** par la maladie ou l'âge et **immobilisées** au lit ou au fauteuil. Suite à une position assise ou allongée prolongée, le poids du corps applique une pression sur les vaisseaux sanguins situés entre les reliefs osseux du corps et la peau entraînant une diminution de l'apport en oxygène

aux tissus cutanés et sous cutanés. Si cet écrasement des tissus persiste, une plaie appelée **escarre** peut apparaître en seulement 3 heures.

Les personnes à risque sont très variées :

- **âgées et alitées** en raison d'une maladie aiguë (grippe, ...) qui se prolonge ;
- alitées et dépendantes ou **se nourrissant peu** ;

- **opérées ou hospitalisées à domicile** ;
- ayant des séquelles de **paralysie** (hémiparésie, paraplégie, ...) ;

- **incontinents** ou à forte sudation.

Les zones à risque concernent les zones d'appui sur lesquelles le poids du corps exerce une pression tels que : le **sacrum** (bas du dos) et les **talons** qui représentent 80 % des localisations d'escarres.

Selon les positions du corps, d'autres zones doivent être surveillées : les **ischions** (région fessière en position assise au fauteuil) et les **trochanters** (région de la hanche, en position couchée sur le côté).

“Mieux vaut prévenir que guérir”

Pour éviter à nos aînés cette longue et pénible douleur, il est important de prendre en charge la prévention de l'escarre. Les **Autorités de Santé** ont émis des recommandations face à cette situation préoccupante :

- changer de position les patients à risque d'escarre toutes les 2 ou 3 heures ;
- les installer confortablement sur des supports spéciaux (matelas, coussin de siège ...) ;
- veiller à des apports alimentaires adaptés ;
- maintenir l'hygiène corporelle ;
- **surveiller étroitement la peau des zones à risque.**

À domicile, aux côtés de l'équipe soignante (médecin, infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute...), **l'entourage de la personne** à risque a donc un rôle important : surveillance des zones d'appui et alerte du personnel soignant aux premiers signes d'escarre ou en cas de risque nouveau.

> Quels sont les signes à surveiller ?

L'apparition d'une **rougeur persistante** sur la zone d'appui est le tout premier signe d'escarre dé-

butante. Il faut donc **observer toutes** les zones à risque pour **repérer les rougeurs** et **palper légèrement la peau** pour évaluer sa souplesse et une éventuelle réaction douloureuse.

Il existe un **test simple** pour **identifier les rougeurs persistantes** :

Appliquer une légère pression avec le doigt sur la zone de rougeur

- Si une **marque blanche** apparaît et se recolor, il n'y a pas d'escarre en formation. Un **traitement préventif est conseillé**, type **Sanyrène®**.

- Si la **peau reste rouge**, vous êtes en présence d'un **début d'escarre** (stade I) qui peut se compliquer d'ulcération cutanée. Il faut alerter l'équipe soignante de l'existence de cette rougeur.

L'**apparition de rougeur** sur une zone d'appui ou une **modification de l'état général** (fièvre, déshydratation, arrêt de l'alimentation, sudation importante ou incontinence) doivent être **signalées rapidement à l'infirmière ou au médecin** afin d'adapter la stratégie de prévention de l'escarre sachant que ces facteurs se cumulent pour **augmenter le risque de survenue d'escarre**.

> Les gestes à ne pas faire

- **ne jamais froter énergiquement** ou masser à pleine main les zones à risque ;
- **ne pas déplacer la personne** en la faisant glisser sur son lit : cela provoque frottements et cisaillements de la peau. Il faut soulever la personne, au besoin en utilisant un drap ;
- **éviter le glissement du patient dans son lit** : les plis des draps peuvent suffire pour traumatiser la peau ;
- **éviter tout changement de température brutal** sur les zones à risque : proscrire le chauffage avec un sèche-cheveux par exemple ou les



massages avec des glaçons ;

- **éviter le contact prolongé avec des objets** qui pourraient blesser : fermetures, boutons, sonde urinaire...

