

EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

9€

FINANCES

Dates limites pour saisir vos tarifs hébergements

ORGANISATION DES SOINS

Les modalités du partage d'informations entre le sanitaire et le médico-social

GESTION DES RISQUES

Vigilance attentats : les bons reflexes

SOINS

Mettre en place le DLU en EHPAD

NUTRITION

Les petits plus qui redonnent le plaisir de manger

DOSSIER

Soins palliatifs

une « révolution culturelle » en Ehpad

INTERVIEW



Nicolas Martinet

Nicolas Martinet Directeur, pendant 20 ans, de janvier 1995 à décembre 2015, d'un EHPAD de 126 lits, la "Maison de Retraite St Antoine" à Desvres. Aujourd'hui consultant et écrivain.

« Maison de retraites 25 % moins chères pour les familles, c'est possible, c'est à faire, c'est urgent »

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

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



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

Le circuit sécurisé du médicament exige une maîtrise des coûts :

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

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



Mini-FSP



ROBOTIK 88 K7



ROBOTIK 207 K7



ROBOTIK 405 K7



ROBOTIK 500 K7

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

EDITO

Bienveillance jusqu'au dernier jour

On entre en Ehpad de plus en plus âgé, dépendant, polyopathologique. On y meurt beaucoup. L'Ehpad, lieu de vie, certes... mais également lieu de fin de vie.

Comment mettre en œuvre un accompagnement de qualité des résidents et la bienveillance jusqu'au dernier jour ? Telle est aujourd'hui la mission, l'enjeu, des Ehpad qui doivent - à l'instar de l'hôpital ou du domicile - adopter une véritable culture palliative.

EHPAD³ Mag consacre son dossier aux enjeux de la fin de vie et des soins palliatifs dans les établissements. Une « révolution » culturelle pour les professionnels du secteur médico-social.

Et en 2016, les lignes bougent en matière de réglementation.

La nouvelle loi Claeys-Leonetti ouvre de nouveaux droits aux patients en fin de vie. La publication, cet été, des décrets sur la sédation profonde et continue et sur les directives anticipées contraignantes rend ces droits pleinement effectifs. Le plan national « soins palliatifs » 2015-2018 entend donner la priorité aux Ehpad et au domicile afin de sortir de l'« hospitalocentrisme » de la fin de vie.

L'Anesm prépare des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour les Ehpad et le domicile.

Le « bien-mourir » en Ehpad, fait bel et bien partie de la bienveillance des résidents. ➔

La rédaction

360°

2 **En bref**

8 **L'interview Nicolas Martinet**

Nicolas Martinet Directeur, pendant 20 ans, de janvier 1995 à décembre 2015, d'un EHPAD de 126 lits, la "Maison de Retraite St Antoine" à Desvres. Aujourd'hui consultant et écrivain.

Dossier

13 **Soins palliatifs : une « révolution culturelle » en Ehpad**

En France, les soins palliatifs sont encore prioritairement centrés sur l'hôpital. Dans des Ehpad qui se définissent avant tout comme des lieux de vie, la prise en compte de la fin de vie des résidents et la mise en place d'une démarche palliative ont nécessité une « révolution culturelle » chez les professionnels du médico-social. Des efforts et des ajustements restent à faire pour une bienveillance des résidents... jusqu'aux derniers jours.



Cœur de métier

20 **Finances**

30 novembre 2016 : date limite pour saisir vos tarifs hébergements

22 **Organisation des soins**

Les modalités du partage d'informations entre le sanitaire et le médico-social

25 **Gestion des risques**

Vigilance attentats : les bons réflexes en Ehpad

26 **Soins**

Mettre en place le DLU en EHPAD

28 **Nutrition**

Ces « petits plus » qui redonnent le plaisir de manger



EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

10 ▶
NUMEROS
PAR AN

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

Source de solutions
pratiques et
d'informations décisives

Retrouvez-nous sur :



▶ www.ehpad-magazine.fr



COUPON D'ABONNEMENT 2016

À RETOURNER SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT

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

Choisissez la formule qui vous correspond :

Papier **90€ TTC**

1 an (10 numéros) France métropolitaine
+ 10 newsletters

130€ TTC

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

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

Web, Application smartphone **60€ TTC**

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

Étudiant et École **108€ TTC**

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

Réabonnement

Votre N° Abonnement :

Raison sociale :

Nom et prénom du destinataire :

Poste :

Adresse de la facturation :

Code postal : Ville :

N° SIRET :

N° TVA Intracommunautaire :

Tél. : Fax :

Courriel : Site internet :

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

Votre domaine d'activité :

Etablissement public

Etablissement privé

Précisez :

Date : / /

Signature et cachet :

Faut-il tomber la blouse en Ehpad ?

L'absence de blouse améliore-t-elle la qualité des échanges entre le personnel soignant, les résidents et les familles en Ehpad ?

Pour répondre à cette question, l'Institut du Bien Vieillir Korian entame une étude scientifique (6 mois d'expérience suivis de 6 mois d'analyse des résultats). Menée en collaboration avec le laboratoire Psychologie des Âges de la Vie de l'Université François Rabelais de Tours, cette étude devrait démarrer, cet automne, au sein de deux établissements tests du réseau Korian.

« Dans nos constructions mentales contemporaines, la blouse est le symbole institutionnel de la maladie et du

soin. Elle installe donc de manière cognitive une distance entre patient et soignant.

Sa suppression entraîne-t-elle de facto une baisse de sollicitations de la part des résidents ? », interroge l'Institut du Bien-Vieillir. Une pré-étude sur un Ehpad du groupe Korian a déjà amené de premiers éléments de réponse sur l'impact de l'absence du port de la blouse par les soignants sur les relations interpersonnelles en Ehpad. Principal constat : la tenue civile désinhibe le dialogue entre soignants et résidents.

« L'absence de blouse ne modifie pas la fréquence mais la nature des échanges. En d'autres termes, l'échange s'hu-

manise car les résidents parlent moins de leurs problèmes de santé au profit de sujets plus conviviaux. Ils se sentent plus à l'aise et moins dans un dialogue hiérarchique et formel. Il en découle une appartenance plus marquée à leur lieu de vie, ils se sentent encore plus chez eux », souligne l'Institut du Bien Vieillir.

Et de poursuivre, « de tels résultats ouvrent de multiples possibilités d'études pour améliorer encore le bien-être des résidents en Ehpad, de leurs familles mais aussi des salariés. Et pourquoi pas un jour réussir à diminuer la consommation de médicaments en influant sur ce fameux « effet blouse blanche ? ».

Naissance du Géron'd'if, Gérontopôle Ile-de-France

Après la Bourgogne, Toulouse, les Pays de la Loire, c'est au tour de l'Ile-de-France de se doter d'un Gérontopôle. L'assemblée constitutive et le premier conseil d'administration de cette nouvelle structure baptisée Géron'd'if se sont tenus le 5 juillet.

Financé par l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France et les membres fondateurs (l'AP-HP, la FHF, la FE-HAP, l'URIOPSS Ile-de-France et la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France), Géron'd'if vise à fédérer les acteurs intervenant dans les champs de la gériatrie et de la gérontologie en Ile-de-France, « afin d'y promou-

voir et dynamiser la recherche, l'innovation et la formation : accompagnement des personnes âgées, prévention des conséquences du vieillissement, maintien de l'autonomie ».

Cette structure permettra de créer une communauté régionale de professionnels intervenant dans les secteurs de la gériatrie et de la gérontologie.

Ce Gérontopôle francilien ne se substitue pas aux organismes déjà existants mais souhaite « créer des conditions propices grâce auxquelles les différents acteurs pourront se connaître et collaborer entre eux ».

Géron'd'if doit également contribuer à évaluer les actions menées en matière de prévention, de soins, d'aide technique et de formation des professionnels « Des actions ont déjà été engagées, comme l'élaboration d'un passeport de compétences gériatriques, l'expérimentation de solutions ou de services gérontechnologiques, l'étude de l'impact fonctionnel d'ateliers de prévention du bien vieillir, ou encore l'évaluation du risque hémorragique chez des sujets très âgés traités par un nouvel anticoagulant oral », égrènent les responsables de cette nouvelle structure.

Prévenir la perte d'autonomie en EHPAD : les recommandations de l'Anesm

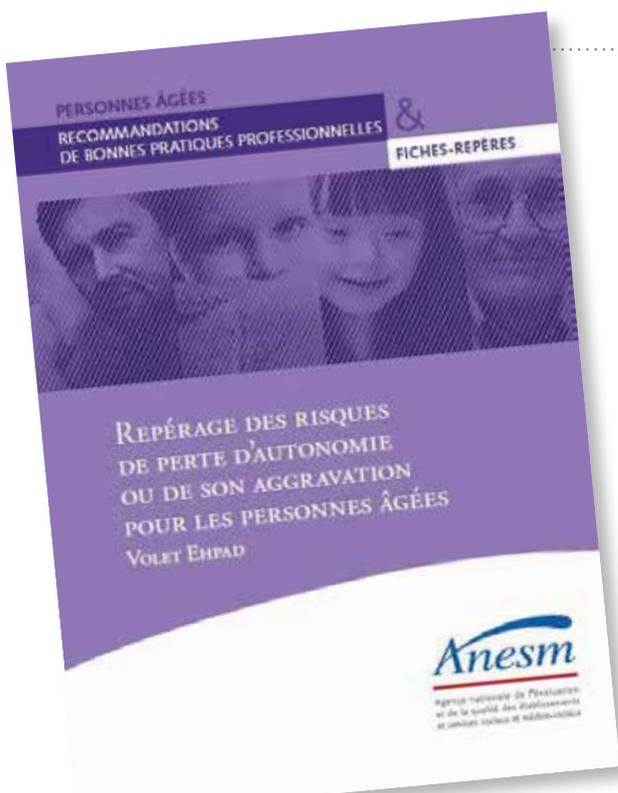
L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour repérer les risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées en Ehpad.

Ces recommandations sont accompagnées de fiches-repères portant sur la mauvaise nutrition/dénutrition et déshydratation, les chutes, les risques liés à la prise des médicaments, la souffrance physique, la souffrance psychique, les troubles du comportement et les troubles cognitifs, à la santé des aidants.

Ces recommandations sont disponibles sur le site www.anesm.sante.gouv.fr

Anesm

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux



www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Un portail national pour s'orienter face à la perte d'autonomie

Le portail national pour les personnes âgées et leurs proches apporte toutes les informations utiles pour faire face à une situation de perte d'autonomie : conseils, démarches, adresses, interlocuteurs. Les prix des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) y seront bientôt disponibles.

Une information officielle et complète

Des articles pédagogiques apportent des réponses aux besoins les plus courants

- Comment choisir une maison de retraite ?
- Quelles aides demander ?
- Comment préparer une entrée en maison de retraite ?
- Quelles sont les obligations de la famille ?

Des outils utiles pour guider les choix

Un annuaire pour s'orienter

L'annuaire recense notamment les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées, les établissements d'hébergement (EHPAD, résidences autonomie et unités de soins de longue durée) et les services médicalisés.

On y trouve des renseignements sur la mise en place d'un accompagnement particulier pour les personnes atteintes



de la maladie d'Alzheimer (existence d'une unité spécifique, d'un pôle d'activités et de soins adaptés ou d'une unité d'hébergement renforcé) et sur les aides acceptées en fonction des établissements : APL (aide personnalisée au logement) et ASH (aide sociale à l'hébergement).

Un simulateur pour évaluer le montant du reste à charge en EHPAD

Un simulateur permet d'estimer le montant du reste à charge à payer chaque mois, après déduction de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et des aides au logement pour un hébergement en EHPAD. Pour faire une simulation, il faut au préalable avoir sélectionné un établissement et connaître les tarifs qui y sont pratiqués.

Les prix des EHPAD bientôt disponibles en ligne

Le portail proposera de nouveaux services fin 2016, notamment les prix des prestations d'hébergement des EHPAD. Les internautes pourront alors directement comparer les prix pratiqués par les EHPAD de leur choix et simuler leur reste à charge mensuel. Ce service offrira une plus grande transparence pour les personnes âgées et leurs proches à la recherche d'un établissement.

Un accès direct aux informations locales

Le portail propose un accès direct aux pages dédiées des sites web des départements en charge de l'aide à l'autonomie. Grâce à des liens cliquables, il est possible de concrétiser ses démarches et de télécharger par exemple le formulaire d'APA pour les départements qui le proposent.

www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr


Les épisodes de gastro entérites aiguës bien maîtrisés en Ehpad

Les gastro entérites aiguës (GEA) sont fréquentes en Ehpad. Elles surviennent par foyers épidémiques, en particulier en hiver. En dehors des toxi-infections alimentaires collectives (à déclaration obligatoire), les gastro-entérites aiguës sont d'origine virale dans plus de 80 % des cas (Norovirus principalement).

La vie en collectivité et la fragilité des résidents en font une population particulièrement à risque du point de vue des infections transmissibles. De leur côté, les professionnels, salariés de l'établissement ou intervenants extérieurs, tout comme les visiteurs, jouent un rôle important tant dans l'introduction des pathogènes dans l'établissement que dans leur transmission de personne à personne.

