

## INTERVIEW

### Agnès BUZYN

Malgré les résultats alarmants de la mission Flash sur les Ehpad, Mme Buzyn, ministre de la Solidarité et de la Santé, porte un regard optimiste sur un modèle français « cité en exemple à l'étranger ». Pour autant, elle a lancé plusieurs travaux qui questionnent les prises en charge actuelles. Le point avec elle.

## DOSSIER

### ALZHEIMER

*Gérer la maladie en EHPAD*

## NUTRITION

- La dénutrition du sujet âgé
- Idées pratiques pour enrichir l'alimentation



**PROTÉGEONS-NOUS.**

**PROTÉGEONS  
LES PERSONNES  
FRAGILES.**

**VACCINONS-NOUS  
CONTRE LA GRIPPE.**



Chez les plus de 65 ans, la grippe peut entraîner des complications graves. Si vous souhaitez en savoir plus sur la vaccination des personnes fragiles et des professionnels travaillant en établissement, rendez-vous sur [ameli.fr/etablissement-de-sante](https://ameli.fr/etablissement-de-sante).

**NE LAISSONS PAS LA GRIPPE NOUS GÂCHER L'HIVER.**

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

### EDITO

Bonjour a tous,

*C'est la dernière ligne droite avant la fin de l'année et l'actualité de notre secteur est très fournie, notamment avec les retours de la mission flash EHPAD qui, semble-t-il, n'a pas fait l'unanimité...*

*Dans ce numéro d'EHPAD Magazine, nous avons eu l'honneur de réaliser une interview de madame la ministre de la solidarité et de la santé Agnès BUZYN. Nous l'avons interrogé sur l'ensemble de la politique Médico-social ainsi que sur l'avenir de la SILVER Economie.*

*Vous pourrez lire également dans cette édition un dossier consacré à la gestion de la maladie d'Alzheimer. Les chiffres clés ainsi que des conseils et des méthodes pour bien accompagner les résidents atteints de cette pathologie. Sans oublier les aidants qui eux aussi ont besoins de soutien, de formation et de répit.*

*Dans l'esprit de nos fiches pratiques, en attendant la mise à jour de la prochaine édition de notre guide de la nutrition et de la restauration senior, nous vous proposons un sujet pour comprendre comment déceler un cas de dénutrition et des pistes pour un retour vers une alimentation plus saine.*

*Prochain rendez vous en janvier, d'ici la toute l'équipe d'EHPAD Magazine vous souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année*

Bonne lecture

La rédaction

### 360°

#### 2 En bref

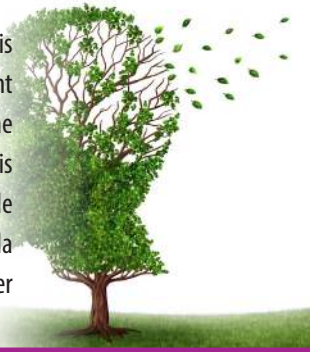
#### 8 Interview : Agnès BUZYN

Malgré les résultats alarmants de la mission Flash sur les Ehpads, Mme Buzyn, ministre de la Solidarité et de la Santé, porte un regard optimiste sur un modèle français « cité en exemple à l'étranger ». Pour autant, elle a lancé plusieurs travaux qui questionnent les prises en charge actuelles. Le point avec elle.

### Dossier

#### 11 ALZHEIMER: Gérer la maladie en EHPAD

La maladie d'Alzheimer est en croissance constante depuis son premier diagnostic en 1906. Elle touche essentiellement les sujets âgés, plus de 15% des plus de 80 ans, mais concerne aussi les seniors dès 65 ans (environ 3%). Toutefois, il est parfois difficile de faire la différence entre une perte de mémoire simple liée au vieillissement et le début des symptômes annonçant la maladie. Seul un diagnostic approfondi permettra de confirmer ou d'infirmer son apparition.



