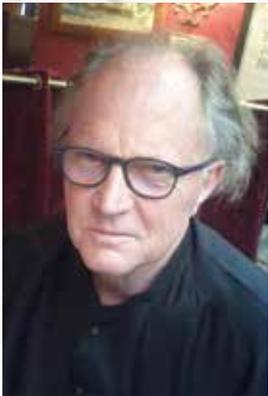


EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

9€



INTERVIEW

Joseph Kruppenacher

La Fédération Nationale des associations et amis des personnes âgées et de leurs Familles (Fnapaef) a organisé, le 5 octobre, à Châteauroux, le premier colloque des usagers. Joseph Kruppenacher revient pour EHPAD MAG sur les dossiers encore brûlants, les freins encore existants dans la politique du vieillissement et l'accompagnement des personnes âgées en Ehpad.

« Aucune mesure n'est prise pour diminuer le reste à charge en Ehpad »

DOSSIER

Alzheimer : le challenge des Ehpad

SOINS

Une étude menée par le groupe Orpea confirme les bienfaits de la lumineothérapie

AIDE AUX EHPAD

La cramif popose des subventions pour prévenir des risques professionnels

ANIMATION

Une plateforme collaborative entre animateurs

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

Circulez, il n'y a rien à voir ?

Si la problématique du reste à charge a fait l'objet de nombreux débats et rapports au cours des gouvernements successifs, la loi d'adaptation de la société au vieillissement n'a pas su trouver la solution à cet épineux problème.

2171 € par mois : c'est, selon une récente étude de la DREES, la moyenne des frais de séjour en Ehpad. Il faudra donc bien un jour y réfléchir à nouveau.

Le Centre d'analyse économique (CAE) remet le sujet sur la table en proposant dans une note de fusionner APA et ASH par une seule prestation, une « APA-étendue » qui couvrirait l'ensemble des dépenses de dépendance autres que les soins, y compris le surcoût d'hébergement dû à la dépendance. Une proposition loin de ravir les représentants du secteur. Parmi eux, la Fédération nationale des associations et amis des personnes âgées et de leurs Familles (Fnapaef) qui a organisé, en octobre son premier colloque des usagers. Ehpad Mag a donné la parole à Joseph Krummenacher, président de la Fnapaef partisane d'un passage de 3 colonnes budgétaires, hébergement, dépendance, soins, à 2 colonnes budgétaires, le soin et l'hébergement.

A l'heure de la campagne présidentielle, gageons que l'un des serpents de mer du secteur, le Cinquième risque, refera surface. 

La rédaction

360°

2 En bref

11 L'interview Joseph Krummenacher, président de la Fnapaef

La Fédération Nationale des associations et amis des personnes âgées et de leurs Familles (Fnapaef) a organisé, le 5 octobre, à Châteauroux, le premier colloque des usagers. Joseph Krummenacher revient pour EHPAD MAG sur les dossiers encore brûlants, les freins encore existants dans la politique du vieillissement et l'accompagnement des personnes âgées en Ehpad.

Dossier

15 Alzheimer : le challenge des Ehpad

Les Ehpad sont déjà confrontés au défi Alzheimer, ils le seront davantage encore dans les années à venir. Pour relever ce challenge, plusieurs changements seront nécessaires : une adaptation des structures au niveau de l'organisation, de l'éthique des soins, du projet de vie, des améliorations majeures dans l'accompagnement des résidents, et dans la formation des équipes. Les structures seront-elles à la hauteur de l'enjeu ?



Cœur de métier

22 Aide aux ehpad

L'Assurance Maladie Risques Professionnels propose des dispositifs qui permettent aux établissements de bénéficier de subventions pour prévenir les risques professionnels.

26 Soins

Les bienfaits de la luminothérapie pour les résidents

28 Animation

CULTURE à VIE, une plateforme collaborative entre animateurs



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 :

PLFSS 2017 : l'ONDAM médico-social progresse de 2,9 % en 2017

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, et Christian Eckert, secrétaire d'Etat chargé du Budget et des Comptes publics, ont présenté, le 23 septembre, les grandes lignes du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017.

En 2017, 21,5 milliards d'euros seront consacrés aux établissements et services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées. « *Les dépenses consacrées au soutien des politiques de l'autonomie sont en progression, à champ constant, de 3,2%, ce qui représente 590 millions d'euros supplémentaires* », souligne le gouvernement.

Ces 21,5 milliards d'euros constituent l'objectif global de dépenses, dont l'essentiel est délégué aux agences régionales de santé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

230 millions prélevés sur les réserves de la CNSA

L'OGD est financé au moyen des recettes suivantes :

- 20 milliards d'euros de dotations de l'Assurance maladie : il s'agit de l'ONDAM (Objectif national de dépense de l'Assurance maladie) médico-social, qui progressera en 2017 de 2,9%. L'an dernier, le taux historiquement bas 1,9 % en avait fait grincer des dents le secteur. En 2017, la revalorisation de l'Ondam privilégie le médico-social (+2,9%), puis légèrement la ville (+2,1%) sur l'hôpital (+2%).

Outre les 20,1 Md€ puisés sur l'Assurance maladie, les crédits consacrés au secteur proviendront pour 1,1 Md€ d'une fraction du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie, 106 M€ de recettes fiscales et 230 M€ des réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ce qui représente un montant global de 21,5 Md€. Les 590 millions de mesures nouvelles permettront notamment de revaloriser de 0,92% les moyens dévolus au titre des places et services existants.

- 85M€ seront consacrés à des créations de places d'établissements et services pour personnes âgées, dont 17 M€ au titre du plan maladies neurodégénératives.
- 185 M€ seront dédiés à la mise en œuvre de la



réforme du financement des EHPAD en renforçant les moyens des établissements, par la mobilisation de intégrant une enveloppe de 32 millions dédiés aux financements complémentaires visant à améliorer la qualité des accompagnements.

Le gouvernement rappelle que les gestionnaires d'établissements et services pour personnes âgées bénéficieront en 2017 de règles de contractualisation et de financement modernisées, à travers la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et « la tarification forfaitaire assortie de financements complémentaires pour les Ehpads.

Depuis 2012 et à fin 2016, 25000 places nouvelles d'Ehpads auront été installées, ainsi que 5700 places de services de soins infirmiers à domicile.

« *Sur la période 2012-2016, près 1,5 milliard d'euros ont été consacrés au développement de l'offre pour personnes âgées, au renforcement des moyens en personnel et à l'amélioration des prises en charge grâce aux crédits de médicalisation et d'actualisation ainsi qu'à l'adaptation de l'accompagnement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* », souligne le gouvernement. 9

La sécurité sociale à l'équilibre en 2017 ?

« Le déficit du régime général sera ramené en 2017 à un niveau proche de l'équilibre, qui n'a jamais été constaté depuis 2001 », annonce le gouvernement. En effet, après s'être réduit de 3,4 milliards d'euros en 2016, le déficit devrait à nouveau se réduire de 3 milliards d'euros l'année prochaine. Pour la première fois depuis 2001, le déficit de la sécurité sociale sera donc à un niveau très proche de l'équilibre financier, soit un déficit de seulement 400 millions d'euros, correspondant à 0,1% des dépenses du régime général. Au niveau de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, hors FSV, les recettes s'élèveront à 487,1 milliards d'euros pour 487,4 milliards d'euros de dépenses, soit un déficit de 300 millions d'euros. 9

11^e

**Congrès National
de l'Animation et de
l'Accompagnement
en Gériatrie**

**Mercredi 9
et jeudi 10
novembre 2016**
Maison Internationale
Cité Universitaire ■ Paris 14[°]

**Comment
animer avec
les personnes
âgées fragiles ?**



Organisé par le



**RENSEIGNEMENTS
ET INSCRIPTIONS**
05 57 97 19 19
info@comm-sante.com

Les associations réclament une “sanctuarisation” des réserves de la CNSA

« Les réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) doivent être affectées exclusivement à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. » 27 structures associatives membres du Conseil de la CNSA (1) ont exprimé cette ferme volonté dans un courrier adressé, le 6 septembre, à Manuel Vals, le Premier ministre.

Le discours critiquant le « détournement » des financements dédiés aux personnes âgées et en situation de handicap n'est pas nouveau. Le secteur demande depuis plusieurs années, la « sanctuarisation » et l'utilisation des réserves de la CNSA à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Et pointe du doigt la sous-consommation récurrente des crédits de la CNSA.

« Ces réserves d'un montant de plus de 700 millions d'euros - qui s'accroissent chaque année - résultent, pour l'essentiel, d'un vote et d'une mise en oeuvre tardifs de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et proviennent, en grande partie, des recettes générées par la CASA (contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie) prélevées sur les pensions de retraite », critiquent les organisations associatives.

Les signataires du courrier au Premier ministre « réitèrent leur attente de sanctuarisation de ces ré-

servés et d'élaboration d'une stratégie pluriannuelle d'utilisation de ces crédits ». Et demandent en outre « une totale transparence et traçabilité de l'utilisation des aides allouées par la CNSA, notamment aux départements ».