Depuis 2010, un dispositif de surveillance spécifique des GEA a été établi afin de détecter précocement des épisodes épidémiques et de mettre en place rapidement des mesures de contrôles.

De novembre 2010 à mai 2015, quelque 3 549 épisodes de gastro-entérites aiguës (GEA) - définis comme la survenue d'au moins 5 cas parmi les résidents - ont été déclarés dans 3 404 établissements pour personnes âgées (EHPA dont 93 % d'EHPAD, 1 % d'unités de soins de longue durée, et 6 % de foyers de logements et maisons de retraite), rapporte le « *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* » 18-19, publié par Santé Publique France en juin. Cela représente au total 88 930 résidents et 17 758 personnels malades.

Des recommandations bien comprises

« Cette étude montre que les principaux objectifs de cette surveillance ont été atteints permettant de ce fait une



meilleure gestion des épisodes de GEA en Ehpad », souligne le BEH.

Les recommandations semblent avoir été bien comprises et mises en œuvre. On observe également une diminution du délai de mise en place des mesures depuis le début de la surveillance.

La mise à l'écart du personnel malade restait néanmoins insuffisante. « La difficulté de gestion et de remplacement du personnel soignant dans les structures de soins en est probablement la principale cause », note l'étude.

Le délai de signalement a diminué au cours des saisons, passant de cinq jours en 2010-2011 à quatre jours en 2014-2015, « pouvant suggérer une meilleure réactivité de la part des Ehpad. »

Si l'étude met en évidence de nets progrès de la part des Ehpad dans le système de surveillance des GEA, elle note que l'implication... des autorités de santé est variable selon les régions. ➔

Bulletin épidémiologique hebdomadaire
n° 18-19 - 21 juin 2016.

Un programme pilote sur les effets de la marche rapide en Ehpad

La Mutualité Française Loire SSAM lance dans ses Ehpad un projet de recherche intitulé « Marche rapide en EHPAD »*.

Objectif : évaluer l'impact d'une « marche vigoureuse » sur la santé des résidents.

« Le système nerveux autonome est responsable du maintien des constantes physiologiques de l'organisme, telle que la fréquence cardiaque et la tension artérielle. Avec le vieillissement, la baisse de son activité coïncide avec la survenue des accidents cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) l'augmentation des comorbidités (maladies cardiaques, pulmonaires,

articulaires ou neurologiques), et la perte progressive d'autonomie.

Pour prévenir cette baisse, l'activité physique joue un rôle prépondérant, mais reste encore trop peu pratiquée dans les Ehpad », déplore la Mutualité Française Loire SSAM.

Concrètement, 150 résidents volontaires vivant dans dix Ehpad de la Mutualité Loire SSAM s'entraîneront, pendant neuf mois, sous l'égide d'un enseignant en activité physique adaptée. Et, ce, à raison de 1 à 3 séances de marche hebdomadaires. Les participants passeront des évaluations physiques et cognitives tous les 3 mois auprès de professionnels de santé (médecins, neuropsy-

chologues) afin de mesurer les bénéfices de l'activité physique.

« Un gain de santé, une amélioration de la qualité de vie et une diminution du risque de mortalité sont les principaux bienfaits escomptés de cette étude », précise la Mutualité. ➔

* Cette étude est menée dans le cadre du Gérontopôle Régional de Saint Etienne, avec le soutien de la Fondation Bennetot et l'association Aire, et en partenariat avec l'équipe d'accueil du système nerveux autonome de l'Université Jean Monnet de Saint Etienne et le service de physiologie clinique et de l'exercice du CHU de Saint Etienne.



Valeurs du point 2016 pour le calcul des tarifs plafonds en Ehpad

Un arrêté du 1^{er} août, publié au Journal Officiel du 4 août 2016, fixe, pour l'année 2016, les valeurs annuelles du point des tarifs plafonds applicables aux Ehpad ayant conclu une convention tripartite.

Pour les établissements ayant opté pour le tarif global soins, les valeurs de référence restent les mêmes qu'en 2015. Elles sont fixées à :

- > **12,44 €** pour les Ehpad sans PUI ;
- > **13,10 €** pour les Ehpad avec PUI.

A l'instar de 2014 et 2015, seuls les montants applicables aux Ehpad sous tarif soins partiel sont revalorisés. Un léger coup de pouce... Ainsi, la valeur annuelle du point est portée à :

- > **10,00 €** pour les établissements dépourvus d'une PUI (contre 9,92 € en 2015) ;
- > **10,58 €** pour les autres (contre 10,50 € en 2015).

Les valeurs du point des tarifs plafonds sont majorées de 20 % dans les départements d'outre-mer.

PUV et AJ autonomes : légère revalorisation du forfait soins

Un arrêté du 6 juillet 2016, publié au *Journal Officiel* du 9 août 2016, fixe les montants plafonds des forfaits journaliers en accueil de jour autonome et petites unités de vie pour 2016.

Concernant les petites unités de vie - structures d'accueil pour les personnes âgées dont la capacité n'excède pas 25 places - le plafond du forfait journalier de soins 2016 est fixé à **13,14 €** (contre 13,04 € au titre de l'exercice 2015).

Le plafond du forfait journalier de soins des services d'accueil de jour autonomes (non adossés à un Ehpad) s'établit, pour 2016 à **36,64 €** (contre 36,36 € au titre de l'exercice 2015).

Le coût unitaire des places d'accueil de jour a également été revalorisé. Il intègre, pour l'exercice 2016, un forfait journalier de transport plafonné à :

- > **14,34 €** pour les accueils de jour autonomes (contre 14,23 € pour l'exercice 2015)
- > **11,79 €** pour les accueils de jour adossés à un Ehpad (contre 11,70 € en 2015).

Mesurer l'impact d'un projet immobilier sur le prix de journée

Travaux de réhabilitation lourde, d'extension ou encore de reconstruction totale : nombre d'Ehpad sont contraints d'engager des programmes immobiliers de grande ampleur.

Les établissements ont en effet besoin de se moderniser, que ce soit pour l'accueil de personnes plus dépendantes, la spécialisation des unités de vie, l'évolution des normes et des réglementations.

Par ailleurs, le parc immobilier des EHPAD public et privé non lucratif est vieillissant (les 2/3 des EHPAD publics ont un patrimoine immobilier supérieur à 25 ans).

« Ces opérations immobilières, peu fréquentes dans la vie d'une direction d'Ehpad, peuvent avoir des conséquences durables sur le financement global du secteur des personnes âgées », souligne l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

« Chaque mètre carré construit sera à financer durant toute la vie de l'établissement.

Aussi, les décideurs doivent avoir tous les paramètres en main afin d'engager leur organisation dans des réalisations qui seront supportables pour les résidents, les familles et les collectivités ».

Dans ce contexte, l'agence publie un outil de simulation permettant de mesurer l'impact d'un investissement immobilier sur le prix de journée en Ehpad.

Objectif de cette publication : mettre à la disposition des directeurs d'établissements les informations nécessaires leur permettant de se poser les bonnes questions et de les alerter sur certains points sensibles à surveiller lors d'une opération immobilière.

« Cet outil permet de réaliser simultanément plusieurs scénarii, en offrant la possibilité de faire varier de nombreux facteurs comme le dimensionnement capacitaire du projet, le mode de financement, le type de portage ainsi que la structure des charges d'exploitation qui résulterait des opérations immobilières testées », précise l'ANAP.

- L'outil de simulation et les 13 fiches thématiques (du projet d'établissement au projet immobilier ;
 - Le CPOM ;
 - L'efficacité du projet architectural ;
 - Les points d'attention lors d'une opération de réhabilitation ;
 - L'externalisation de la cuisine et de la blanchisserie ;
 - Le bilan du coût de l'opération ;
 - Les outils et guides à disposition ;
 - Les modes de dévolution ;
 - La loi SRU ;
 - Les modes de financements et leurs impacts sur le compte de résultat ;
 - Les subventions et aides possibles ;
 - La TVA sur un projet immobilier en EHPAD ;
 - Le Plan pluriannuel d'investissement (PPI) ;
- sont disponibles en téléchargement sur le site internet de l'ANAP : www.anap.fr

Entrée en vigueur de la réforme du DPC

L'obligation du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé ne repose plus sur un programme annuel mais sur un engagement dans un parcours triennal. Le décret qui engage cette réforme est paru au Journal officiel le 8 juillet.

Il vient en application de l'article 114 de la loi de santé du 26 janvier 2016, qui refond le dispositif. La première période de trois ans prise en compte pour cette obligation débutera le 1er janvier 2017. Un document de traçabilité électronique, strictement personnel, est mis à disposition de chaque professionnel sur le site internet de l'Agence nationale du développement professionnel continu (DPC) qui remplace l'ancien organisme gestion-

naire (OGDPC). Il permet de conserver dans un dossier personnel unique les éléments attestant de l'engagement du professionnel de santé dans une démarche de DPC. Celui-ci est responsable de la mise à jour de ce document.

Le site de l'ANDPC met à disposition de l'ensemble des professionnels de santé un moteur de recherche réunissant les formations composant l'offre de DPC officielle et dispensées par des organismes ou structures de formation (associations, établissements de santé, universités, structures commerciales...) reconnues par l'agence : www.agencedpc.fr

Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016



Une forte dynamique du marché Ehpad à l'international

Euromonitor International, une société d'études de marché internationale, révèle dans une nouvelle étude que les marchés privés et publics des services et soins des personnes âgées vont s'intensifier au fil des années.

D'ici 2021, les pays émergents et développés devront répondre aux besoins de près de 800 millions de personnes de plus de 60 ans.

Les Ehpads pourraient s'agrandir à un rythme de 2,1% / an pour les pays développés, de 3,4% pour les économies émergentes et un taux de croissance de 4% pour les hôpitaux. Ce développement devrait connaître une augmentation significative entre 2016 et 2021.

Le Top Ten des pays qui devraient connaître une forte dynamique en termes d'expansion de structures d'accueil pour les personnes âgées comprend : l'Inde, la Chine, les Etats-Unis, l'Allemagne, le Japon, le Royaume-Uni, la France, la Corée du Sud, l'Italie et le Brésil.

Plus de 23 000 places en Ehpad prévues sur la période 2016-2020

A l'occasion de son conseil en juillet, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a dressé l'état des lieux concernant le nombre de places en Ehpad. Depuis 2005, l'offre médico-sociale pour personnes âgées a fortement augmenté (+84 % entre 2005 et 2014). Fin 2015, on dénombre plus de 720 400 places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en France :

- 575 262 places en hébergement permanent (HP)
- 10 861 places en hébergement temporaire (HT)
- 13 969 places d'accueils de jour (AJ)
- 119 095 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- 1 286 places en unité d'hébergement renforcé (UHR).

Cela représente un peu plus de 117 places d'établissement ou de service médico-social pour personnes âgées pour 1000 personnes de plus de 75 ans. Des disparités géographiques demeurent. « D'un département à l'autre, l'offre varie de 54 places à 194 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans », souligne la CNSA.

Un rythme suffisamment élevé

Quelles sont les perspectives à venir en termes de création de places ?

Les agences régionales de santé (ARS) ont prévu d'installer 23 222 places sur la période 2016-2020, dont plus des trois quarts d'ici fin 2017.

Cela représentera 285,7 millions d'euros. Les prévisions d'installation concernent en majorité des places d'hé-

bergement permanent : 15 831 places, soit 68 % des places prévues, pour 71 % des crédits.

« Cette programmation suit un rythme suffisamment élevé pour faire face à la croissance du nombre de personnes âgées jusque 2018 », considère la Caisse.

La CNSA dispose d'une nouvelle application depuis mars 2015 pour suivre l'ensemble de la chaîne depuis la programmation des places dans les quatre ans, jusqu'à leur installation.

Appelée SEPIA (Suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations), elle reprend et enrichit les fonctionnalités de SELIA et e-PRIAC.

Nadia Grardji
(Presse Scriptum)

Prévention du risque infectieux : priorité à l'élaboration du DARI

Avec le programme PROPIAS 2016-2018, la prévention du risque infectieux dans le devient une priorité dans les Ehpad. Une instruction en date du 15 juin 2016 rappelle les démarches à engager, au premier rang desquelles la formation du document d'analyse du risque infectieux (DARI).

Dans le secteur médico-social, le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) comporte trois objectifs prioritaires : assurer une meilleure sécurité des résidents, limiter la diffusion des bactéries multi et hautement résistantes émergentes et participer à la lutte contre l'antibiorésistance.

Dans le cadre du premier programme 2011-2013, la mobilisation des établissements médico-sociaux a été inégale (un tiers ont fait leur DARI, un tiers sont en cours et un tiers n'ont pas commencé), selon un bilan établi en 2015.

Les Ehpad comptent parmi les établissements concernés en priorité par le second programme PROPIAS 2016-2018. Ils sont tenus d'engager une démarche d'analyse des risques.