### Cœur de métier

#### 25 La dénutrition du sujet âgées

- **Définition et Conséquences.**
- **Prise en charge Nutritionnelle.**
- **Idées pratiques pour enrichir l'alimentation.**



Société d'édition :  
**Sarl PRESSE & COM**  
9 bis rue du Général Leclerc  
91230 Montgeron  
Tél : 01 69 48 86 57  
E-mail : [contact@presse-and-com.fr](mailto:contact@presse-and-com.fr)  
[www.presse-and-com.fr](http://www.presse-and-com.fr)

**Directeur de la publication et de la rédaction :**  
Cédric Abidos.  
E-mail : [cedric.abidos@ehpad-magazine.fr](mailto:cedric.abidos@ehpad-magazine.fr)

**Contact commercial :**  
Cédric Abidos.  
E-mail : [cedric.abidos@ehpad-magazine.fr](mailto:cedric.abidos@ehpad-magazine.fr)

**Maquettiste : Presse and Com**

**Direction artistique : Presse and Com**

**Crédit photos :** Media for medical - Pixabay.

**Dépôt légal :** mars 2014 - ISSN : 2258-5338  
**Commission paritaire :** 0214T91258

**Imprimeur :** Bialec, France - Imprimé en France.

**Service abonnements :**  
9 bis rue du Général Leclerc - 91230 Montgeron  
E-mail : [abonnement@ehpad-magazine.fr](mailto:abonnement@ehpad-magazine.fr)

Retrouvez-nous sur :  
[www.ehpad-magazine.fr](http://www.ehpad-magazine.fr)



## Un guide pratique pour sécuriser le circuit du médicament en EHPAD

**L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes publie une version actualisée du guide «Le circuit du médicament en EHPAD», agrémentée de grilles d'auto-évaluation pour permettre aux établissements d'identifier les risques et prévenir les erreurs médicamenteuses.**

L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes met à disposition des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de Pharmacie à usage intérieur

(PUI) un outil d'aide à la sécurisation du circuit du médicament. Ce guide pratique est constitué d'un descriptif des grandes étapes du circuit du médicament.

Il rappelle également les exigences réglementaires quand elles existent, et propose un certain nombre de recommandations relatives aux pratiques. La nouvelle version de ce guide, initiée en 2012 et actualisé tous les 2 ans, intègre des grilles d'auto-évaluation (disponibles en format Excel pour faciliter l'utilisation). Celles-ci vont permettre aux

établissements d'identifier les risques inhérents au processus du circuit du médicament et ainsi prévenir la survenue d'erreurs médicamenteuses. Ce guide est accessible sur le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. ➔

[www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr](http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr)



## Budget de la Sécu: 100 millions d'euros en plus pour les maisons de retraite

**Les moyens alloués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) seront renforcés de 100 millions d'euros en 2018 pour améliorer le taux d'encadrement, la qualité des accompagnements et les conditions de travail des personnels, selon le projet de budget de la Sécurité sociale présenté jeudi.**

"100 millions d'euros seront consacrés à renforcer l'encadrement des soins dans les Ehpad. Nous allons déployer la nuit des astreintes d'infirmières qui permettront un meilleur suivi des personnes âgées dépendantes, afin d'éviter des hospitalisations inutiles", a déclaré la ministre de la Santé et des Solidarités, Agnès Buzyn, lors d'une conférence de presse.

Une enveloppe de 10 millions d'euros sera consacrée à cette extension des astreintes de nuit. Mme Buzyn a également confirmé que la réforme du financement des Ehpad, qui est contestée notamment par des acteurs publics tels que la Fédération Hospitalière de France (FHF) et certains départements, serait poursuivie.

"C'est une tarification qui permet de la clarté, qui est plus juste", a-t-elle estimé, affirmant que la réforme votée sous le précédent quinquennat, et

qui doit s'appliquer sur sept ans jusqu'en 2023, "aboutit à une amélioration des recettes pour 80% des établissements".

"Il semble que 20% des établissements y perdent", a-t-elle ajouté. Le comité de suivi de la réforme, entrée en vigueur en janvier 2017, sera chargé d'identifier "les difficultés et d'accompagner les établissements dans d'éventuelles restructurations".

Au total, le projet de budget de la Sécurité sociale pour 2018 prévoit que 22 milliards d'euros seront consacrés au financement des établissements et services accueillant des personnes âgées ou handicapées, en hausse de 515 millions d'euros (+2,6%) par rapport à 2017.

Pour les personnes âgées, 4.525 places supplémentaires d'hébergement permanent en Ehpad, 693 places d'accueil de jour et 482 places d'hébergement temporaire doivent être créées. 478 places sont prévues pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Pour les personnes handicapées, les mesures prévues sous le précédent quinquennat (180 millions d'euros d'investissements prévus sur

2017-2021) seront poursuivies. 2.028 nouvelles places seront créées en 2018, dont 707 dans le cadre de l'achèvement du 3e plan autisme.