Les 27 associations souhaitent que ces crédits soient utilisés pour le renforcement du plan d'aide à l'investissement (PAI). « Il est à noter que cette proposition s'inscrit pleinement, et en les renforçant, dans les orientations fixées par le législateur qui a doté le PAI de 100 millions d'euros par an sur trois ans, ainsi que par le gouvernement qui a doté de 100 millions d'euros supplémentaires la section VII de la CNSA », soulignent les auteurs du courrier. En deuxième lieu, pour le soutien de l'aide et de l'accompagnement à domicile ; Et enfin, pour l'accompagnement des structures aux évolutions structurelles majeures dans le secteur médico-social : les systèmes d'information, la mise en œuvre des Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), l'application de la réforme de la tarification. ➊

(1) Adessadomicile, AD-PA, ADMR, AFM, APAJH, APF, CNRPA, CFPSAA, FAGERH, FENARA, FNADEPA, FNAQPA, FNATH, FNAR, FHF, France Alzheimer, Générations Mouvement, GIHP, SNGC, Trisomie 21 France, l'UCR-FO, UNA, UNAFAM, UNAPEI, UNCCAS, UNISDA, UNIOPSS



Création d'un “portail de 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”. Ce site permettra de “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 précisés par un arrêté du ministre de la Santé. ➋

Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des Ehpad

Le décret du 26 août 2016 publié au Journal Officiel du 28 août définit les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des Ehpad. Les dispositions de ce texte s'appliquent également aux petites unités de vie (PUV).

Le décret prévoit la composition a minima de l'équipe pluridisciplinaire intervenant auprès des résidents : au moins un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides soignants, des aides médico-psy-

chologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs.

Le texte précise également les adaptations nécessaires au fonctionnement de dispositifs spécifiques (pôle d'activités et de soins adaptés (PASA), unité d'hébergement renforcée (UHR), accueil de jour et de nuit, hébergement temporaire).

Les dispositions de ce décret entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2016. ➌

L'ANESM publie les résultats de son enquête "bienveillance" en Ehpad

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a publié les résultats définitifs de son enquête 2015 sur la bienveillance des personnes âgées en Ehpad. Les principaux résultats avaient été rendus publics en février dernier.

L'enquête relève ainsi "d'importants progrès entre les enquêtes de 2010 et 2015 dans l'attention portée par les équipes à l'accueil des personnes", ainsi que dans l'évaluation des situations. Autre point positif : une "nette amélioration" des pratiques de recueil du consentement et des attentes des résidents.

En moyenne par établissement, 64% des personnes accompagnées disposaient, au moment de l'enquête, d'un projet personnalisé formalisé, élaboré en équipe pluridisciplinaire et global (c'est-à-dire incluant les différentes dimensions de l'accompagnement).

Les petits Ehpad ainsi que les Ehpad privés lucratifs formalisent plus souvent le projet personnalisé (69% pour les Ehpad de moins de 50 places, et 77% pour les privés lucratifs). Les Ehpad qui accueillent un public moins dépendant formalisent moins souvent le projet personnalisé. « *Cependant les Ehpad ont moins tendance qu'auparavant à réévaluer systématiquement les projets personnalisés lorsque la situation des usagers change ou sur demande des personnes concernées (comparativement à 2009 et 2010)* », nuance l'ANESM.

L'organisation du travail et les partenariats

En 2015, 43% des Ehpad réunissent leurs équipes moins d'une fois par semestre pour travailler sur des retours d'expérience et développer une réflexion éthique. Les établissements privés lucratifs sont les Ehpad qui organisent le plus régulièrement ces réunions.

Des hospitalisations en urgence importantes

Les auteurs soulignent également que 66% des résidents qui ont été hospitalisés l'ont été en urgence. L'enjeu est important, rappelle l'Anesm. « *Les hospitalisations inappropriées aggravent davantage encore la perte d'autonomie. Des milliers de résidents décèdent chaque année dans les heures qui suivent leur arrivée aux urgences.* »

Des CVS « opérationnels »

Au moment de l'enquête de l'ANESM, 74% des Ehpad avaient un conseil de la vie sociale (CVS) organisant au moins 3 réunions annuelles. Les Ehpad privés non lucratifs sont les Ehpad qui, proportionnellement, comptent le plus de CVS « opérationnels », c'est-à-dire comptant 3 réunions ou plus par an.

Le CVS est surtout saisi par les résidents ou les familles des résidents pour des questions relatives au fonctionnement de l'établissement, mais aussi parfois pour informer de difficultés spécifiques. Les saisines relatives à des situations de maltraitance sont plus rares, mais existent tout de même dans une petite proportion d'Ehpad (18%). 96% des Ehpad ont mis en place des formes de participation alternatives au CVS. ➔

La prévention à la traîne

Au cours des trois dernières années, les Ehpad ont particulièrement investi les sujets relatifs à la bienveillance et aux spécificités de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, plus de la moitié du personnel en poste ayant été formé sur ces thèmes. « *En revanche, moins d'un quart a été formé au repérage des risques de perte d'autonomie alors que cette problématique est susceptible de concerner l'ensemble des usagers d'Ehpad* », avertit l'ANESM.

L'ensemble de ces résultats de cette enquête 2015 Bienveillance mettent en évidence deux points forts : l'Anesm se satisfait d'« une nette amélioration des pratiques concourant à la bienveillance et à la qualité de vie des personnes âgées réalisées par les Ehpad en

cinq ans au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles », même si des progrès restent encore à faire en matière de partenariat ou de promotion des offres d'accompagnement. « *Les structures doivent poursuivre leurs efforts pour mieux se faire connaître sur leur territoire, intégrer les filières gériatriques, promouvoir leurs offres en matière d'accompagnement et mieux faire connaître leur spécificité notamment auprès du public. Ces éléments sont d'autant plus importants que l'on sait aujourd'hui qu'ils influent sur la qualité de vie perçue par le résident* », recommande l'agence. ➔

Le rapport complet de l'enquête est disponible sur le site de l'Anesm www.anesm.sante.gouv.fr



Création du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie



En application de l'article 81 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), un décret publié au Journal Officiel du 9 septembre définit les modalités d'organisation et de fonctionnement du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Cette nouvelle instance résulte de la fusion du comité départemental des retraités et des personnes âgées et du conseil départemental consultatif des personnes handicapées.

Le CDCA est "une instance consultative" composée de deux "formations spécialisées", l'une pour "les questions relatives aux personnes âgées" et l'autre pour "les questions relatives aux personnes handicapées". Elle peut se réunir en "formation plénière".

Il peut débattre de tout sujet relatif aux politiques de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette compétence peut être exercée au niveau régional par l'ensemble des CDCA de la région selon des modalités qu'ils définissent ensemble.

La formation "personnes âgées" est composée d'un "premier collège" avec les 16 représentants des usagers retraités, personnes âgées, de leurs familles et proches aidants", d'un deuxième avec les 6 "représentants des institutions", d'un troisième avec 10 "représentants des organismes professionnels oeuvrant en faveur des personnes âgées", et qu'un quatrième avec 8 "représentants des personnes physiques ou morales concernées par les politiques de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes âgées ou intervenant dans le domaine de compétence du conseil".

Le CDCA est également compétent pour exprimer un avis sur l'élaboration des schémas relatifs aux personnes handicapées ou aux personnes âgées en perte d'autonomie relevant du président du Conseil départemental. ➔

Décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016

Miele
PROFESSIONAL

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

La Drees lance CARE-Institutions, une enquête nationale sur la vie en Ehpad



Combien y a-t-il de personnes âgées dépendantes vivant en établissement aujourd'hui en France métropolitaine ? À combien s'élèvent les dépenses restant à leur charge et à celle de leur famille ? Comment s'organisent-elles pour faire face à ces coûts ?

Autant de questions auxquelles doit répondre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) via sa grande enquête nationale intitulée CARE-Institutions. Confiée à TNS-Sofres - et soutenue par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) -, cette étude se déroulera de septembre à décembre 2016. Objectifs : "mesurer l'évolution du nombre de personnes dépendantes, évaluer le montant des frais liés à la dépendance restant à

la charge des personnes après financement par les aides publiques". L'enquête cherchera également à "préciser les difficultés qu'ils rencontrent pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne, leurs problèmes de santé, ainsi que les aides humaines, financières et techniques qu'ils reçoivent".

Pour la première fois, l'enquête interroge aussi les aidants « informels » des résidents, notamment les familles. Elle s'intéresse ainsi aux relations des seniors avec leur entourage et cherche à évaluer les répercussions de l'implication des aidants sur leur vie personnelle et professionnelle.

Les premiers résultats de CARE-Institutions sont attendus pour la fin de 2017. 📍

Les conditions de travail en Ehpad vécues comme difficiles

Les personnels sont au bord de la crise de nerfs. Selon une enquête de la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (Drees), publié en septembre, les conditions de travail en Ehpad sont vécues comme difficiles par des personnels très engagés. La pénibilité est à la fois physique et psychique.