En clair : la formalisation du document d'analyse du risque infectieux (DARI) assorti d'un plan d'actions prioritaires d'ici fin 2018.

Cette démarche d'analyse des risques se déploie en trois étapes : l'évaluation des risques, la gestion des risques et la communication. « *Ce sont ces trois étapes d'égale importance qui doivent conduire à l'élaboration du DARI* », rappelle une instruction en date du 15 juin 2016. Si le DARI est désormais connu et utilisé par tous les professionnels, pour la majorité d'entre eux, il est souvent réduit à la réalisation de l'étape d'autoévaluation, c'est-

Un manuel national d'auto-évaluation

Le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) propose aux Ehpad le manuel national d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux (organisation des moyens de prévention ; gestion de l'environnement et des circuits ; gestion du matériel de soins ; gestion des soins ; vaccinations ; gestion des risques épidémiques ; prévention des accidents d'exposition au sang (AES).

Le manuel du GREPHH et les fiches pratiques interCLIN (permettant de répondre aux critères du manuel) sont téléchargeables sur le site internet du GREPHH : <http://www.grephh.fr>

à-dire au remplissage de l'outil du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) (*voir encadré*).

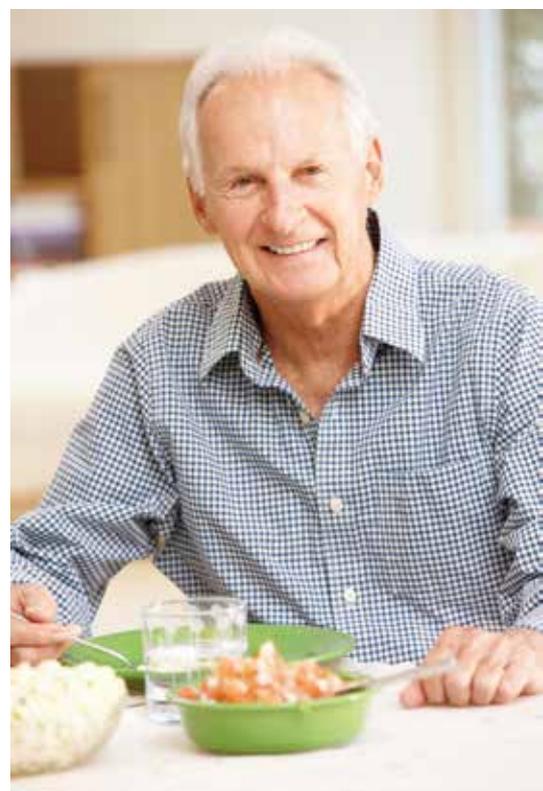
La formalisation du plan d'action et sa mise en œuvre dans un calendrier défini, ainsi que la réalisation du volet communication indispensable pour mobiliser les personnels et les usagers : résidents et proches, « *sont souvent oubliées* », déplore l'instruction.

Mesures organisationnelles dès 2016

Les Ehpad ont jusqu'à fin 2018 pour élaborer leur DARI et le plan d'actions prioritaires. L'agence régionale de santé (ARS) « *qui a vocation à mobiliser l'expertise régionale en hygiène* » peut accompagner les structures qui rencontrent des difficultés à élaborer leur DARI.

Le calendrier de la mise en œuvre du programme PROPIAS débute dès à présent. L'ensemble des personnels en contact avec les résidents devra être « *sensibilisé dès que possible et au plus tard fin 2017, à la prévention de la transmission croisée (précautions standard- gestion des excréta)* », précise la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Les directeurs d'Ehpad doivent mettre en place des mesures organisationnelles dès cette année :



- > désigner un responsable dûment mandaté pour mettre en place la démarche dans l'établissement,
- > constituer un comité de suivi composé au minimum du directeur, du responsable mandaté, d'un médecin (le médecin coordonnateur en Ehpad), d'un cadre infirmier.

Nadia Graradji
(Presse Scriptum)

Signalement des événements sanitaires indésirables

Un décret paru au *Journal Officiel* du 26 août institue la création d'un « *portail de signalement des événements sanitaires indésirables* » destiné à promouvoir et recueillir les déclarations des signalements des événements sanitaires indésirables effectués par les professionnels de santé (soins de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux) et le public et relevant d'un système de vigilance ou de déclaration réglementé.

Le fonctionnement et l'organisation du portail seront précisées par un arrêté du ministère de la Santé.



Nicolas Martinet

Nicolas Martinet qui a assuré durant vingt ans la direction d'un Ehpad congréganiste de 126 lits est l'auteur familier de livres, « *pavés dans la mare* ». Il avait exprimé son coup de gueule dans son précédent ouvrage « *Le Grand Âge est à l'abandon, propositions pour éviter le pire* ». Interview d'un directeur en attente de vrais changements dans le secteur.

☞ Maisons de retraite 25 % moins chères pour les familles, c'est possible, c'est à faire, c'est urgent ☞

Votre dernier ouvrage s'intitule « *Maisons de retraite 25 % moins chères pour les familles, c'est possible, c'est à faire, c'est urgent* ».

Mythe ou réalité ?

▶ **Nicolas Martinet** : À quoi sert-il de développer nombre de lits en Ehpad si le prix de journée demandé ne peut être couvert par la maigre retraite des personnes âgées accueillies ? Oui, il est possible d'améliorer la qualité en établissement par l'augmentation du nombre et de la diversité de personnels qualifiés, et ceci avec un prix à payer par le résident et sa famille minoré d'environ 25 %. Non seulement cela est possible, mais ça l'est sans qu'il soit nécessaire de lever de nouveaux impôts ou taxes. Je considère qu'il y a trois priorités à régler dans le secteur des Ehpad. Premièrement, réduire drastiquement le reste à charge pour le résident ou pour sa famille. Deuxièmement, mieux répartir les charges entre les trois budgets qui sont aujourd'hui très nettement déséquilibrés au regard

de l'évolution de la population accueillie en Ehpad vers la grande dépendance durant ces dernières années. Ce qui nécessite un transfert de charges de l'hébergement vers la dépendance et le soin, notamment les charges de personnel. Troisièmement, il est urgent de revoir les conditions de travail des aidants professionnels en augmentant les effectifs et la qualification. Ceci dans le souci d'améliorer la qualité et la sécurité des établissements par une plus grande présence auprès de la personne âgée. Cette augmentation des effectifs de personnel aurait aussi pour effet d'inverser la courbe ascendante des arrêts de travail pour maladies et accidents de travail.

Dans votre démonstration, le prix d'hébergement passe donc de 2000 à 1500 euros ?

▶ **N. M.** : Oui, l'approche tarifaire que je propose dans mon livre ne permet pas encore d'aligner le reste à charge des résidents sur le montant moyen des retraites. Mais elle s'en approche sérieusement d'autant qu'il est souvent possible d'y soustraire aussi l'allocation logement. Ce tarif constitue sans nul doute une amélioration substantielle du reste à charge, par rapport à la situation d'aujourd'hui. Avec cette baisse du prix de journée hébergement, les départements auront beaucoup moins de demandes de prise en charge par l'aide sociale du coût de l'hébergement. Ils pourraient donc, sans problème, assurer la prise en charge du ticket modérateur. Ne payant plus le ticket modérateur, le résident ne se verrait facturer qu'un montant de 1500 € par mois pour l'hébergement. Rapporté aux 2000 € actuels, le gain serait bien de 25 %. En poussant un peu plus loin le raisonnement, si le paiement du GIR 5 et 6, n'est plus dû à la personne âgée ou à sa famille, pourquoi ne pas abandon-

☞ Une journée en Ehpad coûte 125 €, les trois budgets confondus. Une aide à domicile 24 h / 24 pour une personne handicapée coûte 480 € / jour et une journée d'hospitalisation 700 €. ☞



ner le budget dépendance et le fusionner dans le budget soins dans un souci de simplification administrative. Un retour aux deux budgets hébergement-soins dans les Ehpad comme ce fut le cas dans le passé n'entacherait en rien la qualité du service rendu, mais simplifierait considérablement le fonctionnement administratif des établissements. Ce choix réduirait également la charge de travail des administrations et donc l'effectif des services. Ce qui serait bénéfique pour les finances publiques.

Vous plaidez pour un budget soin passant de 45 € par jour et par personne à 83 € par jour et par personne soit une augmentation de 38 €. Est-ce réaliste pour les finances publiques ?

► **N. M. :** Une journée en Ehpad coûte 125 €, les trois budgets confondus. Dans ma proposition, le prix de journée passerait à 139 euros/ jour. Cela représenterait une charge en plus pour l'État de 7 milliards par an mais ce surcoût serait en fait contrebalancé par la création de 162 000 emplois pérennes (aides soignants, infirmiers...) dans les maisons de retraite, soit 3 milliards de gains récupérés sur le chômage. Ce qui stimulerait l'activité économique et augmentent les recettes fiscales.

Une aide à domicile 24 h / 24 pour une personne handicapée coûte 480 € /jour et une journée d'hospitalisation 700 €. Que représente la hausse du budget soin tel que définie dans mon ouvrage pour les dépenses de l'Etat ? Ce surcoût peut être intégralement financé par une réduction des gâchis de

notre économie. Non seulement cela est possible, mais ça l'est sans qu'il soit nécessaire de lever de nouveaux impôts ou taxes. C'est pourtant le prétexte souvent mis en avant par nos décideurs pour sans cesse repousser la question. Que penser d'une société qui refuse d'augmenter son aide financière à l'accompagnement de la personne âgée dépendante, aide qui s'élève à 2 ou 3 000 € quand dans le même temps cette même société accepte une prise en charge 24 h sur 24 d'une personne handicapée à domicile qui peut atteindre un montant total de 15 000 € par mois. Y a-t-il une personne en perte d'autonomie plus digne que l'autre d'être suffisamment aidée ? Il y a trois millions de journées d'hospitalisation de personnes âgées injustifiées à 700 € la journée minimum, soit 2,1 milliards d'euros de bradés. Une meilleure médicalisation des Ehpad et un meilleur parcours de santé peuvent permettre un redéploiement de ces dépenses indues. En termes de gabegie, on peut également citer les 7 milliards d'euros correspondant aux 23 500 tonnes de médicaments inutilisés après prescription par les particuliers.

La circulaire budgétaire 2016 le rappelle une nouvelle fois : une tarification au GMPS n'ouvre toujours pas droit pour l'EHPAD à un niveau de dotation automatique opposable à l'ARS. Que cela vous inspire-t-il ?

► **N. M. :** Le PATHOS est un outil pour évaluer théoriquement les moyens nécessaires à ce que le soin soit de qualité pour chaque personne âgée accueil-

lie dans l'établissement. Or le secteur sait que la réalité est toute autre. À la qualité, les tarificateurs préfèrent sans vergogne privilégier les économies budgétaires.

Les agences régionales de santé effectuent régulièrement des contrôles de cette évaluation PATHOS dans les établissements. D'un PATHOS qui devrait être médical nous sommes vraisemblablement passés à un PATHOS "financier" c'est-à-dire dont le niveau est défini non plus par rapport à l'état des résidents, mais par rapport aux moyens budgétaires que l'on accepte d'allouer aux soins en établissement.

Comme beaucoup d'autres acteurs du secteur, vous pointez du doigt la multiplication des normes en Ehpad. Quelles incidences sur le quotidien des directeurs ?

► **N. M. :** Les exigences sécuritaires deviennent de plus en plus difficiles à financer. Les demandes croissantes en matière d'incendie, de protection des personnes, de prévention de la légionellose, etc, dans le seul but d'atteindre le risque zéro sont financées au détriment de l'amélioration du cadre de vie du résident. Dès que se produit un sinistre dans un établissement, de nouvelles lois, de nouvelles normes, de nouvelles dispositions réglementaires sont prises. Nous savons pourtant que ce risque zéro est illusoire. Rarement la question de fond est posée : le personnel était-il suffisant ? Était-il assez formé pour parer aux risques ? Le serpent administratif n'est pas venimeux. Il est pire que cela.

L'image du boa qui lentement entoure sa proie et serre doucement ses anneaux, conduisant ainsi indubitablement sa proie vers une mort lente, mais certaine, notre administration étouffe nos fonctionnements. Il faut répondre à des exigences dans des délais toujours plus courts, trop courts, mettre en place des documents, des protocoles, des règlements à n'en plus finir. Nos politiques et nos fonctionnaires n'ont, pour beaucoup d'entre eux, qu'une connaissance éloignée de la réalité des Ehpad.

De ce fait, leurs exigences ne font qu'activer, jour après jour, cette pression administrative qui lentement nous étouffe. Traçabilité, risque zéro, sécurité, responsabilité, économie sont autant de raisons avancées pour justifier l'injustifiable, pour promouvoir le développement insensé du papier au détriment de l'humain. Tout doit être tracé, produit en nombre d'exemplaires, archivé, contrôlé, le tout dans un temps toujours plus court.