Une enveloppe supplémentaire de 15 millions d'euros est prévue pour prévenir les départs forcés en Belgique de personnes handicapées n'ayant pas de prise en charge adaptée en France. La même somme avait été dédiée à cet objectif en 2016. ➔



## Prise en charge des personnes âgées: des professionnels alertent Macron sur une situation "explosive"

**Professionnels de santé, syndicats et directeurs d'Ehpad ont adressé mi-octobre une lettre à Emmanuel Macron pour l'alerter sur la "détérioration des conditions" de prise en charge des personnes âgées, demandant des arbitrages financiers pour mettre fin à une situation qu'ils jugent "explosive".**

Devant la presse, l'association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) et des représentants de CFDT, CFTC, CGT, FO et Unsa ont signé ensemble le texte qu'ils devaient adresser au chef de l'Etat.

"Les personnes âgées sont insuffisamment accompagnées dans les actes de la vie quotidienne, les familles s'épuisent et les professionnels sont au bord du gouffre", y écrivent-ils notamment. "Les

financements n'ont pas suivi l'augmentation du nombre de personnes âgées."

Leur initiative, "unique, qui dépasse les clivages syndicaux", vise à "s'unir pour interpeller celui qui a l'autorité sur Bercy" et obtenir "des arbitrages financiers différents", a expliqué Pascal Champvert, président de l'AD-PA.

Ces professionnels exigent notamment de mettre en place "dans les meilleurs délais" les ratios de personnels en fonction du degré de dépendance des résidents, préconisés dans le Plan solidarité grand âge 2007-2012.

Actuellement, le taux d'encadrement est de 0,57 soignant par résident. Ce plan préconisait 0,65 et jusqu'à un pour un pour les cas de très grande dépendance.

"Le taux d'encadrement est largement insuffisant, les personnels ne sont pas assez formés, les accidents du travail et les maladies professionnelles explosent, et les absents ne sont pas remplacés", a témoigné Anne-Sophie Pelletier de la CGT, ancienne porte-parole du mouvement de grève qui a touché cet été l'établissement "Les Opalines" à Foucherans (Jura).

"Il faut imposer les ratios", a-t-elle poursuivi, fustigeant "des conditions de travail proches de l'usinage". "On a 15 minutes pour lever un résident, l'emmener aux toilettes, lui faire sa toilette, le mettre à petit-déjeuner et faire son lit".



NOUVEAU  
CATALOGUE 2018

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

**NOUS VOUS ACCOMPAGNONS :**

22 thématiques proposées : répondre au refus de soin,  
repérer les troubles psycho-comportementaux,  
développer la relation avec les familles...

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



© O. Fryszowski

RÉFÉRENCÉ



## Mission "Flash", retour sur l'audition parlementaire de la FEHAP



**La FEHAP, par la voix de son président, Antoine Dubout et de l'équipe médico-sociale, a été auditionnée par Madame Monique Iborra, députée de Haute Garonne (LREM) et les parlementaires présents de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée nationale dans le cadre de la mission « Flash » centrée sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).**

La FEHAP se réjouit de l'intérêt marqué de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale pour les EHPAD et leurs difficultés, de la qualité d'écoute et d'échange durant l'audition, de la rapidité de la mission et de la production du rapport, des premières recommandations de court terme et en

particulier de la proposition de maintenir les contrats aidés pour ces structures.

Cependant la FEHAP considère que ces premières pistes de réflexions nécessitent pour certaines des approfondissements ou des réorientations. Notamment plusieurs recommandations sont à ce jour non budgétées et non financées dans la construction par les pouvoirs publics de l'ONDAM médico-social : Infirmière de nuit, revalorisation du statut des aides-soignantes / accompagnants éducatif et social.

Par ailleurs, le degré d'inégalité de traitement des EHPAD liée à la réforme de la tarification ne peut être réduit à une approche par les seuls CICE et CITS sans une vision exhaustive de la structure des charges des établissements intégrant notamment impôts et taxes

locales dont ils sont redevables.

La volonté de transparence affichée dans les recommandations apparaît pertinente mais ne peut, à notre sens, s'exprimer par la publication des évaluations externes, outils complexes pour la compréhension des usagers sans une grille de synthèse normée permettant de comparer les établissements. Pour la suite, la FEHAP est très favorable à la conduite d'une seconde mission parlementaire qui viendrait approfondir la première et pour laquelle elle serait avec ses adhérents volontaires pour y contribuer notamment en réinterrogeant le modèle de l'EHPAD, pour qu'il soit, comme le souligne le rapport : d'abord un lieu de vie où l'on y exerce du soin plutôt qu'un lieu de soins ou l'on essaie d'y mettre de la vie.