Les conditions de travail des soignants en Ehpad changent sous l'effet de l'évolution récente des profils de résidents : amplification des tâches sanitaires au détriment du relationnel, renforcement des exigences de qualification des professionnels et du contrôle qualité, exigence accrue des résidents. En 2007 déjà, 47 % des résidents en Ehpad étaient diagnostiqués comme souffrant d'une pathologie démentielle, soit environ 240 000 personnes. S'ajoute à ce chiffre les personnes handicapées vieillissantes, les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques, etc. Aux dires des personnels soignants, travailler en Ehpad est difficile, aussi bien physiquement que psychiquement, et la charge mentale y est importante. L'organisation du travail est souvent en tension et peut être source



de dégradations des conditions de travail. Les professionnels restent toutefois le plus souvent fortement engagés dans leur travail, tant professionnellement que personnellement. « Deux raisons sont

souvent mises en avant par les soignants pour justifier de leur orientation professionnelle : la vocation et le choix », souligne la Drees. 📍

Nadia Graradji
(Presse Scriptum)



Le **classer hebdomadaire** optimise la **logistique** du médicament en EHPAD.



Un **module** temps de prise **compréhensible** et **utilisable** par tous.



Un **plumier distributeur** qui simplifie et sécurise le **travail du personnel soignant** en EHPAD.

Le **chariot Caméléon** facilite l'**organisation** de la **distribution**.

**LA PRÉPARATION
TRACÉE ET SÉCURISÉE**

INNOVATION



Mdose, nominée aux Trophées SilverEco 2016.



Retrouvez-nous sur :



Flashez pour plus d'informations

www.mdose.fr

Le Centre d'analyse économique propose de fusionner APA et ASH



La question du reste à charge en Ehpad n'a pas été réglée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Mais le sujet revient dans l'actualité du secteur dans une note sur les politiques publiques appliquées à la question de la dépendance rédigée par le Centre d'analyse économique (CAE). Cette note a été présentée au cabinet du Premier Ministre le 6 octobre. Explications.

Dans une note sur les politiques publiques appliquées à la question de la dépendance, le Centre d'analyse économique (CAE) propose de « remplacer le système actuel combinant APA et ASH par une seule prestation, une « APA-étendue » qui couvrirait l'ensemble des dépenses de dépendance autres que les soins, y compris le surcoût d'hébergement dû à la dépendance ».

En établissement d'hébergement collectif (médicalisé ou non), il correspondrait au surcoût en frais d'hébergement par rapport à un indicateur de coût de la vie standard. Le reste-à-charge incombant aux personnes dépendantes comprendrait donc un montant fixe de dépenses d'hébergement et une part, croissante avec le revenu, du surcoût d'hé-

bergement et des dépenses de dépendance stricto sensu (graphique). « Ce système aurait plusieurs avantages : supprimer le recours judiciaire aux obligés alimentaires, réduire les inégalités territoriales d'accès à la solidarité publique, s'appliquer facilement à toute forme innovante de prise en charge, et assurer une plus grande neutralité de l'aide publique face au choix de prise en charge des personnes selon leur niveau de revenu et leur entourage. », argumente le CAE. Et d'ajouter « En revanche, en raison du fort taux de non-recours à l'ASH, l'option d'une APA-étendue est susceptible de représenter un surcoût pour les finances publiques (dont l'estimation précise nécessiterait un travail approfondi prenant en compte les variations de comportement), en même temps qu'une meilleure prise en charge »

Un prêt-dépendance pour les GIR 1 à 3

Le CAE propose également d'instaurer en complément un prêt-dépendance pour faciliter la mobilisation du patrimoine immobilier des ménages. Ce prêt « ne serait accordé qu'à une personne en dépendance avérée et certifiée (GIR 1 à 3), pour financer les coûts élevés de sa prise en charge, soit que l'emprunteur désire rester chez lui, soit qu'il parte en institution », précisent les auteurs de la note.

Dépendance lourde : une assurance obligatoire

La deuxième option proposée pour améliorer le financement de la dépendance serait d'instaurer une assurance obligatoire contre le risque de dépendance lourde.

« Les cas de dépendance lourde (GIR 1, 2 et 3) sont peu fréquents ou durables, mais avec des restes à charge élevés », expliquent les auteurs, ce qui fait que « les gains de l'assurance sont alors très importants en termes de bien-être ».

La Fnapaef dit « non »

La Fédération nationale des associations et amis des personnes âgées et de leurs familles (Fnapaef) se dit « défavorable » à une fusion APA-ASH. « Il est totalement incohérent de fusionner les tarifs dépendance et hébergement lesquels n'ont pas du tout les mêmes destinations.

L'APA est destinée à prendre soin. Le tarif hébergement finance les locaux et l'hôtellerie. Cette proposition conduit à faire du tarif hébergement une variable d'ajustement pouvant soulager le financement des conseils départementaux en charge de l'APA et va peser sur le reste à charge acquitté par les résidents et leurs familles et déjà dénoncé comme insupportable. La dépendance n'est pas une fatalité de la vieillesse mais la conséquence d'accidents de santé lesquels peuvent survenir aussi bien avant 60 ans qu'après. C'est donc par la fusion des sections soins et dépendance dans la mise en place du 5^{ème} risque de sécurité sociale que l'on doit y répondre. » (lire interview de ce numéro) La fédération s'élève également contre la création d'un prêt-dépendance et celle d'une assurance obligatoire contre le risque de dépendance lourde. « Ces propositions réaffirment que les personnes âgées ne sont pas des citoyens comme les autres et ne doivent être solidaires qu'entre elles », critique-t-elle. 📍

Quelles politiques publiques pour la dépendance ?, Les notes du conseil d'analyse économique, n° 35, octobre 2016, Antoine Bozio, Agnès Gramainet Cécile Martin avec la contribution d'André Masson.

Disponible sur le site www.cae-eco.fr

Diane Battista (Presse Scriptum)



Joseph Krummenacher,
président de la Fnapaef

La Fédération Nationale des associations et amis des personnes âgées et de leurs Familles (Fnapaef) a organisé, le 5 octobre, à Châteauroux, le premier colloque des usagers. Joseph Krummenacher revient pour EHPAD MAG sur les dossiers encore brûlants, les freins encore existants dans la politique du vieillissement et l'accompagnement des personnes âgées en Ehpad.

« Aucune mesure n'est prise pour diminuer le reste à charge en Ehpad »

2016 devait être l'année de mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société du vieillissement. Quel bilan tirez-vous de cette année ?

▶ **Joseph Krummenacher :** Avec la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, il y a eu une belle envolée lyrique, culturelle, philosophique sur la question des personnes âgées mais leur réalité est loin d'y correspondre. On note certes quelques bribes d'amélioration mais les pouvoirs publics n'ont répondu qu'à 1 ou 2% des besoins. A domicile comme en Ehpad, ce sont encore les personnes âgées et leurs familles qui doivent, encore et toujours, s'adapter à la société et non l'inverse.

La question du reste à charge galopant n'est pas réglée. Aucune mesure n'est prise pour diminuer le reste à charge et les tarifs hébergement en Ehpad sont utilisés comme variable d'ajustement. Ceci est train de s'aggraver. Rien n'est fait pour faire cesser les dépenses indues par les résidents tels que les amortissements des biens immobiliers et les charges financières afférentes.

On interrogerait que la Fnapaef sur cette question, on dirait que l'on radote. Mais à l'heure actuelle, les associations, les fédérations, et même des organismes officiels qui font des études pour les ministères tels que la Drees parviennent à la même conclusion : les restes à charge s'aggravent chaque année depuis dix ans.

La Fnapaef souhaite une facture d'hébergement dont le niveau sera en rapport avec les revenus de l'utilisateur et avec le montant des retraites qui lui sont allouées par les mêmes pouvoirs publics.

L'année a été marquée par de fortes tensions entre les départements et l'Etat. La Fnapaef a même dénoncé « une prise en otage » des personnes âgées.

▶ **J.K. :** On a vu au cours de cette année, certains conseils départementaux remettre en cause la globalité de l'aide sociale. Les établissements, les résidents et les familles sont, en effet, otages de la confrontation entre l'Etat (qui réduit ses dotations) et les départements.

Les départements ont réclamé la gestion de l'APA à sa création. S'ils se sont tiré une balle dans le pied, ce n'est pas aux personnes âgées d'en payer le prix. Certains départements incitent les Ehpad à passer à la déshabilitation partielle à l'aide sociale. Cela aura des conséquences lourdes. Les prêts consentis pour la construction et la restructuration seront à des taux plus élevés (pas de prêts bonifiés) et se ré-

« Arrêtons de parler de la dépendance, parlons de maladie. Nous souhaitons une politique de santé publique basée sur la reconnaissance du fait que toutes les pertes d'autonomies sont les conséquences de problèmes de santé »

Ce que la Fnapaef attend

La Fnapaef a rassemblé dans un document une série de propositions « *Regards politiques : Pour que la société s'adapte vraiment au vieillissement de la population* ».

Voici quelques mesures attendues par la fédération.

- > Un dispositif d'aide sociale sans récupération sur héritage ou dans lequel le plafond de l'actif successoral serait sensiblement relevé de manière à ne pas spolier des héritiers souvent eux-mêmes en position de fragilité. Ou encore vers une aide sociale de type allocation de complément de ressources non récupérable comme c'est le cas pour l'aide médicale gratuite.
- > Une facture d'hébergement qui ne comportera pas la charge du bâti, ni les intérêts des emprunts de l'établissement. On pourrait envisager de procéder comme dans l'enseignement où les bâtiments mis à disposition sont la propriété du Conseil Départemental.
- > Un tarif hébergement de base contrôlé par une autorité de régulation
- > Des ratios de personnels plus importants avec 0.7 voire 1 ETP pour les sections Alzheimer et fin de vie. ➔





percuteront encore sur le tarif. Les pouvoirs publics se défaussent du problème vers le privé, on veut faire faire entrer les Ehpad dans une gestion similaire aux établissements du secteur privé lucratif.