Toute cette production de papiers est parfaitement inutile puisque simplement sa quantité en rend la lecture impossible. Ainsi, au travers des protocoles, des textes de loi, des règlements, des consignes et autres préconisations, une personne qui désire travailler auprès des personnes âgées, qu'elle soit infirmière, aide-soignante ou agent de service doit connaître plusieurs centaines de pages. De son temps auprès du résident est ponctionné le temps nécessaire à "nourrir" l'ordinateur. C'est de la bêtise à l'état brut, totalement contreproductive. Pourtant on nous rappelle sans cesse que la méconnaissance de ces documents et leur inapplication engage la responsabilité de la personne qui doit les mettre en œuvre. Et l'humain dans tout cela ? Cessons cette utopie collective qui consiste à rechercher le risque zéro en tout temps et en tout lieu. La vie, elle-même, par sa nature, comporte intrinsèquement la notion de risque. Que chacun réapprenne le sens de ses responsabilités plutôt que de chercher toujours à refiler celles-ci à son voisin en ouvrant tout grand le parapluie !

Vous évoquez également la situation des directeurs d'Ehpad qui ont des relations compliquées avec leur Conseil d'administration. Comment faire fonctionner au mieux ce binôme ?

► **N. M. :** Trop d'établissements pèchent par une mauvaise répartition des rôles entre le Conseil d'administration et la direction. Dans certaines associations, l'omniprésence du président empêche le directeur d'Ehpad de remplir sa mission et opacifie le fonctionnement du haut de l'organigramme pour l'ensemble du personnel. Dans d'autres, c'est l'inverse, la solitude du directeur laisse à penser que le Conseil d'administration n'est là que pour valider des comptes, une ou deux fois l'an, et agréer des projets pour lesquels il a peu ou pas participé à la réflexion. Dans l'un ou l'autre cas, ces dysfonctionnements risquent toujours de conduire à des impasses.

Il est néfaste d'assister à une prise de décision du Conseil d'Administration sans avis préalable du directeur et des cadres tout autant que de voir un directeur prendre des décisions engageant lourdement l'établissement sans en avoir préalablement référé au Conseil d'Administration. Certes, cet équilibre est précaire et la frontière toujours difficile à établir. Il est donc nécessaire qu'un climat de confiance réciproque puisse s'installer et perdurer au fil du temps par un dialogue en vérité. La vraie richesse réside dans la complémentarité des responsabilités et dans la façon de les exercer. Un outil bien travaillé peut à la fois soutenir cette réflexion et en concrétiser les fruits, c'est le document unique des délégations (DUD). Ce document doit légalement venir en complément du contrat de travail du directeur.



Hygiène et soin du linge

La promesse des lave-linge aseptiques de Miele Professional



Les lave-linge aseptiques de 16 à 32 kg

- Des programmes Hygiène prédéfinis pour maisons de retraite et centres de soins ;
- Une utilisation facile et sans efforts ;
- Un tambour Hydrogliss breveté qui protège et respecte le linge pour des résidents 100 % satisfaits ;
- Une hygiène bactériologique du linge en conformité avec la norme RABC ;
- Des lave-linge et sèche-linge conçus pour durer plus de 30 000 cycles.

Le choix de la qualité et de la longévité

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

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

Vous êtes partisan d'un décloisonnement entre le secteur du domicile et les EHPAD. Les plateformes de service sont-elles l'avenir du secteur des personnes âgées ?

▶ **N. M.** : L'avenir appartient de toute évidence aux parcours de service dans lequel chaque acteur pourra interagir dans le cadre d'une bonne coordination. Les idées qui opposent le domicile où il fait bon vivre et l'établissement où l'on est maltraité doivent disparaître. Il nous faut mettre en place un accompagnement de qualité en continu. Celui-ci doit être adapté au besoin de chacun et lui apporter un épanouissement, quels que soient son degré d'autonomie, son lieu de vie, son environnement familial et ses capacités financières. Cessons d'opposer les services et construisons un ensemble médico-social qui soit continu, cohérent et qui réponde parfaitement aux besoins de chacun ! Un tel regroupement permet d'"abattre les murs" qui trop souvent aujourd'hui opposent encore domicile et établissements. Il permet une meilleure anticipation des besoins et donc une réponse plus adaptée tant dans son contenu que dans le temps de mise en œuvre. Cette meilleure adaptation réduirait incontestablement le nombre des

hospitalisations. Un tel fonctionnement se situe dans le préventif alors qu'aujourd'hui nous nous situons presque toujours dans le curatif et l'urgence.

Concrètement, comment rapprocher ces deux secteurs dans l'accompagnement des personnes âgées ?

▶ **N. M.** : Les exemples sont nombreux. Certains Ehpads disposent d'un véhicule adapté aux personnes à mobilité réduite mais le nombre et la fréquence des sorties des résidents font que ce type de véhicule est généralement sous-utilisé. Ainsi, le mettre à disposition d'un service d'aide à domicile permettrait d'organiser des sorties pour les personnes âgées à domicile, en famille d'accueil ou dans des structures trop petites pour pouvoir réaliser un tel investissement. L'utilisation de ce véhicule en commun sera alors l'occasion de partager des activités entre les personnes âgées à domicile et celles en établissement. Cela assure un rapprochement qui dans le temps peut s'avérer très bénéfique notamment pour stimuler l'accueil de jour, l'accueil temporaire ou même pour préparer une entrée en établissement. Cette même approche de mutualisation domicile/Ehpads pourrait être étudiée avec d'autres équipements de l'Ehpads : salle

Snoezelen, salle de kinésithérapie équipée, salle de bain avec baignoire médicalisée, etc. D'autres passerelles entre les deux secteurs sont possibles. Lors d'un accueil temporaire ou d'un accueil définitif, ne pourrait-on pas imaginer que l'aide à domicile qui connaît les habitudes de vie de la personne âgée puisse l'accompagner huit ou quinze jours en établissement ? La transmission vers le personnel de l'établissement de ses habitudes serait nettement améliorée. Pour la personne âgée, la rupture serait graduelle et donc plus facile à accepter. Pour le personnel du domicile, ce serait l'occasion de découvrir le fonctionnement de l'établissement et donc d'en avoir moins peur, peur qui peut facilement se transmettre à la personne âgée dont elle a la charge à domicile. Enfin, pour le personnel de l'établissement, cette aide ponctuelle de huit ou quinze jours permettrait une meilleure disponibilité et donc un meilleur accueil du nouvel entrant. Construire une logique de parcours de santé pour la personne âgée, c'est certes une question de moyens mais pas seulement. C'est aussi une question de volonté des acteurs. 📍

Propos recueillis par Diane Battista (Presse Scriptum)

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)



Soins palliatifs : une « *révolution culturelle* » en Ehpad

Dossier réalisé par Diane Battista (Presse Scriptum)



En France, les soins palliatifs sont encore prioritairement centrés sur l'hôpital. Dans des Ehpads qui se définissent avant tout comme des lieux de vie, la prise en compte de la fin de vie des résidents et la mise en place d'une démarche palliative ont nécessité une « révolution culturelle » chez les professionnels du médico-social. Des efforts et des ajustements restent à faire pour une bienveillance des résidents... jusqu'aux derniers jours.

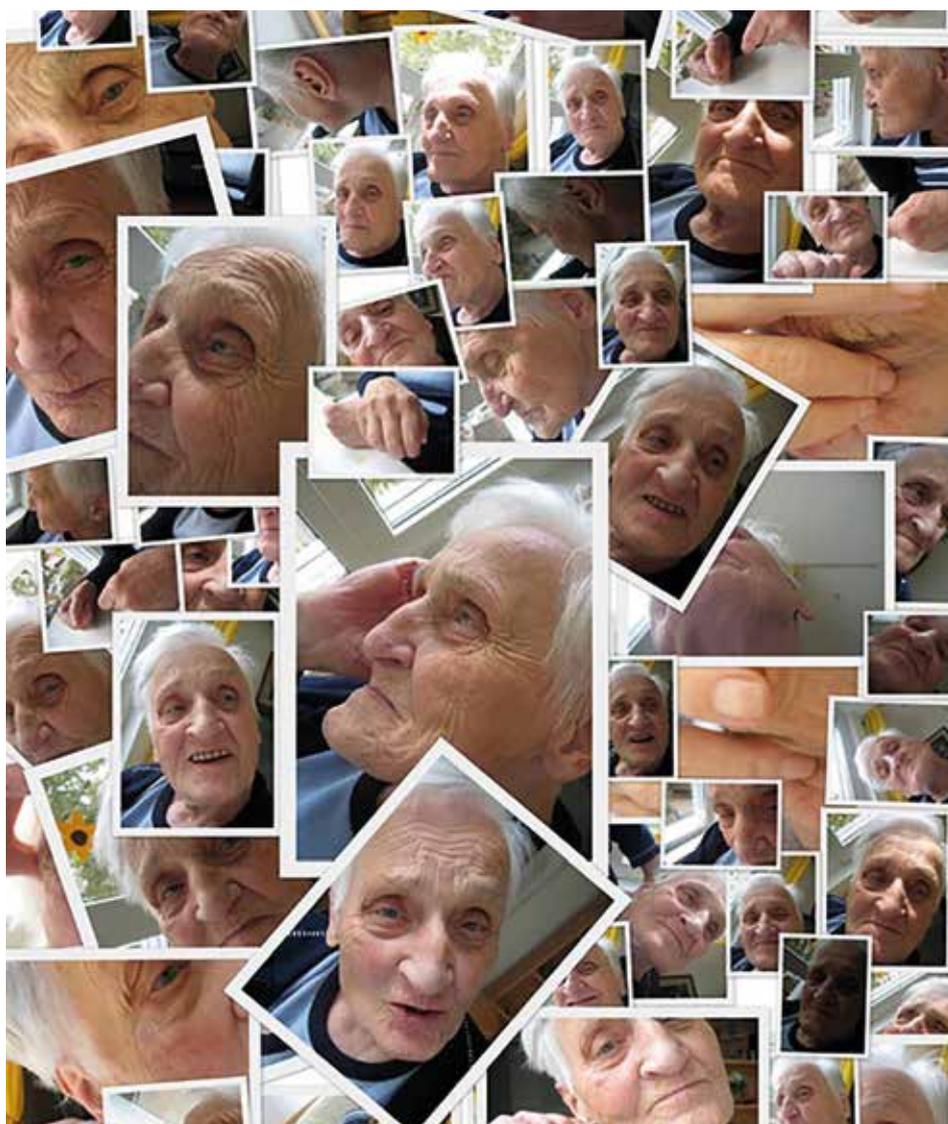
La fin de vie est un enjeu de plus en plus important pour les Ehpads : 90 000 personnes âgées y décèdent chaque année. En moyenne, les établissements sont confrontés à 20 décès par an (soit environ 2 décès par mois). Selon l'étude de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) publiée en 2013, 74% des résidents décèdent en Ehpads contre 28% à l'hôpital. C'est là le signe que les structures ont la volonté d'accompagner leurs résidents jusqu'aux derniers jours. « Plus de 60% des Ehpads disposent, dans leur projet de soins, d'un volet de soins palliatifs, de protocoles liés à la fin de vie, à la prise en charge de la douleur et aux soins de confort ou de nursing », rappelle le bilan du plan national de développement des soins palliatifs de 2008-2012.

Si toutes les situations de fin de vie ne requièrent pas la mise en œuvre d'un accompagnement palliatif, ces soins constituent un droit des résidents, lorsqu'ils se révèlent nécessaires. Un devoir pour les établissements.

Mais la diffusion d'une culture palliative en Ehpads repose avant tout sur un travail partenarial avec d'autres acteurs clés de cette prise en charge : les réseaux de soins palliatifs, les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD).

Ainsi, l'intervention des EMSP au sein des Ehpads a fait l'objet d'une instruction en 2010 élaborée conjointement par la DGOS et la DGCS, à laquelle a été annexée une convention-type, qui devrait faciliter la formalisation de ces relations.

Des relations placées sous le signe de la complémentarité. Car les EMSP n'ont pas pour mission



d'effectuer des soins directs auprès des résidents mais d'apporter dans des situations complexes une expertise médicale, un soutien aux professionnels de l'Ehpads (aide à la prise en charge ou à la décision, mise en place de protocoles...). Leur intervention s'inscrit dans une logique de diffusion de compétences ou d'appui (réponse téléphonique ponctuelle ou une intervention physique).

▶ Partenariats : Insuffler un nouveau souffle

Des efforts sont toutefois encore à fournir pour concrétiser cette coopération interprofessionnelle entre le sanitaire et le médico-social... Comme le constate un rapport de la Cour des comptes publié en 2015, la prise en charge palliative extra-hospitalière demeure le « parent pauvre » et reste « tou-

jours à construire », en Ehpads comme à domicile. Le développement des interventions des EMSP - une des mesures du plan « soins palliatifs » 2008-2012 - est inégal selon les régions et les établissements, et s'avère « globalement faible ». Face à ce constat de lenteur, le nouveau plan « soins palliatifs » 2015-2018 entend mobiliser les agences régionales de santé (ARS) pour « insuffler un second souffle » aux partenariats entre les EMSP, les réseaux de santé et les établissements et services médico-sociaux.