- **ne pas utiliser une crème hydratante** : une crème hydratante quelconque, même achetée en

pharmacie, n'est pas adaptée à la prévention de l'escarre pour deux raisons :

- 1) le rôle d'une crème classique est d'hydrater les couches superficielles de la peau (épiderme).
- 2) en utilisant un produit non adapté, on risque d'accroître la survenue de l'escarre en réalisant des frottements pour faire pénétrer l'émulsion. Il faut donc bien vérifier que la notice du produit utilisé mentionne l'indication "Prévention de l'escarre".

Les traitements

Aujourd'hui il existe plusieurs présentations topiques locales sous forme crème, huile ou pommade revendiquant leur utilisation en prévention de l'escarre. Cependant, rares sont celles bénéficiant de l'indication "Prévention de l'escarre", justifiée par des données cliniques concluantes dans l'indication. L'une d'entre elles, proposée par URGO Medical, se présente sous la forme d'une huile hyperoxygénée. Mais concrètement comment ça marche ?

Grâce à ces propriétés uniques l'huile agit sur :

- 1) L'amélioration de la trophicité et de l'intégrité cutanée : en rendant la peau plus résistante à l'agression des facteurs extrinsèques (pression, friction, cisaillement) ;
- 2) L'amélioration de la sécheresse et de la texture cutanée : en renforçant l'effet barrière protectrice de la peau ;
- 3) L'amélioration de l'apport en oxygène local : en améliorant les conditions microcirculatoires à l'appui.
- 4) Avec pour conséquence la réduction cliniquement démontrée de l'incidence de survenue de l'escarre (Etude GIPPS)⁽³⁾.

Elle doit être utilisée sur les zones d'appui toutes les 2 à 3 heures, en effleurant la peau et en évitant tout massage invasif, lors de chaque renouvellement de positionnement en association avec les autres mesures générales de prévention (matelas anti-escarre, coussin, changement régulier de position, ...) ➔

Dr Marc Marie

Directeur de l'information médicale

URGO Medical

¹ Cité par C. Revaux dans la Conférence de consensus : Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 15/16 nov 2001. Hôpital Européen Georges Pompidou

² Stade 2 : 109 jours - Stade 4 : 146 jours.

³ Etude GIPPS: S. Meaume et al. Preventing the occurrence of pressure ulceration in hospitalized elderly patients. Journal of Wound Care 2005; 14(2): 78-82.

Escarres : une prise en charge globale

« Traiter une escarre en s'occupant uniquement de la plaie est une stratégie vouée à l'échec. L'escarre doit être reconnue comme une véritable pathologie chronique multifactorielle pour laquelle l'intervention des soignants ne peut pas se limiter aux soins locaux. Elle nécessite une prise en charge globale du patient et un investissement

pluridisciplinaire de la part de toutes les personnes concernées: médecin, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, diététicien, ergothérapeute... sans oublier le patient lui-même et son entourage », explique le Dr Brigitte Barrois, Vice-Présidente de l'association PERSE (Prévention, Education, Recherche, Soins, Escarres). ➔



LA RÉFÉRENCE

en droits de représentation publique
non commerciale 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.



COLLECTIVISION

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

Sécurité : comment protéger son personnel, ses résidents et ses locaux ?

La sécurité est l'une des préoccupations majeures de notre société aujourd'hui. Et les EHPAD n'y échappent pas. Elles doivent faire face à des risques liés aux résidents, au personnel et aux bâtiments. Comment faire ?

La responsabilité des directeurs d'Ephad est effectivement d'assurer la sécurité non seulement de leurs résidents, mais également de leur personnel. Des solutions existent pour cela, proposées par des sociétés de sécurité privée comme Securitas, l'expert en solutions de sécurité intégrées. Les solutions de Securitas nécessitent en amont une analyse des risques propres à chaque Ephad pour répondre à ses besoins de sécurité spécifiques.