Quel regard porté vous sur la réforme de la tarification des Ehpad dont les textes ne devraient pas tarder à être publiés ?

► **J.K.** : Personne n'a besoin d'aller en Ehpad s'il n'a pas un problème de santé ou un manque d'assistance à domicile pour l'aider. L'entrée en Ehpad se fait par nécessité souvent médicale et non par choix. Arrêtons de parler de la dépendance, parlons de maladie. Nous souhaitons une politique de santé publique basée sur la reconnaissance du fait que toutes les pertes d'autonomies sont les conséquences de problèmes de santé.

De fait, la Fnapaef est partisane d'un passage de 3 colonnes budgétaires, hébergement, dépendance, soins, à 2 colonnes budgétaires, le soin et l'hébergement. Deux colonnes donc, une majeure sur les soins et une sur l'hébergement selon le niveau des ressources. Et à la marge, l'aide sociale pour les personnes âgées aux revenus les plus modestes. Concrètement, la colonne soins versée par les ARS prendrait en charge tout ce qui relève du soin dont notamment 100% des frais d'aides-soignantes mais encore les aides médico-psychologiques, la kiné d'entretien général, la diététique, l'hygiène bucco-dentaire qui est la première cause de dénutrition, tout le linge à usage unique y compris les protections urinaires, le petit matériel médical etc. . .

La Fnapaef dénonce également régulièrement la multiplication des normes de sécurité en Ehpad. Quels sont vos constats ?

► **J.K.** : Les règles sécuritaires conduisent à des aberrations. En opposition complète avec le projet personnalisé du résident. Le projet personnalisé est complètement subordonné aux règlements sécuritaires. L'état d'urgence a un peu bon dos, les recommandations ne sont pas appliquées, il y a des mesures sécuritaires abusives. Le coût des dispositifs réglementaires de sécurité n'a pas sa place dans la facture d'hébergement. Nous avons eu la remontée d'un témoignage d'un proche d'une personne âgée en Ehpad qui a été convoqué par la direction de l'établissement qui lui a interdit de passer la nuit avec son proche en phase terminale en raison des règles de sécurité incendie.

“ Les règles sécuritaires conduisent à des aberrations. En opposition complète avec le projet personnalisé du résident. Le projet personnalisé est complètement subordonné aux règlements sécuritaires. ”

Selon l'enquête bientraitance 2015 de l'Anesm, 74 % des Ehpad ont un conseil de la vie sociale (CVS) organisant au moins 3 réunions annuelles et 99% des présidents de CVS considèrent que la liberté d'expression est effective dans cette instance. Pourtant, selon la Fnapaef des progrès restent à faire pour donner un vrai rôle au CVS.

► **J.K.** : Les conseils de la vie sociale sont davantage considérés comme une contrainte administrative que comme un outil de la démocratie médico-sociale, une instance de partage et de dialogue ca-





pable d'ajouter au climat social et à la qualité de vie dans l'établissement. Nous souhaiterions que les écoles qui forment les futurs directeurs redonnent le sens et le bon usage du CVS.

Des établissements qui documentent et forment les représentants des résidents, des familles et des professionnels au sens et à l'usage du CVS. Des établissements qui documentent et forment les représentants des résidents, des familles et des professionnels au sens et à l'usage du CVS. En cas

2171 € par mois : c'est, selon une récente étude de la DREES, la moyenne des frais de séjour en EHPAD.

Sur ce total, les aides sociales représentent seulement en moyenne 413 €/mois. 📌

de conflits entre l'établissement et les familles, certaines associations pourraient jouer un rôle d'intermédiaire.

La question du vieillissement peine à mobiliser la société. A l'approche de la campagne présidentielle, qu'attendez-vous des candidats ?

▶ **J.K.** : Hélas oui, le sujet du vieillissement est un sujet que la société n'a pas envie de voir.

La synthèse des commentaires a été envoyée au ministère. On fait reposer le poids de la prise en charge sur les familles, on se défait sur les familles. Tant que l'on n'ouvrira pas le dossier du cinquième risque, la question de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées ne sera pas réglée. 📌

Propos recueillis par Diane Battista (Presse Scriptum)



VOUS SOUHAITEZ FORMER VOS SALARIÉS SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTÉES ?

NOUS VOUS ACCOMPAGNONS.

24 thématiques proposées : accompagner en établissement, à domicile, développer des activités d'animation, besoins nutritionnels et alimentation...

CONFIEZ-NOUS VOTRE PROJET
01 42 97 55 65
formation@francealzheimer.org

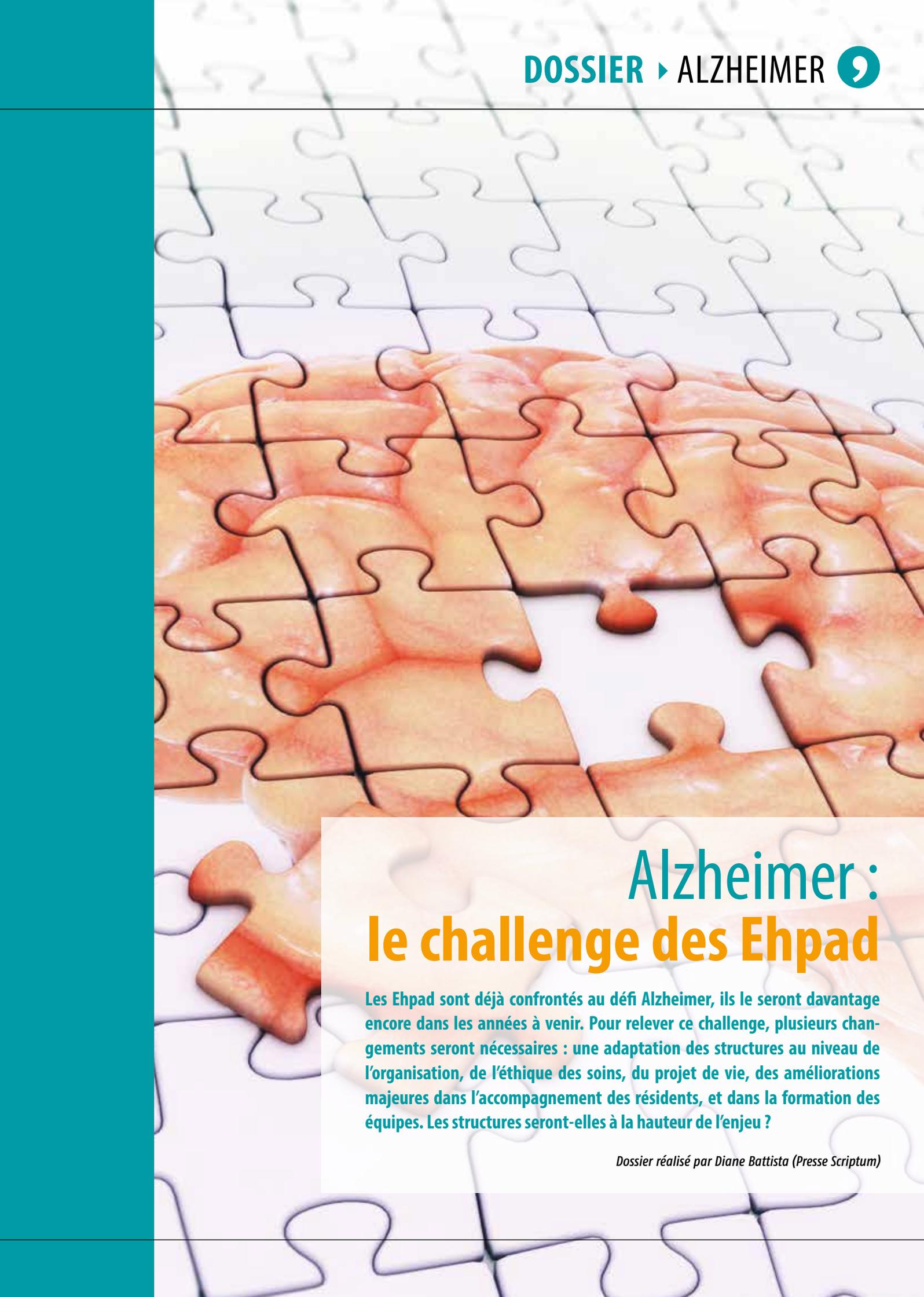


www.francealzheimer.org
UN MALADE, C'EST TOUTE UNE FAMILLE QUI A BESOIN D'AIDE



NOUVEAU CATALOGUE 2017

© S. Roy



Alzheimer : le challenge des Ehpad

Les Ehpad sont déjà confrontés au défi Alzheimer, ils le seront davantage encore dans les années à venir. Pour relever ce challenge, plusieurs changements seront nécessaires : une adaptation des structures au niveau de l'organisation, de l'éthique des soins, du projet de vie, des améliorations majeures dans l'accompagnement des résidents, et dans la formation des équipes. Les structures seront-elles à la hauteur de l'enjeu ?