Une dynamique qui suppose aussi une meilleure couverture du territoire. Pour ce faire, ce même plan prévoit d'allouer une enveloppe globale de 31 millions d'euros à la création de nouvelles EMSP, dont déjà 9 millions en 2016 pour 30 équipes puis 2 millions en 2017 pour sept équipes.

Un autre partenaire potentiel des Ehpads dans l'ac-

compagnement palliatif reste encore dans l'ombre. Il s'agit des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Leur intervention en Ehpad demeure marginale même si elles ont été multipliées par quatre depuis 2008. Seuls 8% des Ehpad font appel à l'HAD dans les situations de fin de vie. Leur expertise serait pourtant la bienvenue en Ehpad notamment pour la prise en charge technique de patients lourds. Cette coopération Ehpad/HAD permettrait un renforcement important en termes de soins infirmiers et un accès facilité au matériel médical et paramédical.

► Une faible formation des médecins co

Si les lignes bougent lentement en externe, qu'en est-il entre les quatre murs des établissements ? La « révolution culturelle » est-elle en marche ? La formation constitue un vecteur essentiel de la diffusion de la démarche palliative chez les professionnels du médico-social. « 41% des personnels en moyenne par Ehpad ont été formés à la fin de vie au cours des trois dernières années », notent les premiers résultats de l'enquête Bienveillance 2015 de l'Anesm. En revanche, l'étude de l'ONFV avait mis en évidence qu'un médecin coordonnateur sur cinq n'a suivi aucune formation en relation avec l'accompagnement de la fin de vie. Et seuls 15% des médecins coordonnateurs disposent d'une formation diplômante en soins palliatifs. Ce qui reste encore très faible.

La formation est d'autant plus essentielle qu'elle permet d'agir plus précocement. Selon le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), les soins palliatifs sont généralement entrepris dans les trois dernières semaines de la vie alors que l'objectif étant de prévenir et soulager la douleur et la souffrance, ils devraient être entrepris dès qu'ils apparaissent nécessaires.

L'identification tardive de la situation « palliative » des personnes âgées et le manque d'anticipation des complications liées à la fin de vie sont des facteurs de risque de rupture dans le parcours de la personne âgée.

En clair, le personnel en Ehpad doit être mieux formés au repérage des « signes » qui vont entraîner un « basculement » de la personne âgée vers la fin de vie et aux situations d'aggravation.

► La nomination des référents palliatifs

Pour améliorer ce réflexe d'anticipation, 29 % des Ehpad ont fait le choix de mettre en place un « référent soins palliatifs ». Qu'il s'agisse du médecin coordonnateur, de l'infirmier coordonnateur, de l'infirmier, ou de l'aide-soignant, ce professionnel contribue à la diffusion de la culture palliative au sein de l'Ehpad. Il joue également le rôle d'interface entre l'Ehpad et les différents réseaux, EMSP, et intervenants libéraux, notamment en cas de situations complexes.

L'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (Anesm) va apporter sa touche pour engager cette évolution des pratiques professionnelles. D'ici la fin 2016, des recommandations concernant l'accompagnement de fin de vie des personnes de plus de 60 ans au domicile ou en établissement social ou médico-social. Objectif : apporter des repères aux professionnels pour développer l'accompagnement de la fin de vie, et de la fin de la vie, les soins palliatifs et la culture palliative, en complément des soins curatifs (exemple soins de confort, soins supports). Ces recommandations intégreront la prise en compte du vécu émotionnel du résident. « Pour les personnes confrontées au processus de la fin de vie, les préoccupations suivantes sont repérées : l'accompagnement familial ; la possibilité de s'opposer aux soins non désirés ; la transmission d'une trace pour les autres ; la possibilité de se réconcilier », souligne l'Anesm. Et d'ajouter « C'est surtout la peur du mal-mourir qui entretient la peur de mourir ». 

« Pallia 10 géronto », un outil d'aide à la décision

Elaboré par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), « Pallia 10 géronto » est un outil conçu pour aider les professionnels de santé - dans le cadre d'une réflexion collégiale - à mieux repérer où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée avec, si besoin, le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs. Cet outil d'aide à la décision se présente sous la forme d'une grille de 10 questions. Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé. « Pallia 10 géronto » est téléchargeable sur le site www.sfap.fr. 

Assurer les soins palliatifs la nuit

Faciliter l'accès des Ehpad à un temps infirmier la nuit : l'idée - en cours d'expérimentation dans plusieurs régions - fait enfin son chemin. Le plan « soins palliatifs » 2015-2018 consacrera 6 millions d'euros à cette mesure. Explications.

La simple présence d'une infirmière la nuit dans tous les Ehpad permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année... Ces déplacements lourds, angoissants sont souvent inutiles. 25% des résidents décèdent après avoir été transférés à l'hôpital et parmi ceux qui meurent Ehpad, 23% ont été hospitalisés au moins une fois en urgence au cours des deux semaines qui ont précédé leur décès.

Or, aujourd'hui la majorité des Ehpad ne disposent pas d'une infirmière de nuit et n'ont pas non plus d'astreinte téléphonique. Conséquence : 75% des établissements n'ont pas la possibilité de joindre un professionnel infirmier si la situation d'un résident s'aggrave.

Dans les établissements qui disposent d'une infirmière de nuit, la part de résidents hospitalisés en urgence est de 15,7% contre 24,9% dans les Ehpad sans la présence de ce professionnel.

« L'intervention des EMSP et des réseaux constitue un levier pertinent pour la diffusion de la démarche palliative au sein des Ehpad, sous réserve de la capacité des établissements à assurer une continuité des soins techniques.

Les interventions des EMSP au sein des Ehpad sécurisent le personnel et contribuent à évaluer et faire évoluer les pratiques. Cependant la valeur ajoutée de l'intervention des EMSP est étroitement liée à la capacité des établissements à mettre en œuvre ou non les recommandations des EMSP », soulignait le bilan du plan « soins palliatifs » 2008-2012.

En général, deux aides-soignantes, ou une aide-soignante et un agent de service, officient en nocturne en Ehpad.

Si ces professionnels sont en capacité d'assurer la gestion de la douleur, les soins de nursing et de confort, pour les résidents en fin de vie, ils ne sont pas qualifiés pour accomplir les soins techniques ou administrer des médicaments, réinstaller les perfusions ou encore gérer les crises d'angoisse.

« L'absence de personnel infirmier la nuit est une véri-

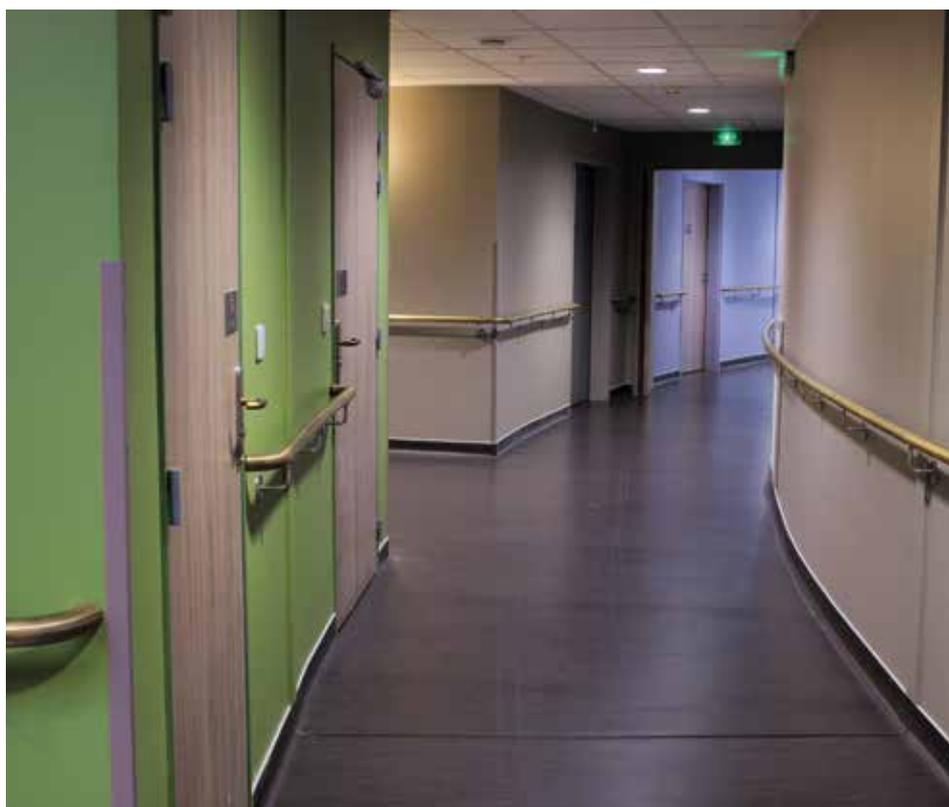


table contrainte pour la mise en place de traitements en continu (par exemple une perfusion d'antalgique sur 24h). Par exemple, si l'EMSP laisse des prescriptions anticipées pour la nuit ou le week-end concernant une évolution prévisible de l'état du patient, il est parfois nécessaire qu'un infirmier soit présent pour les mettre en œuvre pour éviter le recours aux services d'urgences », soulignait le bilan du plan.

Les soins de fin de vie identifiés dans l'enquête comme ne pouvant pas être réalisés la nuit sont des soins techniques et de délivrance de médicaments. « L'absence d'IDE de nuit est indiquée dans 82% comme raison principale de non réalisation de ces soins ». La nécessité pour les Ehpad de disposer d'un temps infirmier la nuit fait son chemin. Une nécessité reconnue également par Marisol Touraine, ministre de la Santé et des Affaires sociales.

Plusieurs expérimentations ont déjà été lancées par

les agences régionales de santé. différentes organisations ont été mises en place (IDE des Ehpad, mise à disposition des personnels travaillant en établissement de santé, IDE libérales, IDE d'HAD). Dans le cadre du plan « soins palliatifs » 2015-18, une évaluation nationale de ces expérimentations sera réalisée.

Objectifs : mesurer les effets de la présence ou du recours à une infirmière la nuit dans les Ehpad sur la qualité de la prise en charge des personnes en fin de vie ainsi que sur le recours aux hospitalisations, et en particulier aux urgences. Un groupe de travail devrait se réunir pour tirer les enseignements de cette évaluation et faire des propositions sur l'organisation d'une telle prise en charge en Ehpad.

Un montant de 2 millions d'euros sera consacré à cette action chaque année, soit un total de 6 millions d'euros sur la durée du plan 2015-2018. ➔

Les Ehpad du Val d'Oise à l'heure de la culture palliative

Promouvoir la culture palliative dans les Ehpad. Le Réseau gérontologique inter établissement et services du Val d'Oise (REGIES 95) qui regroupe la quasi-totalité des Ehpad publics, associatifs et privés du département a fait de cette question une de ses priorités. Interview de Christian Boissel, président de cette association et directeur de La Résidence le Boisquillon (Soisy-Sous-Montmenency).

Un groupe de travail sur les rites funéraires, un groupe de travail sur les soins palliatifs : faut-il en déduire que la fin de vie n'est pas un tabou pour les Ehpad adhérents de REGIES 95 ?

Christian Boissel : Nous accueillons dans nos établissements des résidents de plus en plus âgés, de plus en plus dépendants, et poly-pathologiques. Accompagner la fin de vie et mettre en œuvre une démarche palliative font inéluctablement partie des missions des Ehpad. Dès 2010, un groupe de travail de REGIES 95 a engagé une réflexion avec la Coordination régionale de soins palliatifs d'Ile de France (CORPALIF95) pour promouvoir la culture palliative dans les établissements. Dans un premier temps, nous avons établi la cartographie des ressources en soins palliatifs dans le Val d'Oise et le croisement avec les implantations des Ehpad. Depuis 2012, le groupe a également mis en place des actions de sensibilisation à la démarche palliative pour les équipes soignantes et encadrantes. Nous proposons une formation sous la forme de cinq modules animés par les professionnels de la CORPALIF 95. Les thèmes abordés sont la législation, la prise en compte de l'alimentation et de l'hydratation, la souffrance des équipes. Les stagiaires doivent préparer un mini-projet à développer dans le cadre de leur structure, exemples sur les soins de bouche ou la douleur. L'objectif est de former un binôme de référent « soins palliatifs » par Ehpad. En 2016, 233 personnes de 54 établissements adhérents ont bénéficié de ces formations.

En quoi consiste l'expérimentation en cours d'une équipe mobile de soins palliatifs territoriale dédiée aux Ehpad ?