▶ Comment protéger ses résidents ?

Les personnes résidant en Ephad sont considérées comme fragiles et donc comme des cibles faciles pour des personnes malveillantes. Elles sont ainsi exposées au risque d'agression physique et verbale, ainsi que de vols. La difficulté est d'éviter l'intrusion de ces personnes malveillantes dans un endroit où le flux de visiteurs est régulier avec les familles venant voir leurs proches et circulant librement.

La mise en place d'un contrôle d'accès par un agent de sécurité aux portes d'accès est une solution. Il est également possible de mettre en place un système de contrôle vidéo par lecture de plaque d'immatriculation à l'entrée des parkings. Une autre solution



consiste à installer dans les logements des résidents des systèmes de téléassistance. Il s'agit d'équiper le résident avec un bracelet ou un téléphone lui permettant, en appuyant sur un simple bouton, de déclencher une alarme reçue par un centre de téléassistance. L'opérateur prendra immédiatement contact avec la personne et, selon les consignes définies, sera en mesure d'envoyer des secours, le personnel médical ou un agent de sécurité mobile en fonction de la situation.

Cette solution permet également de pallier le risque de chute du résident. Risque qui peut être évité par la mise en place de chemins lumineux ou de détecteurs de mouvement par exemple.

▶ Comment protéger son personnel ?

Tout comme les résidents, le personnel en Ephad est exposé au risque d'agression.

Particulièrement les travailleurs isolés comme par exemple le personnel soignant de garde la nuit.

Equiper ce personnel d'un système de Protection du travailleur isolé (PTI) le protège, notamment en cas de chute. Grâce au PTI, le personnel est relié à une station de télésurveillance qui est en mesure de faire intervenir les secours ou les forces de l'ordre en cas de besoin. Il est également possible d'installer un

« bouton panique » afin de faire intervenir rapidement un agent de sécurité mobile en cas d'urgence, ou encore de mettre en place une escorte vidéo avec un opérateur de sécurité qui s'assurera à distance que les lieux sont sécurisés.

▶ Quels risques pour les locaux ?

Les Ephad, comme tout Etablissements recevant du public (ERP), sont soumis à une réglementation en matière de sécurité incendie. Il est possible de se faire accompagner par des professionnels et notamment des agents de sécurité incendie spécialement formés. Relier les détecteurs de fumée à un centre de télésurveillance est un moyen plus efficace et rapide pour faire intervenir les pompiers en cas d'incendie avéré. Les locaux et leurs extérieurs peuvent subir également des dégradations, ce qui risque de créer un climat de suspicion entre les résidents. La mise en place d'un système de vidéosurveillance extérieur prévient l'intrusion et donne la possibilité d'identifier ces éventuels intrus.

Après ce type d'actes de malveillance, la mise en place ponctuelle d'agents de sécurité rassure les résidents et le personnel et apaise les éventuelles tensions.

Les Ephad sont soumis à des risques de différents types qui nécessitent la mise en place de solutions professionnelles efficaces. 🔍

Plus d'informations sur les solutions de sécurité : france.securitas.fr



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

MAÎTRISONS ENSEMBLE VOS RISQUES PROFESSIONNELS



Nos missions

- Conseiller les entreprises pour les aider à préserver la santé des salariés et à assurer leur sécurité.
- Calculer et notifier les taux de cotisation des accidents du travail et des maladies professionnelles des entreprises.
- Contribuer à l'indemnisation des victimes de pathologies professionnelles.

**UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE D'EXPERTS
EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL**
au service des entreprises d'Ile-de-France

www.cramif.fr

CRAMIF
Direction Régionale
des Risques Professionnels
17-19 place de l'Argonne
75019 PARIS

Tél. : 01 40 05 38 19

SÉCURITÉ SOCIALE
 **l'Assurance
Maladie**

RISQUES PROFESSIONNELS
Ile-de-France