Dossier réalisé par Diane Battista (Presse Scriptum)

« Le nombre de personnes touchées par des troubles cognitifs et vivant en établissement est estimé en France à 344 000. »

« Devant le vieillissement démographique qui va se poursuivre durant les prochaines années, un nombre croissant des patients à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer ayant des sévères symptômes comportementaux et psychologiques des démences (SCPD) devra être pris en charge. Ces troubles - agitation, déambulation, agressivité - épuisent les aidants formels et informels à domicile. Et sont, par conséquent, un motif fréquent d'entrée en établissement des personnes âgées ». En décembre 2015, la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), l'association France Alzheimer et la Fédération nationale des centres mémoire de ressources et de recherche (F-CMRR) formulent une série de propositions dans un Livre Blanc sur les Unités de soins Alzheimer. Principal constat : la France s'est déjà bien engagée dans le virage Alzheimer. « Au cours des 15 dernières années, les avancées scientifiques et médicales ont permis d'améliorer la prise en charge des malades, à la fois sur les plans sanitaire et médico-social, et à l'aide des différents plans gouvernementaux mis en place en France depuis 2001, de structurer "de véritables filières Alzheimer" », souligne le Livre Blanc. Toutefois, « il semble essentiel de mieux préciser les fonctions et les missions de chaque « structure de soins Alzheimer » et d'optimiser leur coordination et leur interopérabilité, afin de mieux fluidifier et d'améliorer le parcours de soin », considèrent les auteurs du Livre Blanc.

▶ Un taux d'équipement croissant

Entre 2007 et 2015, la population des personnes âgées de 75 ans ou plus a augmenté de 14 %. Dans le même laps de temps, les capacités totales d'hébergement ont augmenté moins rapidement



(+ 11 %), ce qui conduit à une baisse du taux d'équipement. En revanche, les dispositifs d'hébergement et d'accueil destinés spécifiquement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont connu une forte augmentation (+ 150 %), ainsi que les accueils jours Alzheimer (+ 170 %). Au cours de la même période, le nombre de consultations mémoire labellisées a augmenté de 17 % et le nombre de lieux d'information de 32 %, soit plus que la population âgée.

« Le nombre de places dédiées augmente mais, plus important encore peut-être, le nombre d'établissements déclarant garder en leur sein les personnes qui auraient une maladie d'Alzheimer après leur entrée en établissement ou dont l'état se détériorerait, augmente. On peut et on doit y voir une volonté dont il est à souhaiter qu'elle se poursuive et s'amplifie », commente dans une étude, la Fondation Médéric Alzheimer.

Alors que le nombre de personnes touchées par des troubles cognitifs et vivant en établissement est estimé en France à 344 000, la grande majorité d'entre elles sont hébergées dans des structures non spécifiques.

Parallèlement, le nombre d'établissements médicalisés entièrement dédiés à l'accompagnement des malades d'Alzheimer est également en forte hausse (+60%).

« Ce sont au total près de 74 000 places spécifiquement dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer qui ont été recensées sur le territoire national, soit 21% de plus qu'en 2013 », précise la Fondation Médéric Alzheimer. La moitié de ces structures ont été installées au cours des quinze dernières années et ce type d'offre demeure encore très marginal et peu soutenu par les pouvoirs publics.

► Des progrès restent à faire

L'Ehpad est conçu à l'origine pour accueillir des personnes âgées dépendantes et non spécifiquement des malades d'Alzheimer. Une situation qui pose des limites dans l'accompagnement des résidents, qui bien souvent désormais, sont institutionnalisés à un stade avancé de la maladie. Une enquête de la Fondation Médéric Alzheimer a ainsi permis de pointer plusieurs problématiques, à commencer par le fait qu'en Ehpad, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont défavorisées en matière de prise en charge des troubles sensoriels, bucco-dentaires et nutritionnels. 78 % des structures mentionnent les difficultés de réalisation des soins dentaires chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Seuls 6 % des Ehpad disposent de protocoles et de recommandations pour le repérage des troubles de la vision et de l'audition chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Concernant la prise en charge médicale : 79 % des Ehpad se déclarent confrontés aux difficultés d'accompagnement des résidents vers les lieux de consultation et de soins.

Pour répondre aux enjeux de l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, la formation des équipes pour renforcer leurs connaissances sur la maladie et améliorer la qualité de la prise en charge constitue une voie incontournable. La Fondation Médéric Alzheimer recommande sur ce plan plusieurs évolutions : l'élaboration de formations homogènes et labellisées pour les infirmières (IDE) et aides-soignantes, ciblant le 'savoir-être' et le 'savoir-faire' ainsi que les thérapies non médicamenteuses, pouvant s'appuyer sur le modèle des assistants de soins en gérontologie (ASG) ; un nouveau rôle du métier de personnel soignant orienté vers la prévention. 📍

🗨 *Entre 2007 et 2015, les dispositifs d'hébergement et d'accueil destinés spécifiquement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont connu un augmenté de 150 %* 🗨

Alzheimer : les chiffres marquants

- > **622 000** places médicalisées en Ehpad et USLD (unité de soins longue durée, implantés dans les établissements de santé) ;
- > **74 %** de l'ensemble des établissements accueillent à l'entrée les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- > **74 000** places d'hébergement réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- > **89 %** de l'ensemble des établissements gardent les personnes les personnes chez lesquelles la maladie surviendrait ou s'aggraverait ;
- > **54 %** des personnes hébergées en Ehpad étaient atteintes, au moment de l'enquête, de troubles cognitifs modérés ou sévères ; 71 % en USLD.
- > **534** lieux de diagnostic mémoire hospitaliers ;
- > **1 123** lieux d'information ou de coordination gérontologique (non spécifiques d'Alzheimer) ;
- > **243** dispositifs MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), chargés de l'organisation des services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie ;
- > **166** plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants ;
- > **2 093** structures proposant des actions de terrain aux aidants familiaux. 📍





Joël Jaouen

Plan maladies neurodégénératives : une mise en œuvre qui patine

Lancé en novembre 2014, le plan Maladies neurodégénératives (PMND) affiche 3 grandes priorités déclinées en 96 mesures. Pour rappel, le précédent plan Alzheimer 2008-2012 en comptait seulement 44. Le plan PMND était-il trop ambitieux ? Deux ans après, force est de constater que sa mise en œuvre rencontre encore quelques freins.

Le comité de suivi du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019, réuni début juillet au ministère des Affaires sociales et de la Santé, a été l'occasion de dresser un bilan à mi-parcours. Au 17 juin, toutes les Agences régionales de santé devaient avoir remis leur état des lieux. Elles sont aujourd'hui chargées, sur cette base, de réaliser un plan d'actions. Ce travail était initialement attendu pour le 15 septembre 2016, la date butoir a été décalée... au 15 octobre 2016 lors du comité de



suivi. « *La déclinaison régionale du Plan, moins satisfaisante, se fait quant à elle toujours attendre. Alors que les besoins des familles ne cessent de grandir, les agences régionales de santé, chargées de recenser pour chaque territoire les dispositifs existants et*

besoins identifiés, viennent seulement de remettre leurs copies. L'élaboration des plans d'action régionaux repoussée à octobre 2016 permettra certes un travail plus approfondi mais retardera dans le même temps la réalisation d'actions concrètes sur le terrain. La mise en œuvre du plan est une question de volonté politique, d'implication des hommes et des femmes pour sa concrétisation. Et sur ce volet-là, toutes les ARS ne font pas preuve du même engouement », critique Joël Jaouen, président de l'association France Alzheimer.

Enjeu des présidentielles ?

L'Association regrette par ailleurs qu'aucun crédit n'ait pour le moment été attribué au développement de places d'hébergement temporaire, ni à la création de nouveaux accueils de jour. L'amélioration de la prise en charge des malades atteints d'Alzheimer figurera de fait au cœur des attentes du secteur médico-social lors de la campagne présidentielle. « *Les courriers ne servent pas à grand-chose. Nous allons alors organiser des petits déjeuners avec les Parlementaires pour les informer de la réalité des familles face à la maladie d'Alzheimer* », avertit Joël Jaouen. 📌

Focus sur le plan Alzheimer 2008-2012 et le plan Maladies neurodégénératives 2014-2019

La CNSA a notifié 273 millions d'euros aux agences régionales de santé pour la création de 8 340 places, ainsi que des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012.

Au 31 décembre 2015

- 221,6 millions d'euros étaient engagés par les agences régionales de santé (ARS)
- 6 398 places étaient installées. Elles se répartissaient ainsi :
 - 1 544 places d'unités d'hébergement renforcé (UHR)
 - 4 854 places d'équipes spécialisées Alzheimer

1 687 places supplémentaires d'UHR et d'équipes spécialisées Alzheimer ouvriront entre 2016 et 2020. L'objectif concernant la mise en œuvre de plateformes d'accompagnement et de répit devrait être dépassé (103 %) grâce à l'utilisation de crédits du PSGA (notamment issus de places d'accueil de jour non installées). 📌

Du neuf pour les PASA et UHR

Un décret pour assouplir les modalités de fonctionnement des PASA et UHR ; des recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm en cours d'élaboration. Le point sur les nouveautés du côté de ces structures spécifiques aux résidents Alzheimer en Ehpad.