C. B. : Trop souvent les équipes soignantes des Ehpad tardent à prendre contact avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou celles des réseaux de soins palliatifs. Ce qui nuit à la qualité de la fin de vie des résidents et confine les EMSP dans un rôle de « prescripteur de la dernière heure ». L'expérimentation de cette EMSP Territoriale à destination des Ehpad est un projet conjoint entre REGIES 95 et la CORPALIF 95. Elle a été lancée en 2013 sur une période de cinq ans et est financée par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France. L'EMSP territoriale intervient ponctuellement et à la demande de l'Ehpad, quand une situation le nécessite. Mais au-delà de cela, tous les mois, cette équipe mobile effectue des passages réguliers et systématiques dans chacun des Ehpad du département. Les avantages ? le repérage et l'analyse des situations palliatives et l'anticipation des situations difficiles. Cela permet également de développer au fil du temps une culture palliative chez le personnel en Ehpad. Une étude sur les résultats de cette expérimentation sera rendue très prochainement.

La présence d'une IDE de nuit en Ehpad : est-ce une condition nécessaire pour la qualité de l'accompagnement palliatif ?

C. B. : La présence d'une IDE de nuit n'est pas un facteur excluant mais limitant dans l'accompagnement palliatif. Le Val d'Oise compte au rang des départements engagés dans des expérimentations « infirmières de nuit en Ehpad » mises en place en 2012 et financées par l'Agence régionale de santé. Nous ne souhaitons pas adopter le modèle d'un Ehpad porteur du projet et d'Ehpad « satellites ». Selon nous, l'infirmière de nuit, salariée de l'Ehpad porteur aurait eu tendance à « privilégier » les interventions au sein de son établissement. A la demande de REGIES 95, c'est l'Association pour le développement des services de soins infirmiers à domicile (ADSSID) qui est la structure porteuse de l'équipe mobile d'infirmière de nuit. Ce SSIAD disposait déjà d'un service IDE itinérant de nuit. Dans le cadre de cette expérimentation, les infirmières ont ajouté trois Ehpad adhérents du REGIES 95 dans leur tournée. Cette modalité d'organisation particulière permet aussi de mettre en œuvre un partenariat effectif entre les structures du domicile et les établissements. 



Garantir le respect de la volonté des résidents

La nouvelle loi Claeys-Leonetti qui accorde de nouveaux droits pour les malades en fin de vie entre officiellement en vigueur. Les décrets de la loi sont parus le 5 août au Journal officiel. Rappel de ces nouveaux droits.

Le gouvernement a publié le 5 août les textes réglementaires - deux décrets et un arrêté - permettant sa mise en œuvre de La loi Claeys-Leonetti du 3 février 2016 sur les droits des personnes en fin de vie,

La sédation profonde et continue

Il ne s'agit ni d'euthanasie, ni de suicide assisté, mais de ce que Jean Leonetti, député (Les Républicains) et l'un des porteurs de cette nouvelle loi, appelle « *un droit de dormir avant de mourir pour ne pas souffrir* ».

Un décret précise les conditions dans lesquelles peuvent être décidés l'arrêt des traitements et la mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès de la personne

Pour rappel, à la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants :

- > Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- > Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable »

Ce recours est mise en œuvre au terme d'une procédure collégiale afin de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues par la loi sont remplies. L'hydratation et la nutrition sont, à présent, considérées pour les personnes en fin de vie comme



des "traitements" et non plus comme des "soins" devant être maintenus jusqu'au décès.

Conséquence : ils peuvent donc être arrêtés au nom du refus de l'acharnement thérapeutique.

La « *sédation profonde et continue* » pourra s'accompagner en toute légalité d'un arrêt de l'hydratation et de la nutrition pour les résidents en fin de vie.

Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016

Les directives anticipées

Le second décret définit les modalités de rédaction, de révision et de révocation des directives anticipées. Elles peuvent prendre la forme d'un document écrit, daté et signé par leur auteur, dûment identifié par l'indication du nom, prénom, date et lieu de naissance.

Une personne majeure sous tutelle peut rédiger ses directives avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

Désormais, les directives anticipées d'une personne, malade ou non, peuvent être révisées ou révoquées à tout moment, le document le plus récent l'emportant en cas de plusieurs écrits répondant aux conditions de validité. Le médecin est tenu de respecter les directives anticipées d'un patient, sauf cas exceptionnels prévus par la loi et dont il devra se justifier.

Dans un arrêté annexé au présent décret, le gouvernement propose deux modèles, non obligatoires, de directives anticipées : un modèle A pour les personnes en fin de vie ou ayant une maladie grave ; un modèle B pour les personnes en bonne santé ou n'ayant pas de maladie grave.

Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016

La "personne de confiance"

En l'absence de directives anticipées, la volonté de la personne qui ne peut plus s'exprimer peut être relayée par une personne de confiance, expressément désignée par écrit et dont le témoignage "prévaut sur tout autre témoignage".

Cette désignation est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Une campagne d'information à la fin 2016

Une campagne d'information sera lancée, à la fin de l'année, sous l'égide du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.

L'objectif : mieux faire connaître du grand public et des professionnels de santé la possibilité d'écrire ses directives anticipées.

On minimise les résistances des professionnels de santé aux soins palliatifs

Interview Dr Danièle Lecomte, vice-présidente de l'Association pour l'accompagnement et le développement des Soins Palliatifs (ASP Fondatrice), médecin en soins palliatifs, chargée de la diffusion de la culture palliative et de la défense des usagers, aujourd'hui à la retraite.

Le recours au bénévolat d'accompagnement en soins palliatifs est-il entré dans les pratiques des Ehpad ?

Danièle Lecomte : Oui, depuis quelques années, les Ehpad ont compris qu'il fallait, conjointement aux soins, un accompagnement relationnel et émotionnel pour les personnes âgées en fin de vie. Mais il faut aller parfois au-delà des réticences. Au départ, les professionnels font preuve d'une certaine crainte à l'idée de l'intervention de tiers mais assez vite il y a une compréhension de la place et de l'utilité du rôle des bénévoles. Les personnes âgées sur la fin de leur parcours de vie ont une appétence relationnelle. Elles sont avides de nouvelles relations, de se raconter. Mais le rôle des bénévoles ne se limite pas à l'extrême fin de vie. Ils sont là pour tous les moments critiques du parcours de la personne âgée. L'admission en Ehpad est un moment de crise, de désespoir, de fragilité pour le nouveau résident. Le bénévole peut apporter, à cette occasion, une présence chaleureuse, écouter leur histoire de vie.

ASP Fondatrice joue un rôle actif dans la diffusion de la culture palliative. Quels progrès notez-vous dans le secteur des Ehpad ?

D.L. : On minimise encore les résistances des professionnels de santé aux soins palliatifs. Elles sont hélas encore présentes. La culture du soin en France est avant tout curative. En cinquante ans, les progrès de la médecine ont été brutaux et les médecins considèrent encore la mort de leurs patients comme un échec thérapeutique. Et ce, même dans le cas d'une personne âgée. Un des principaux motifs d'appel de l'équipe mobile de soins palliatifs, était la discorde entre le médecin et les aides-soignants qui sont souvent plus lucides. Et c'est un ancien médecin qui vous le dit !

Il y a, par ailleurs, encore un déficit de formation des médecins en gériatrie et en soins palliatifs. Pourtant, les soins palliatifs sont l'arrêt ou de limitation des « traitements » et non des « soins ».

La langue anglaise distingue le cure du care mais la langue française n'a pas cette nuance dans le terme « soin ».

En Ehpad, l'absence de professionnels de santé pour gérer les urgences, la nuit posent encore problème. Sans compter sur le fait que certaines familles sont dans le déni de la fin de vie, de l'espoir d'une chance même pour des personnes âgées de 80 ou 90 ans. Pour mettre en œuvre une vraie culture palliative, il faut sortir de la pensée magique.

Pensez-vous que la rédaction de directives anticipées va entrer dans les habitudes des résidents en Ehpad ?

D.L. : Un travail de recherche est actuellement mené par une sociologue sous l'égide de la Fondation de France et ASP Fondatrice sur les directives anticipées. Dans ce cadre, il y a eu des réunions pour rencontrer et sensibiliser les professionnels en Ehpad sur les droits des personnes en fin de vie, engager une réflexion avec les proches. Quand ils sont informés, les résidents en Ehpad sont très intéressés par ce dispositif. Ils réalisent qu'ils ont encore des droits et le droit à la parole, le droit d'exprimer leurs volontés, leurs choix. Cela représente beaucoup pour des personnes en institution. Ces échanges sur la présentation des directives anticipées sont aussi un bon prétexte pour réfléchir sur la fin de vie, sur la mort. ➔

Créée en 1984, l'ASP fondatrice sélectionne, forme et encadre les bénévoles pour l'accompagnement des malades et des familles en leur apportant présence et écoute.

L'association intervient dans les unités de soins palliatifs dans les hôpitaux, mais aussi grâce aux équipes mobiles de soins palliatifs, dans les services cliniques, en Ehpad et au domicile.

Pour en savoir plus : www.aspfondatrice.org ➔

JALMALV est un autre réseau national www.jalmalv.fr

30 novembre 2016 : date limite pour saisir vos tarifs hébergements

« Plus de transparence sur les tarifs des Ehpad ». C'est l'un des engagements de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Pour permettre aux personnes âgées et à leurs proches de « comparer les prix et prestations proposés par les Ehpad de leur choix et simuler leur reste-à-charge », les tarifs hébergement et tarifs dépendance des établissements seront disponibles sur l'annuaire du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr, à compter de la mi-décembre 2016. L'heure est désormais au recueil des informations.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a ouvert, le 1^{er} juillet, la plateforme permettant aux gestionnaires d'établissements d'Ehpad de saisir les prix hébergement et les tarifs dépendance de leurs établissements. Ces derniers ont jusqu'au 30 novembre, pour renseigner les tarifs pratiqués en 2016 dans leurs établissements. La démarche s'effectue en ligne grâce à l'application « Prix-ESMS », accessible via <https://prix-esms.cnsa.fr> ou bien via le portail de connexion aux applications de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : <https://portail.cnsa.fr>. À partir de 2017, la mise à jour des tarifs devra intervenir à chaque changement et au plus tard avant le 30 juin de l'année en cours.

Les infos à communiquer

Concrètement, les Ehpad ont l'obligation de saisir :

- pour chaque type de chambre, pour l'hébergement permanent et temporaire, (chambre seule, chambre double, chambre seule habilitée à l'aide sociale, chambre double habilitée à l'aide sociale), le prix hébergement de la chambre majoritairement proposée : prix TTC par personne et par jour
- les tarifs dépendance pour les GIR 1-2 ; 3-4 ; 5-6.

Les gestionnaires ont la possibilité d'indiquer les prestations qu'ils proposent en plus des prestations minimales dites « socle », à condition qu'elles soient comprises dans le prix hébergement saisi, c'est-à-dire, à condition qu'elles ne fassent pas l'objet d'une facturation supplémentaire.

Ils peuvent aussi, s'ils le souhaitent, donner des informations sur d'autres prestations disponibles dans l'établissement mais non comprises dans le prix saisi (par exemple, l'entretien du linge personnel du résident), c'est-à-dire faisant l'objet d'une facturation supplémentaire. Ou encore sur d'autres prix hébergement pratiqués.

Pour rappel, les prix du socle de prestations et les prix des autres prestations d'hébergement sont librement fixés lors de la signature du contrat. Le socle de prestations fait l'objet d'un prix global. Toute clause prévoyant un prix distinct pour une prestation relevant du socle de prestations est réputée non écrite. Le conseil de la vie sociale (CVS) sera consulté au moins une fois par an sur le niveau des tarifs socles et sur le prix des autres prestations d'hébergement ainsi qu'à chaque création d'une nouvelle prestation.

La CNSA a publié deux manuels d'utilisation pour accompagner les gestionnaires dans l'utilisation de la plateforme de saisie : un manuel d'utilisation de l'application Prix-ESMS et un manuel d'utilisation « connexion à l'application Prix-ESMS ». Ces documents sont disponibles sur www.cnsa.fr 

Socle de prestations : les services obligatoires

Prestations d'administration générale :

- gestion administrative de l'ensemble du séjour ;
- élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;
- prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

Prestation de blanchissage

- fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

Prestations d'accueil hôtelier

- mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;

- accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ;
- fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;
- mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'Ehpad ;
- entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;
- entretien et nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;
- maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;
- mise à disposition des connectiques nécessaires

pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;

- accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans tout ou partie de l'établissement.

Prestation de restauration

- accès à un service de restauration ;
- fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

Prestation d'animation de la vie sociale

- accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;
- organisation des activités extérieures. 

Diane Battista
(Presse Scriptum)

Tarif hébergement : TVA ou pas pour les prestations supplémentaires ?

► Quel le statut fiscal des « suppléments aux tarifs journaliers d'hébergement » ?

Analyse de la Fehap.

Les Ehapd doivent définir - pour tous les contrats de séjour conclus depuis 1^{er} juillet 2016 - un « socle minimal de prestations » compris dans le tarif hébergement et d'éventuelles prestations complémentaires faisant l'objet d'un supplément de facturation, librement consenti par le résident.