Le Plan Alzheimer 2008-2012 a été marqué par l'apparition des unités d'hébergement renforcé (UHR) et des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) en Ehpad. Le plan maladies neurodégénératives (PMND) prévoit la poursuite du déploiement des accueils en PASA et UHR sur le territoire et l'inscription de cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement de « droit commun ».

La lourdeur initiale du cahier des charges a longtemps ralenti l'implantation des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) imaginée lors du plan Alzheimer 2008-2012. Les contraintes architecturales sur l'unicité de lieu avec plusieurs espaces dédiés dont une cuisine thérapeutique, l'accès libre à un espace extérieur sécurisé, la présence de toilettes et de salle de bain, par exemple, ont freiné des EHPAD. Toutefois, les possibilités de PASA « éclatés », les aides financières et l'assouplissement des critères ont facilité les ouvertures ou labellisations ultérieures. La mesure 27 du plan PNMD prévoit également la révision du cahier des charges UHR afin notamment d'élargir les critères d'entrée au-delà des profils de personnes malades actuellement ciblées. Comme pour les PASA.

Un mot d'ordre : assouplir

Pour moderniser le pilotage et simplifier la gestion des PASA et pour élargir les critères d'entrée dans les UHR, un décret publié en août dernier a fixé les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement de ces dispositifs. Objectif : assouplir les modalités de fonctionnement des PASA et UHR. Ce texte confère, en outre, une base réglementaire aux PASA et UHR qui étaient jusqu'à présent régies par diverses instructions ou circulaires.

Ainsi, le texte prévoit qu'un PASA peut être commun à deux ou plusieurs EHPAD. Par ailleurs, la composition de l'équipe est réduite, la présence en permanence d'un psychomotricien (ou ergothérapeute) n'étant plus obligatoire.

Concernant l'architecture des locaux, le décret indique que chaque Pasa devra par exemple comprendre une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un

jardin ou sur une terrasse clos et sécurisé, librement accessible aux résidents. Ces prescriptions ne reprennent pas celles du cahier des charges spécifique à ces structures, paru en 2009.

Le décret apporte, en revanche, peu de précisions concernant les Unités d'hébergement renforcé (UHR). A noter toutefois, que désormais « l'avis du psychiatre sera « systématiquement » recherché avant l'admission en UHR. Ce caractère systématique ne figurait pas dans le cahier des charges de 2009.

PASA et UHR au programme de travail de l'Anesm

L'Anesm mène une enquête pour dresser « un portrait le plus fidèle possible », des UHR en place sur le territoire, en analysant « les difficultés rencontrées » et « les modalités de fonctionnement » de ces structures au regard du cahier des charges fixé en 2009. L'en-

quête dirigée par le Pr Claude Jeandel (CHU de Montpellier) vise également à mieux connaître le parcours de prise en charge des résidents accueillis.

L'Anesm prépare également un projet de recommandations de bonnes pratiques professionnelles « L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en PASA-UHR » pour la fin de l'année.

« Ces recommandations ont pour objectif d'identifier les bonnes pratiques professionnelles en vue d'améliorer la qualité d'accompagnement des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives hébergées en établissement (Ehpad), ainsi que la qualité des relations avec la famille et l'entourage. Il s'agira de recommander notamment les alternatives non-médicamenteuses ayant fait preuve de leur efficacité sur les troubles psycho-comportementaux », précise l'agence. ➔

Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016





Alzheimer, enjeu méditerranéen

L'Association Monégasque pour la recherche sur la Maladie d'Alzheimer (AMPA) publie le premier rapport spécifiquement dédié à la maladie d'Alzheimer et aux maladies apparentées en Méditerranée et lance la *Mediterranean Alzheimer Alliance*, seul réseau méditerranéen d'experts sur la maladie d'Alzheimer composé de scientifiques, d'associations de familles et de professionnels de terrain de 17 pays.

Ce rapport a vocation à faire l'état des lieux des besoins relatifs à cette maladie et à analyser les enjeux médicaux et sociétaux émergents dans cette région. Il propose également des recommandations à l'échelle méditerranéenne afin d'anticiper les réponses à apporter sur ce territoire pour un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité.

« Les problématiques liées à la maladie d'Alzheimer demeurent dans beaucoup de pays de la Méditerranée encore sous évaluées. Ce constat induira dans les prochaines années des conséquences humaines, sanitaires et sociales dramatiques. Les

études internationales ont montré que dans les vingt prochaines années, le nombre de personnes touchées va augmenter de manière alarmante. Face à l'ampleur que va représenter la maladie d'Alzheimer dans ces pays, notre proximité et nos liens privilégiés doivent nous encourager à collaborer tous ensemble et s'assurer que la lutte contre cette maladie devienne une priorité de santé publique dans cette région. J'émet le vœu que ce premier rapport puisse être une contribution utile pour éclairer les décideurs politiques et les acteurs concernés afin d'anticiper les enjeux à venir en Méditerranée », commente Catherine Pastor, présidente de l'AMPA.

11 enjeux majeurs

Le rapport Alzheimer et Méditerranée met en évidence 11 enjeux majeurs :

- Une **augmentation alarmante** du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées en Méditerranée
- Une maladie qui **n'est toujours pas reconnue comme une priorité** de santé publique dans la majorité des pays méditerranéens
- Un impact financier **considérable difficile à évaluer** en Méditerranée
- Un diagnostic **encore trop tardif** dans les pays méditerranéens

- Des **solidarités familiales fortes** en Méditerranée **mais qui se fragilisent**
- Une offre de services et de prises en charge **inadaptées**
- Un **manque de spécialisation** des professionnels
- Une **inégalité d'accès** aux traitements médicamenteux et non-médicamenteux
- Une recherche spécifique à la maladie d'Alzheimer **insuffisamment développée**
- Une perception encore négative, **une méconnaissance de la maladie** qui persiste
- Des garde-fous juridiques **et une réflexion éthique à déployer**

A l'occasion de la Journée Mondiale Alzheimer 2016, l'AMPA a lancé la Mediterranean Alzheimer Alliance. Celle-ci regroupe des professionnels, des scientifiques et des associations issus des pays suivants : Algérie, Chypre, Croatie, Egypte, Espagne, France, Grèce, Italie, Liban, Libye, Malte, Maroc, Monaco, Portugal, Slovénie, Tunisie et Turquie (Algérie, Chypre, Croatie, Egypte, Espagne, France, Grèce, Italie, Liban, Libye, Malte, Maroc, Monaco, Portugal, Slovénie, Tunisie et Turquie).

Dans ce contexte, la *Mediterranean Alzheimer Alliance* appelle chaque pays méditerranéen, notamment :

- À reconnaître la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées comme une priorité de santé publique

- À mettre en place une stratégie ou plan Alzheimer national(e) adapté(e) aux besoins des personnes malades et de leurs familles, avec des financements pérennes et spécifiques
- À promouvoir un diagnostic précoce des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées
- À développer et diversifier l'offre de services de diagnostic, de prise en charge et d'accompagnement sur l'ensemble des territoires nationaux
- À former les professionnels des secteurs médical, médico-social et social aux spécificités de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées
- À assurer un égal accès aux traitements sur l'intégralité du territoire national et à promouvoir le développement d'interventions psychosociales standardisées et évaluables
- À favoriser de collaborations académiques et scientifiques en Méditerranée et à mener des actions de recherche spécifiques sur la prévention de la maladie d'Alzheimer
- À reconnaître des droits spécifiques aux aidants familiaux et à promouvoir des campagnes de sensibilisation grand public sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. ➔



Améliorer son établissement : des aides financières sont disponibles



L'Assurance Maladie Risques Professionnels propose des dispositifs qui permettent aux établissements de bénéficier de subventions pour prévenir les risques professionnels. Ces subventions concernent des formations à la prévention mais aussi des équipements destinés à limiter l'exposition des salariés aux risques.

Comment se construisent ces dispositifs d'incitation financière ?

Lorsqu'un secteur d'activité présente une sinistralité accident du travail et maladie professionnelle particulièrement préoccupante, les partenaires sociaux (salariés, employeurs) qui siègent au sein des comités techniques nationaux de l'Assurance Maladie Risques Professionnels peuvent décider de dé-

ployer des moyens pour améliorer la prévention des risques dans ce secteur. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et les fédérations professionnelles concernées élaborent une Convention Nationale d'Objectifs (CNO) fixant un programme d'actions de prévention spécifiques.

C'est ainsi que, dans le cas des établissements médico-sociaux, des fédérations telles que la Fédération Hospitalière Privée (FHP), le Syndicat National des Etablissements et Résidences Privées pour Per-

sonnes Agées (SYNERPA) et la Fédération du Service au Particulier (FESP) ont signé une convention qui sera en vigueur jusqu'en Septembre 2017. Les établissements sont ciblés par leur code risque, qui figure sur la notification annuelle du taux de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Pour la CNO actuelle les codes risques 751BB, 751AE, 851AD, 853BA, 853AB et 853AC ont été retenus. Ils doivent également appartenir à des entreprises (SIREN) de moins de 200 salariés. Les objectifs de prévention retenus sont :

- > Le développement d'une culture de prévention dans les établissements et les entreprises
- > La prévention des risques liés à la manipulation de personnes ou d'objets
- > La prévention des chutes (plain-pied et dénivellation) et des glissades.