Quel est le statut fiscal à appliquer concernant la TVA éventuellement exigible sur lesdits « suppléments aux tarifs journaliers » ? ; s'interroge la Fehap dans une note. Une question essentielle. « Le reste à charge des résidents en Ehapd risque d'être mécaniquement aggravé par l'application d'un taux de TVA sur des « suppléments aux tarifs journaliers », à politique tarifaire inchangée des gestionnaires privés non lucratifs, (et sans doute aussi publics, soit près de 75 % de l'offre

d'hébergement en EHPAD de notre pays) », souligne David Causse, Coordonnateur du Pôle Santé-Social de la Fehap.

► Que dit l'article 261-7° b du Code Général des Impôts ?

« Sont exonérés de la taxe sur la valeur ajoutée : . . . b. les opérations faites au bénéfice de toutes personnes par des œuvres sans but lucratif qui présentent un caractère social ou philanthropique et dont la gestion est désintéressée, lorsque les prix pratiqués ont été homologués par l'autorité publique ou que des opérations analogues ne sont pas couramment réalisées à des prix comparables par des entreprises commerciales, en raison notamment du concours désintéressé des membres de ces organismes ou des contributions publiques ou privées dont ils bénéficient. »

« Sous réserve de l'interprétation de la Direction de la Législation Fiscale (DLF) », et se référant à l'article 261 b du Code Général des Impôts, l'analyse de la FE-

HAP est la suivante : « La TVA n'est pas exigible sur les " suppléments aux tarifs journaliers dits " socle " pratiqués par des Ehapd gérés par des personnes morales de droit privé non lucratif (associations, fondations, mutuelles, institutions de prévoyance et de retraite complémentaire), pour autant qu'ils soient fixés à des niveaux inférieurs à ceux couramment pratiqués par les entreprises commerciales gérant des Ehapd situés dans le même territoire (au sens de l'Autorité de la Concurrence, soit un rayon de 30 à 40 kilomètres au voisinage).

« A l'inverse, une politique tarifaire de "suppléments aux tarifs journaliers " qui s'apparenterait à celle pratiquée par les Ehapd du secteur commercial appellerait l'application d'un taux de TVA, établi en fonction de la nature desdites prestations », poursuit David Causse.

► **Scenario 1.** Lorsque le gestionnaire décide de distinguer des suppléments au tarif journalier « socle » en Ehapd, et pour autant que le niveau des tarifs pratiqués soit inférieur à celui « couramment pratiqué » par des entités de statut commercial dans le même territoire, alors ces suppléments ne sont pas assujettis à la TVA.

► **Scenario 2.** Lorsque lesdits suppléments au tarif journalier socle sont fixés à un niveau égal ou supérieur à celui pratiqué dans le territoire par des entités privées de statut commercial, alors il conviendra d'appliquer la TVA sur ces prestations et d'organiser la chaîne de facturation et d'administration en conséquence avec les services fiscaux. « L'application de la TVA sur ces suppléments n'induit en rien une fiscalisation aux impôts du commerce de l'ensemble des activités de l'Ehapd ou de l'organisme considéré », nuance David Causse.

Enfin, la Fehap rappelle que « rien n'interdit à un gestionnaire privé non lucratif d'intégrer dans son tarif hébergement des prestations au-delà des prestations minimales définies dans l'annexe du décret. Dans ce cas, « nul doute que cette prestation particulière n'est pas assujettie à la TVA », précise David Causse. ➔

Diane Battista
(Presse Scriptum)



Les modalités du partage d'informations entre le sanitaire et le médico-social

La loi de modernisation du système de santé redéfinit les modalités d'échange et de partage des informations concernant les patients et les usagers du secteur social et médico-social afin de faciliter la coordination ou la continuité des soins.

Un décret paru au *Journal Officiel* du 22 juillet précise les conditions d'échange d'informations entre le sanitaire et le médico-social entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.



Les professionnels peuvent échanger et partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

- > des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de la personne ;
- > du périmètre de leurs missions.

Les professionnels concernés

Deux grandes catégories peuvent être dégagées : les professionnels de santé et les non professionnels de santé de l'action sociale ou médico-sociale.

- Tous les professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice ;
- Les assistants de service social ;
- Les ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes ;
- Les aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;
- Les assistants familiaux ;
- Les particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées ;
- Les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les délégués aux prestations familiales ;

- Les non-professionnels de santé salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;
- Les non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) ;
- Les non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale assurant l'instruction des demandes d'APA

- les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)
 - les membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie
- Un professionnel appartenant à l'une des deux catégories, souhaitant échanger des informations relatives à une personne prise en charge avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, doit informer préalablement la personne concernée,

Le secret professionnel comme principe

Alors qu'il ne se limitait jusqu'alors qu'aux établissements de santé, le principe de respect de la vie privée couvre désormais l'ensemble des secteurs sanitaire, social et médico-social. Il est ainsi affirmé que "Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie, un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant".

Ce secret s'impose « à tous les professionnels intervenant dans le système de santé ». Comprendre donc l'ensemble des professionnels de santé, du champ sanitaire ou du champ social (assistante sociale) qui participent à la prise en charge du patient. 📍

LA PROTECTION DE VOS SALARIÉS AVEC HELPÉVIA

Depuis 2002, Helpévia, en collaboration avec des représentants d'établissements, négocie des contrats d'assurances collectifs au bénéfice de ses adhérents.

Nos objectifs, vous garantir

- la maîtrise et la transparence de l'information,
- la visibilité et la stabilité dans le temps des tarifs
- l'accès à des outils simples de pilotage de vos dossiers



PRÉVOYANCE

- 250 établissements et plus de 22 000 salariés assurés
- Individualisation des cotisations et mutualisation des risques
- Un espace dédié pour gérer et suivre le traitement des sinistres en temps réel

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

- Des garanties compatibles avec vos nouvelles obligations
- Des options modulables pour chaque établissement
- Une vraie garantie de maintien de taux dans le temps
- Un espace dédié pour chaque salarié pour alléger les formalités d'adhésion

retrouvez-nous sur
www.HELPEVIA.fr

POUR PLUS D'INFORMATIONS

merci de nous écrire à :
contact@helpevia.fr

Coup d'envoi du Dossier médical partagé

Le dossier médical partagé (DMP) se substitue à l'ancien dossier médical personnel qui a connu... plus de dix années de couacs.

Un décret publié le 5 juillet est consacré à ce "dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients".

Le texte réglementaire fixe le contenu du DMP, les modalités de création, clôture et destruction, les droits du titulaire sur les données contenues dans son DMP, ainsi que les modalités d'accès à ce dossier partagé.

Concrètement, le DMP contiendra sept types de données :

- > données relatives à l'identité et à l'identification du titulaire
- > données relatives à la prévention, l'état de santé, au suivi social et médico-social "que les professionnels de santé estiment devoir être partagées [...], afin de servir la coordination, la qualité et la continuité des soins, y compris en urgence" (synthèses médicales, lettres de liaison, comptes rendus de biologie, d'examen d'imagerie médicale, d'actes diagnostiques et thérapeutiques, traitements prescrits)
- > données consignées dans le dossier par le titulaire
- > données nécessaires à la coordination des soins (données de remboursement)
- > données relatives à la dispensation de médicaments, issues du dossier pharmaceutique (DP)
- > données relatives au don d'organe ou de tissus
- > données relatives aux directives anticipées.

L'accès des professionnels de santé au Dossier médical partagé est subordonné à l'autorisation du titulaire.

La liste de ces professionnels de santé peut être modifiée à tout moment par ce dernier. Seul le médecin traitant dispose par dérogation d'un droit d'accès à l'ensemble des informations du DMP. La gestion du DMP quitte le giron de l'ASIP Santé.

La conception, mise en œuvre et administration du DMP « nouvelle version » sont transférées à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts).

Tout dossier médical personnel créé avant le 5 juillet 2016 devient un dossier médical partagé et est régi par ces nouvelles dispositions.

Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016

d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

Lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des deux catégories partagent, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge et l'en informent préalablement.

Ils tiennent compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la

Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.

A noter : l'échange et le partage d'informations personnelles ne se confondent pas avec le secret partagé. La loi Santé rappelle que les informations relatives à un patient ne sont pas partageables ou échangeables entre plusieurs professionnels au seul prétexte qu'ils prennent tous en charge cette même personne.

L'indispensable consentement de la personne concernée

Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité de l'informer peut dispenser le professionnel participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable.

La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Ces éléments doivent être tracés dans le dossier médical.

La loi précise enfin que la personne dispose d'un droit d'opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant, droit susceptible d'être exercé à tout moment.

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016

Les équipes de soins

La loi Santé a prévu qu'une équipe de soins exerce, notamment, dans le même établissement de santé ou dans le même établissement ou service social ou médico-social ou encore dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale.

Ainsi, un second décret précise que ces structures sont, notamment, les suivantes :

- groupements hospitaliers de territoire ;
- maisons, centres et réseaux de santé ;
- lorsqu'ils ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes, groupements de coopération sanitaire et groupements de coopération sociaux et médico-sociaux ;
- plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016

Diane Battista
(Presse Scriptum)

Vigilance attentats : les bons réflexes en Ehpad

Le Ministère des Affaires sociales et de la santé a mis en ligne deux guides de bonnes pratiques pour préparer les équipes de direction d'Ehpad, les établissements, les personnels et les usagers à l'éventualité d'une attaque terroriste. Consignes à suivre pour mettre en place un plan de sécurité.

En partenariat notamment avec le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN), le ministère des Affaires sociales et de la Santé publie deux guides de bonnes pratiques pour faire face au risque d'attentat en établissement médico-social : l'un s'adresse directement aux équipes de direction, l'autre aux personnels.

Ces guides ont un double objectif : « fournir des indications concrètes pour préparer les établissements, les personnels et les usagers à l'éventualité d'une telle attaque » ; et « réagir au mieux avant même l'arrivée des forces de sécurité et durant leur intervention ». Ils complètent les procédures et consignes de sécurité déjà mises en place pour prévenir la menace terroriste et d'autres risques. Ils s'inspirent également de bonnes pratiques développées par plusieurs établissements. En premier lieu, pour mettre en œuvre la protection de leur établissement, les équipes de direction d'Ehpad peuvent entrer en liaison avec différents acteurs extérieurs :

- les partenaires de la sécurité intérieure afin de mettre en place ou actualiser la convention santé-sécurité-justice ;
- les mairies et les acteurs privés de sécurité pour renforcer la surveillance de la voie publique et des abords des bâtiments
- les plans des bâtiments peuvent être partagés avec la police et la gendarmerie ;

Autres interlocuteurs : les conseillers de défense et de sécurité de zone et les délégués de défense et de sécurité des établissements de santé de référence (ESR) qui sont en relation avec la préfecture (évaluation de la menace et expertise Vigipirate) ; les sites voisins afin de préparer conjointement la réaction aux situations d'urgence.

En interne, il est recommandé de désigner un référent sûreté dédié à l'Ehpad. Le guide du ministère souligne également la nécessité d'adopter « un système d'alerte centralisé » accessible à l'ensemble du personnel (alarme sonore distincte de l'alarme incendie),

de réfléchir à d'éventuels aménagements pour renforcer la détection des menaces (miroirs d'angles...), diffuser l'alerte (boutons poussoirs d'alarme...). Le déplacement des résidents, visiteurs et personnels (évacuation, déplacement dans une zone sécurisée...) doivent être facilités.

« Les téléphones sans fil numériques (Dect)* pourraient être utilisés pour permettre aux personnels d'informer la direction de toute menace et aider celle-ci à diffuser des messages d'alerte à l'ensemble du personnel », précise le guide.

Une démarche de vigilance collective

Conjointement à la direction d'Ehpad, le personnel est appelé à se mobiliser. Il se doit d'être informé, formé et sensibiliser dans "une démarche de vigilance collective". Outre les sacs et colis abandonnés, le personnel doit être vigilant pour repérer : les attitudes laissant supposer un repérage (curiosité inhabituelle relative aux mesures de sécurité, à l'organisation de l'établissement, allées et venues, observation prolongée, prise de photos et de vidéos) ; les personnes ou véhicules stationnant de manière prolongée au même endroit, avec ou sans occupants...), toutes tenues vestimentaires inhabituelles pour la saison ; les changements de comportement d'un agent (signes de radicalisation) ; les sous-traitants et livreurs intervenant en dehors des lieux et des horaires habituels, etc. ➊

Pour en savoir plus, ces deux guides de bonnes pratiques sont téléchargeables sur le site www.gouvernement.fr/reagir-attaque-terroriste



Au sein de l'Ehpad, apposer l'affiche « Réagir en cas d'attaque terroriste » aux accès des bâtiments et sur les lieux d'attente du public. Cette affiche donne des instructions pratiques qui s'articulent autour du triptyque : « s'échapper, se cacher, alerter »

Mettre en place le DLU en EHPAD

Plus de 25 % des résidents en Ehpad sont transférés vers un service d'accueil des urgences au moins une fois chaque année. Et beaucoup le sont à répétition. Le dossier de liaison d'urgence (DLU) permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins des personnes âgées lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées. Explications.

À quoi sert le dossier de liaison d'urgence ?

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est un document synthétique sur la prise en charge médicale et paramédicale du résident.