Quelles sont les aides attribuées ?

Les mesures financées dans le contrat de prévention peuvent concerner :

- > Le conseil et la formation pour l'ensemble de la ligne hiérarchique des établissements
- > L'investissement dans des aides techniques à la manutention (rails plafond, lève-personnes pivotants, chaises douche à hauteur variable...)
- > L'aménagement des espaces et voies de circulation
- > Les mesures organisationnelles susceptibles de pouvoir améliorer les conditions d'exercice du travail ...>



Nutrition

Assistance Technique

Facturation globalisée

Logiciel de commande

La Centrale de Référencement au Service de votre Collectivité !



2000 Produits négociés

Plus de 1400 Adhérents

Large choix de Fournisseurs

Optimisation au moins-disant



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



agap-pro.com

Le financement de ces mesures peut atteindre 70% pour le conseil et la formation, et représenter 30 à 40% pour les équipements techniques et les aménagements des locaux. La participation de la caisse prend la forme d'avances qui sont transformées en subventions lorsque les termes du contrat sont remplis. Les établissements intéressés par ce dispositif peuvent prendre contact avec le service prévention des risques professionnels de la CARSAT ou de la CRAMIF (Ile de France).

Pour plus d'informations : http://www.ameli.fr/employeurs/prevention/recherche-de-cno/pdf/CNO_I012.pdf

Il existe, dans certaines CARSAT, un dispositif com-

plémentaire, pour les entreprises de moins de 50 salariés, qui est l'Aide Financière Simplifiée (AFS). Elle peut concerner un dispositif de transfert de patients, par exemple, l'établissement s'engage alors à former son personnel à l'utilisation du dispositif et il bénéficie d'une aide plafonnée correspondant à un % des dépenses engagées pour l'acquisition du matériel de transfert. Ces aides sont annoncées sur les sites internet des CARSAT.

D'autres dispositifs existent, notamment auprès de l'ARS. En Ile de France l'ARS met en place un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) à destination des établissements médico-sociaux. Ce dispositif proposera notamment

une formation de « Référent TMS en secteur santé », animée par l'Hôpital St Joseph et la CRAMIF, et une dotation en matériel comportant selon les besoins lève-personnes, timon motorisé, rails plafond, chaise douche... Le choix des établissements sera effectué par l'ARS sur la base d'un dossier d'inscription qui renseigne la sinistralité de l'établissement et la volonté de celui-ci pour mener une démarche de prévention.

L'ARS peut aussi faire bénéficier les établissements de Crédits Non Renouvelables (CNR) qui ont pu être utilisés pour améliorer l'équipement des établissements en matériels de manutention de personne. 📍

Exemple d'un contrat de prévention :

La Maison de Famille « Les eaux vives » à Saint Remy les Chevreuse.

Dès son arrivée, Jean-Baptiste MOREAU, Directeur de l'EHPAD, fait le constat d'un nombre élevé d'accidents du travail. Le contrôleur de sécurité chargé de l'établissement lui propose alors de mettre en place une démarche de prévention des risques professionnels, appuyée par un contrat de prévention, signé en 2011.

L'analyse des accidents du travail et de l'activité de l'établissement ont permis de cibler les risques prioritaires et les matériels à financer :

- Risques liés aux manutentions de personnes, financement de chaises-douche et de fauteuils de transfert.
- Risques liés aux manutentions de vaisselle entre les unités de vie en étage et la cuisine en sous-sol : financement de lave-vaisselle pour les étages.
- Risques liés aux manutentions et à l'entretien du linge : financement de deux tables à repasser à hauteur variable, d'un bac à linge sur roulettes et d'un chariot à casiers pour le linge propre.
- Risques de chute liés au travail de maintenance en hauteur : financement d'un échafaudage mobile
- Risques liés à la manutention des déchets : financement d'une presse à déchets pour diminuer les volumes manipulés.

Dans le même temps, une salariée est formée à la prévention des Troubles Musculo-Squelettiques par la CRAMIF afin de rendre l'établissement

autonome sur la prévention de ce risque. Puis l'équipe de direction est formée sur la prévention des risques psycho-sociaux, l'utilisation des aides à la manutention est intégrée dans les plans de soin, des locaux de repos séparés de l'EHPAD sont mis à la disposition du personnel, le CHSCT est intégré dans les projets et même les relations avec les autorités de tutelle se trouvent facilitées. En quelques années l'établissement a transformé le cercle vicieux « manutentions pénibles, absentéisme,

désorganisation du travail » en un cercle vertueux par un accompagnement sans faille de l'ensemble du personnel.

En 2015, l'établissement de 70 salariés n'a déploré aucun accident du travail avec arrêt, économisant ainsi près de 600 jours d'arrêt. Il fait aujourd'hui partie des EHPAD où il fait bon vivre. La « culture prévention » est ancrée dans l'établissement et cet exemple intéresse la DRH du siège qui souhaite l'élargir à l'ensemble du groupe. 📍



Vue du hall d'entrée de l'EHPAD les Eaux Vives à St Remy les Chevreuse

Mylan mise sur la PDA pour améliorer l'observance

À l'heure où l'observance est devenue un problème de santé publique, les laboratoires Mylan ont décidé de proposer un ensemble de services et une gamme de conditionnements adaptés pour faciliter la pratique de la PDA qu'elle soit destinée à l'EHPAD ou en ambulatoire.



Les causes de l'inobservance sont nombreuses. D'autant qu'à peine un patient sur deux serait observant. Avec, à la clé, un coût conséquent pour la collectivité. En France le mésusage coûterait ainsi **plus de 9 milliards d'euros** chaque année ⁽¹⁾. Mais au-delà de l'aspect financier les conséquences sont particulièrement graves sur le plan de la santé publique.

Et au premier rang de ces victimes, figurent les personnes âgées

La raison ?

« Avec quatre médicaments en moyenne pour les + de 65 ans et neuf médicaments par jour pour les + de 80 ans ⁽²⁾, ces patients sont polymédiqués et donc plus enclins à oublier leur traitement », explique Philippe Bayon, directeur Marketing des laboratoires Mylan.

D'autant qu'il s'agit d'une population particulièrement sujette au trouble de la mémoire.

(1) « Améliorer l'observance traiter mieux et moins cher » étude IMS Health-crip, Novembre 2014
(2) LEEM : « Les 100 questions (2015) »

1 million de journées d'hospitalisations sont ainsi enregistrées chaque année et quelque **8 000 décès** ⁽²⁾ sont malheureusement recensés.

Taux d'observance proche de 98 % ⁽³⁾

Sans compter, ajoute encore Philippe Bayon, que « ces patients pâtissent souvent d'une diminution de la filtration rénale et d'un ralentissement du métabolisme ».

Conséquence : quelque 10 % des hospitalisations des +70 ans seraient liées à des erreurs médicamenteuses. Pire, selon une étude réalisée par la société Medissimo, dans une pharmacie de taille moyenne (1,6 million d'€ de chiffre d'affaires annuel) pas moins de 120 patients seraient concernés par ce problème. Soit 40 % de l'ensemble des patients souffrant de pathologies chroniques.

Rien d'étonnant dès lors à ce que le leader français des médicaments génériques ait décidé de faire de **la lutte contre l'inobservance** sa priorité.

Comment ? En favorisant la préparation des doses administrées (PDA). « Fort d'une amélioration de 21 % du bon suivi des traitements et avec un taux d'observance proche de 100 % ⁽³⁾ pour les patients bénéficiant de cette technique, nous considérons que la PDA est le seul élément aujourd'hui disponible et capable d'augmenter radicalement l'observance d'un traitement chez les 572 000 personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) » précise le directeur marketing des laboratoires Mylan.

(3) Etude Medissimo menée auprès de patients âgés et poly-médiqués (2013/2014)

Une gamme de conditionnements adaptés

Car la PDA consiste à préparer, pour chaque patient, la délivrance des médicaments de façon personnalisés, au regard de la prescription médicale fournie et pour une période déterminée.

Répartis aux heures de prise de la journée et pour chacun des jours de la semaine, **les bons médicaments seront donc administrés au bon patient, au bon moment, à la bonne dose et selon la bonne voie d'administration.**

Dans cette optique, le groupe Mylan a développé une gamme complète de conditionnements adaptés avec à ce jour 44 présentations en flacon et 270 présentations prédécoupés ⁽⁴⁾.



Ce qui caractérise ces gammes sont une traçabilité et une sécurité optimale ainsi qu'une facilité d'utilisation pour une optimisation de la pratique de la PDA.

Ces gammes ont également été conçues selon les rotations de médicaments les plus importantes en EHPAD pour assurer au maximum la couverture de leur besoin.

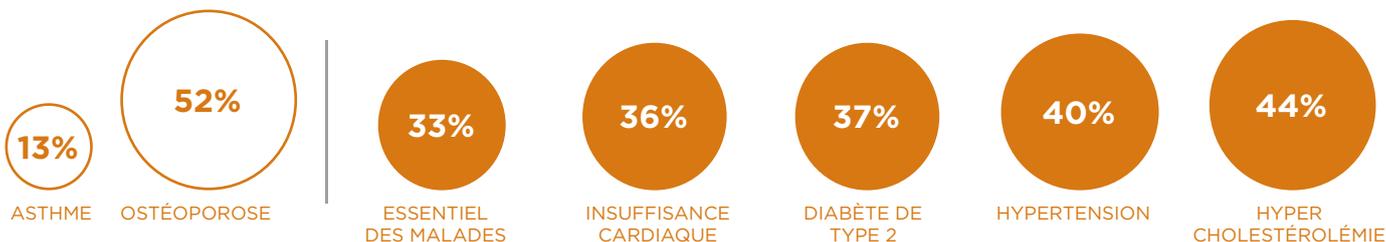
(4) CIP au 5 SEPTEMBRE 2016

Une nouveauté la PDA ambulatoire

En plus de faciliter la pratique de la PDA, **Mylan accompagne les pharmaciens** depuis plusieurs mois pour les aider à démarrer la PDA ambulatoire dans leur officine avec un kit clé en main. L'objectif étant de faire connaître à leurs patients l'existence de ce service mais également de fournir un guide et des outils pratiques contenant des informations environnementales jusqu'à la pratique de la PDA destinés toute l'équipe officinale.

Une inobservance variable selon les pathologies

Le taux d'observance est loin d'être optimal dans les pathologies chroniques. Loin s'en faut ! Autant de chiffres qui posent de sérieux problèmes de santé publique, puisque l'inobservance engendre, en France, de nombreuses hospitalisations et plus de 8 000 décès par an.



Les bienfaits de la luminothérapie pour les résidents

Une étude menée par le groupe Orpea confirme les bienfaits de la luminothérapie sur les troubles du sommeil et du comportement chez les malades d'Alzheimer.



Objectiver et mesurer les bénéfices de la lumière sur la qualité de vie des résidents notamment atteints de maladies neurodégénératives.

Tel est l'objectif de l'étude « Soleil et sommeil » menée par le groupe Orpéa en collaboration avec le CHU de Nice, le Centre d'innovation et d'usage en santé et la société Trilux et consacrée à la luminothérapie.

A l'occasion de la Journée mondiale Alzheimer, Orpéa a présenté les résultats de cette étude.

Les modalités de l'expérimentation

Pour mener cette expérimentation sur les bienfaits de la lumière, la direction médicale d'Orpéa a conçu un système d'éclairage dynamique élaboré par la société allemande Trilux.

Ce système permet une modulation de la couleur pour reproduire la lumière naturelle au fil de la journée, avec notamment une lumière « plus chaude » en fin de journée. Le dispositif a été installé dans la nouvelle unité de vie Alzheimer de l'Ehpad Les Pastoureaux à Valenton (Val-de-Marne).

Le mécanisme mis en place « *varie selon le rythme circadien* » — régulation de l'horloge interne ou alternance des périodes de veille et de sommeil — en jouant sur la couleur et la chaleur de la lumière diffusée artificiellement pour « *atténuer les troubles du comportement et rétablir un sommeil de qualité* ».

Les résultats constatés

Réalisée en partenariat avec le Dr Sébastien Gondrier du CHU de Nice et le Centre d'innovation et d'usages en santé (CIU-Santé) à Nice, l'évaluation a été menée auprès des 12 résidents de la nouvelle unité. Ils ont été équipés d'un actimètre notamment. Le sommeil, les troubles du comportement et l'anxiété ont été évalués sur trois périodes consécutives de 14 jours, où le sys-

tème d'éclairage dynamique a été successivement mis en fonctionnement, arrêté puis réactivé.

Le gain obtenu par l'échantillon de cette recherche est évalué à près d'une heure de sommeil par 24 heures.

Le groupe relève aussi « une diminution du nombre de réveils nocturnes », ainsi qu'une « amélioration des troubles du comportement » et « une baisse significative du niveau d'anxiété ».



Une réduction significative a également été observée sur les troubles du comportement et sur le niveau d'anxiété, avec une baisse moyenne de respectivement 4,6 points sur le score NPI (neuropsychiatric inventory) et 0,7 point sur l'échelle de Covi.

Du côté des soignants qui travaillent au sein de cette unité Alzheimer, l'étude note également des bénéfices. Ainsi, la luminothérapie semble faciliter le soin et la communication (verbale et non verbale) avec les résidents car ils « sont moins anxieux et moins agités » permettant, de fait, « une meilleure qualité de vie au travail ».

« Grâce à l'amélioration de la qualité du sommeil et la diminution des troubles du comportement, les soignants peuvent renforcer les ateliers de stimulation cognitive et les activités de rééducation auprès des résidents, qui présentent une capacité de concentration plus importante », se satisfait la direction médicale d'Orpéa.

Les résultats de l'étude reposent uniquement sur une structure et donc sur un échantillon réduit de résidents. Le CHU de Nice poursuivra le recueil de données pour affiner les bénéfices attendus avec la luminothérapie. ➔



LA SANTÉ COMMENCE
AVEC LA QUALITÉ
ERGONOMIQUE
FONCTIONNELLE

quality

100%

made in Italy

PIAVAL

HEALTH AND CARE

chairs and tables

NOTRE PHILOSOPHIE EST D'OFFRIR
DES SOLUTIONS CERTIFIÉES POUR
TOUS VOS BESOINS
QUE VOUS RENCONTREZ

www.pival.it

Agence commerciale: Luc Pican

luc.pican@free.fr

Portable: 0033-613092852

Tél./Fax : 0033-231260811 / 0033-231247552

CATAS®

Le Laboratoire Italien pour la certification, la recherche et les essais dans le domaine du mobilier en bois



the mark of
responsible forestry
FOR FSC®
certified products

SPIN-OFF ACCADEMICO DELL'UNIVERSITÀ DI UDINE

ERGOCERT

ENTE DI CERTIFICAZIONE PER L'ERGONOMIA

Centre de recherche scientifique
de l'Université d'Udine qui certifie
l'ergonomie corporelle

CULTURE à VIE, une plateforme collaborative entre animateurs

« Les animateurs, souvent isolés, sont amenés à construire seuls leurs outils en y consacrant temps et énergie, réduisant ainsi leur disponibilité auprès des personnes âgées ».

Partant de ce constat, le Groupement des animateurs en gérontologie (GAG) a lancé, en novembre 2014, avec le soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) Culture à vie, une plateforme web collaborative de partage de supports d'animation. Présentation.



► Quels sont les objectifs de cette plateforme ?

« La finalité de cet outil innovant est d'offrir à chaque professionnel de l'animation la possibilité de toujours mieux prendre en compte les souhaits et les attentes de chaque résident, d'y répondre, de les accompagner et d'évaluer la réussite de chaque acte d'animation », précise le GAG.

L'objectif est de :

- Mettre en commun des milliers de contenus riches et variés pour disposer d'une source importante d'outils qui permettent à chaque animateur de trouver une solution adaptée à la particularité de chaque "projet de vie personnalisé".
- Mutualiser l'énergie de conception des contenus pour que chaque animateur diminue ses temps de préparation et augmente sa disponibilité auprès des personnes âgées.
- Accroître la qualité de l'animation en gérontologie grâce au partage d'idées et d'expériences entre animateurs.

► Comment fonctionne la plateforme ?

Culture à vie repose sur le principe d'un fonctionnement coopératif :

- 1 Un animateur a travaillé un support d'animation pour une action précise qu'il a utilisé avec succès. Il le propose au site coopératif.
- 2 Quand le support est validé par le G.A.G., les techniciens de la plateforme, en relation avec l'animateur, le complètent et l'adaptent pour qu'il entre dans une démarche d'animation construite et dans la charte de l'animation en gérontologie. Ils y ajoutent des éléments de méthode.
- 3 Le support est alors mis sur la plateforme à disposition des autres animateurs. Les autres utilisateurs du support peuvent également apporter leurs remarques, leurs compléments et leurs évaluations.

Cet outil est en ligne et accessible à tout moment grâce à une connexion Internet via le www.culture-a-vie.com

L'accès aux contenus de CULTUREàVIE se fait grâce à l'adhésion des départements à la plateforme afin de donner l'accès à l'ensemble des établissements.

► Quels contenus ?

Chaque mois la plateforme s'enrichit de supports d'animations. Des jeux de mémoire, des visites virtuelles de musées, des diaporamas thématiques, de la littérature écrite en gros, des recettes de cuisine adaptées aux personnes désorientées, des ateliers intergénérationnels, des ateliers discussions, des outils d'aide au développement de projets...

En 2015, le GAG a lancé une autre plateforme baptisée Acteur à vie avec le soutien financier de la retraite complémentaire Agirc-Arrco et la Fondation de France. Il s'agit d'une solution web d'accompagnement permettant à la personne âgée de transmettre ses souhaits, ses mémoires et ses choix. Elle peut y inscrire ses demandes, ses aspirations, mais aussi noter les souvenirs marquants de sa vie afin de transmettre son expérience ou les événements décisifs de son existence. ➔

Adresse des sites :

www.culture-a-vie.com
<http://acteuravie.fr>

Diane Battista
(Presse Scriptum)



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  

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