Il doit être obligatoirement constitué pour tous les pensionnaires de l'Ehpad, que leur dossier médical soit accessible ou non 24h/24h dans l'Ehpad.

Le DLU doit être un document synthétique à destination de tout médecin intervenant en urgence dans l'EHPAD ou aux urgences hospitalières.

Il peut aussi être utilisé en dehors de l'urgence lors d'une hospitalisation programmée.

Ce document permet de renforcer la sécurité, la continuité et la qualité des soins des résidents lors des situations d'urgence et d'éviter des hospitalisations inappropriées.

Quelles informations doit-il contenir ?

Le DLU se compose de deux documents distincts : le document de liaison d'urgence et la fiche de liaison d'urgence.

1/Le document de liaison d'urgence est une synthèse du dossier médical du patient.

Il comprend les coordonnées du résident, ses antécédents et allergies, son état de santé fonctionnel et psychique, etc.

Il contient la checklist de tous les documents qui doivent être annexés au DLU (ordonnances en cours, résultats récents de biologie, etc.). Y figurent également : les coordonnées de la personne de confiance désignée par le résident, une copie de ses directives anticipées, ainsi qu'une indication « *en soins palliatifs* » signifiant que selon l'avis du médecin traitant les soins de confort sont à privilégier.

2/La fiche de liaison d'urgence comprend deux volets :

- au recto, le document de transfert de l'Ehpad vers le service d'urgence. Il précise le motif du transfert aux urgences, les constantes observées, les noms des personnes informées du transfert, etc. ;

- au verso, le document de retour du service d'urgence vers l'Ehpad précise le diagnostic établi aux urgences et les traitements entrepris. Il comprend en annexe la copie du dossier des urgences et les ordonnances de sortie. Il facilite la continuité des soins pour le résident de retour dans son Ehpad.

Une copie papier du DLU doit accompagner tout résident transféré vers un service des urgences.

À terme, le DLU devrait être transféré par messagerie sécurisée et porté par le nouveau Dossier médical partagé (DMP).

Qui remplit le DLU ?

En dehors des situations d'urgence, le DLU est rempli et mis à jour par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur et les infirmiers de l'Ehpad.

Lors d'une intervention en urgence, ce sont en gé-

néral ces professionnels (infirmier et aide-soignant) qui éditent le DLU avec le document de liaison d'urgence et les documents associés de sa check-list et le médecin urgentiste qui remplit le document de transfert de l'Ehpad (ou rédige un courrier médical pour le transfert).

En cas de transfert sans passage d'un médecin urgentiste, le document de transfert de l'Ehpad est complété le plus souvent par un infirmier le jour et un aide-soignant la nuit.

Bon à savoir

La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) ont réalisé en 2015 une nouvelle version du DLU ainsi qu'un guide d'utilisation. Ces documents sont disponibles sur le site www.has.fr 

*Diane Battista
(Presse Scriptum)*

Un DLU assez peu utilisé

Plus de 25 % des résidents en Ehpad sont transférés vers un service d'accueil des urgences au moins une fois chaque année. Et beaucoup le sont à répétition. Pourtant, le Dossier de liaison d'urgence est à la traîne. Selon une enquête réalisée en 2009 auprès de 5170 Ehpad de 77 départements, 79% des Ehpad répondaient à leur obligation en matière d'accès aux informations médicales indispensables en cas d'urgence (69,3% par un accès 24h/24h aux dossiers médicaux et 9,7% par un DLU).

« *L'amélioration des soins aux résidents en situation d'urgence passe par l'utilisation systématique du DLU, la création d'un partenariat opérationnel entre l'Ehpad et le service d'urgences et la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité* », souligne la Haute Autorité de Santé (HAS). 

JOURNEES FRANCOPHONES DES AIDES-SOIGNANTS



**Jeudi 19 &
vendredi 20 janvier 2017**
Espace Charenton, PARIS

Hygiène et infectiologie : les essentiels du savoir aide-soignant

Programme proposé et coordonné par :



Dominique Le PESTIPON



André PISONDES

Avec le soutien de :



DROITS D'INSCRIPTION PAR PERSONNE

Ces prix comprennent la participation aux deux journées de formation, les pauses café, le livret des communications (déjeuner libre)

- Par personne : **445 €**
 - Plus de 6 personnes : **390 €**
- (Inscriptions faites simultanément par le même établissement payeur)

Elève AS et IDE : 130 €
(-26 ans, certificat de scolarité obligatoire - nombre de place limité)

DPC (tarif unique) : 470 €
(Sous réserve de la validation de ce programme « Hygiène et infectiologie » par l'Agence Nationale du D.P.C.)

LIEU et ACCES

ESPACE CHARENTON
323 bis rue de Charenton
75012 Paris
www.espacecharenton.com

RENSEIGNEMENTS

Contact : trilogie@orange.fr
Toute correspondance est à adresser à :
TRILOGIE Formation
31, avenue Lucien René Duchesne
78170 La Celle Saint-Cloud
Tél. : 01 30 09 20 66

INSCRIPTION

Uniquement sur notre site :
www.trilogie-formation.com

Enregistrée sous le numéro 11 78 82587 78
auprès du préfet de la région Ile de France

**En cas de difficultés pour vous inscrire
en ligne : n'hésitez pas à nous contacter**



PRE PROGRAMME

JEUDI 19 JANVIER 2017

9H00 - 9H30

Ouverture officielle

Représentant du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

9H30 - 10H45

L'hygiène d'hier à aujourd'hui, notre santé en dépend

Comprendre l'évolution et l'importance du concept « HYGIENE » pour notre santé : organisation actuelle, approche culturelle, règles importantes, enquête de prévalence, plan de prévention, vigilance, évolution des BMR

10H45 - 11H15

PAUSE CAFÉ

11H15 - 12H30

L'aide-soignante face à divers risques infectieux

Précautions standards et complémentaires, infection à clostridium difficile, épidémie d'ectoparasite, risque légionnelle...

Le risque infectieux n'est pas le même en Réanimation et en EHPAD

9H00 - 10H15

L'aide-soignante et l'hygiène alimentaire, quel rôle ?

HACCP, distribution, contrôle et traçabilité, toxo-infection, alimentaire Collectif

10H15 - 10H45

PAUSE CAFÉ

10H45 - 12H00

L'aide-soignante et l'évacuation des déchets : comment « bien faire » ou « faire bien »

Déchets solides et effluents liquides

12H00 - 13H00

TABLE RONDE

Actualité professionnelle

Débat autour de l'évolution de la profession Aide-soignant

12H30 - 14H00

DÉJEUNER LIBRE

14H00 - 15H15

L'aide-soignante, les soins d'hygiène et de confort : comportements et « bonnes pratiques »

Techniques innovantes, hygiène du linge et du circuit du propre

15H15 - 15H45

PAUSE CAFÉ

15H45 - 17H00

Expériences internationales

Des contacts sont en cours auprès d'équipes de Pays Francophones (Belgique, Suisse, Luxembourg...) et feront l'objet de présentation d'expériences

13H00 - 14H15

DÉJEUNER LIBRE

14H15 - 15H15

Hygiène et culture : rôle de l'aide-soignante

15H15 - 15H30

PAUSE CAFÉ

15H30 - 16H45

Expériences nationales

Des contacts sont en cours auprès d'équipes sur toute la France et feront l'objet de présentation d'expériences

16H45 - 17H00

Clôture des journées

APPEL À POSTER

Vous avez mis en place des réponses nouvelles et créatives aux besoins de votre service et de vos patients dans le cadre de « l'hygiène et l'infectiologie ».

Nous vous proposons de venir les partager avec plus de 500 aides-soignants venus de toute la France !

Dossier de participation transmis sur demande à l'adresse suivante : b.weisser@trilogie-sante.com

9 posters seront sélectionnés, affichés et soumis au vote de tous les participants.

Le trophée du meilleur poster sera remis pendant cette édition 2017.

VENDREDI 20 JANVIER 2017

PRE PROGRAMME

Ces « petits plus » qui redonnent le plaisir de manger



La prise en charge de la dénutrition chez les résidents s'appuie essentiellement sur des stratégies « nutritionnelles » (conseils nutritionnels, utilisation de compléments nutritionnels). Le projet AUPALESENS a testé l'efficacité de stratégies « sensorielles ».

Constat : une modification simple et peu coûteuse de l'environnement des repas en Ehpad peut suffire à augmenter le plaisir et/ou la prise alimentaire des résidents.

Si « plaisir à manger » (« Pensez-vous que manger est une source de plaisir ? ») restait le même quelque que soit le niveau de dépendance, la satisfaction pour les repas consommés (« Appréciez-vous vos repas actuels ? ») diminuait significativement avec le degré de délégation des activités culinaires à un tiers.

C'est là l'une des conclusions établies par l'enquête AUPALESENS.*

« Ces résultats soulignent l'importance de développer une offre alimentaire respectant à la fois les besoins nutritionnels mais aussi les attentes sensorielles et les habitudes alimentaires des personnes âgées dépendantes pour leur alimentation. Une bonne alimentation consiste non seulement à satisfaire les besoins nutritionnels, mais aussi à augmenter l'attrait des repas en optimisant les propriétés sensorielles, le goût, l'arôme, la texture, des aliments », explique Claire Sulmont-Rossé, docteur en sciences de l'alimentation à l'Institut national de la recherche agronomique (INRA) de Dijon.

Dans le cadre du projet AUPALESENS, douze repas expérimentaux ont été menés en Ehpad auprès de 42 résidents. Voici les principaux constats :

❶ Les personnes âgées mangent mieux dès lors qu'elles sont associées à l'élaboration de leur repas. « L'implication des résidents, par exemple à partir d'ateliers " peluche des légumes ", est un levier efficace pour redonner l'envie de manger », illustre Claire Sulmont-Rossé.

En revanche, lorsque les résidents se servent seuls, les « petits » mangeurs choisissent une portion identique à leur habitude tandis que les « gros » mangeurs sous-estiment les quantités prises habituellement et diminuent involontairement leurs apports.

❷ L'appétit revenait aux résidents d'une EHPAD lorsque ceux-ci pouvaient assaisonner leurs plats à l'aide de condiments mis à leur disposition sur la table (sel, poivre, aromates, herbes, rondelles de citron) mis à leur disposition sur la table.

❸ Le libellé des plats influe sur la consommation du repas par les résidents. Ainsi, un repas dont l'intitulé suggère un « plat chic » peut susciter le mécontentement s'il ne correspond pas au plat très élaboré attendu par les résidents.

❹ Enfin, le fait de embellir la décoration de la salle à manger peut « booster » la consommation des repas, même si la mise en place peut s'avérer délicate (chaque résident pouvant avoir des attentes esthétiques différentes) et représente un coût pour l'établissement.

* Le projet Aupalesens a été lancé en janvier 2010 sur un financement de l'Agence nationale de la recherche, qui associe 9 partenaires académiques et industriels. Une enquête a été réalisée auprès de 560 personnes de plus de 65 ans (aussi bien à domicile qu'en institution) et présentant des degrés de dépendance variés. ➔

Question de goût

Un tiers des personnes âgées n'aiment pas les produits sucrés. Or, les compléments alimentaires oraux destinés aux résidents en Ehpad sont essentiellement des produits sucrés.

Coordonné par l'Institut national de recherche agronomique (INRA), le projet européen OPTIFEL « Optimised Food Products for Elderly Populations » (2013-2017) a pour ambition de concevoir des produits innovants à base de fruits et légumes pour l'alimentation des personnes âgées en perte d'autonomie. Les premiers résultats d'une enquête conduite auprès de 420 personnes âgées, vivant à domicile avec ou sans aide pour leurs repas et en Ehpad montrent que les personnes âgées apprécient les fruits et légumes, d'une façon générale et quel que soit leur mode de préparation. Sur une liste de 78 fruits et légumes, les plus appréciés sont la pêche, la prune, la pomme et la poire pour les fruits, et pour les légumes, les petits pois, la laitue, le chou (vert) et les tomates crues. Les modes de préparation sont également évalués, ainsi, les légumes bouillis sont nettement mieux appréciés en Espagne, tandis que les Français apprécient plus les gratins. ➔



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

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

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

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

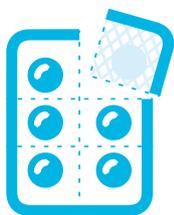


Tél. 04 67 79 89 89 - www.collectivision.fr - Retrouvez-nous également sur  

L'INDISPENSABLE POUR VOTRE PDA*

LA GAMME MYLAN

315 PRÉSENTATIONS DÉJÀ DISPONIBLES⁽¹⁾



270

PRÉSENTATIONS
EN **BLISTER**
PRÉDÉCOUPÉ



45

PRÉSENTATIONS
EN **FLACON**

*Préparation de doses à administrer - ⁽¹⁾ Source CIP au 08/09/2016

Commandez dès maintenant, via votre délégué Mylan ou notre service clients :

TEL **0 800 30 31 32** Service & appel
gratuits

@ serviceclients@mylan.fr

 **Mylan**

Seeing
is believing[®]