En effet de nombreuses initiatives sont conduites aujourd'hui dans les territoires qui consistent à un rapprochement, une articulation ou à des solutions intermédiaires entre le domicile des personnes âgées et les établissements et sur lesquelles les structures privées non lucratives sont précurseurs notamment grâce à leur culture polyglotte médico-social, social et sanitaire en établissement et à domicile.

Enfin, la FEHAP souhaite vivement que cette mission puisse s'emparer de l'épineux problème du reste à charge en EHPAD sans nul doute le plus lourd et le plus injuste des reste à charge du champ sanitaire, social et médico-social. ➔

## Le point de vu du GNDA sur la fusion de l'ANSEM au sein de l'HAS

**Le Groupement National des Directeurs Généraux d'Association (GNDA), prend acte de la décision unilatérale du Ministère des Solidarités et de la Santé de fusionner l'ANESM au sein de la HAS tout en regrettant la forme et le fond d'une telle décision.**

Le GNDA, investi depuis plus de 15 ans dans les enjeux de l'évaluation et dans les structures qui l'ont porté (le CNESM puis l'ANESM), rappelle dans la déclaration du 9 octobre 2017 « Fusion

de l'ANESM dans la HAS : la position du GNDA1 » les principes auxquels il est attaché tout en étant force de proposition dans la nouvelle configuration institutionnelle qui se profile.

Le rapport de l'IGAS, dans le cadre de l'EPP demandé par le Premier Ministre en juin 2016, constate que l'évaluation interne et externe a produit des effets positifs sur la qualité des prestations tout en préconisant des axes d'amélioration. La mission conclut « qu'il est important de conserver le

dispositif instauré par la loi du 2 janvier 2002 et de maintenir la mobilisation des acteurs ».

La décision brutale et unilatérale, sans concertation préalable, qui est inscrite dans le PLFSS 2018 risque de mettre à mal cette mobilisation autour de l'évaluation et de casser la dynamique d'amélioration de la qualité qui s'est mise en place sous l'impulsion de l'ANESM, notamment par l'association de toutes les parties prenante.

Pour garantir l'avenir de la dynamique évaluative


pour les actions sociales et médico-sociales, tout en tenant compte du contexte nouveau et du rapport de l'IGAS, le GNDA reformule, en l'ajustant, la proposition qu'il avait publiée en 2013\*.

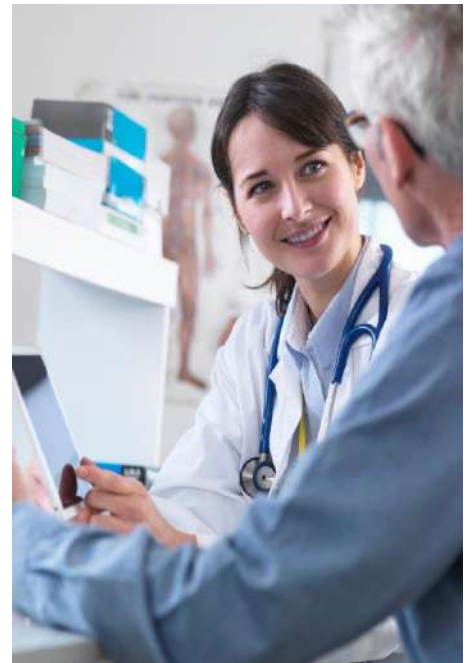
Il faut raisonnablement, pour le GNDA, envisager une refonte de l'architecture statutaire de la HAS afin de lui permettre d'abriter dans des conditions satisfaisantes l'élargissement de ses missions :

- Le collège assurant la gouvernance de la Haute Autorité doit être modifié pour accueillir au moins deux<sup>3</sup> représentants des acteurs du social et du médico-social en portant de 3 à 5 les membres désignés « par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale ».

- L'article 51 du PLFSS doit préciser qu'un décret fixera la composition de la commission prévue, sur les bases du COS de l'Anesm.

A travers ces modifications, la HAS pourrait ainsi évoluer, à l'instar du Ministère, vers une « Haute Autorité des Solidarités et de la Santé » ce qui leverait toute ambiguïté sur ses missions et ses champs de compétence.

Cette voie semble être, pour le GNDA, le meilleur moyen de préserver l'énergie positive déployée dans les établissements et services du champ social et médico-social pour assurer l'amélioration permanente de la qualité des pratiques aux côtés des personnes accueillies et accompagnées. Elle constitue par ailleurs la condition préalable et incontournable pour respecter l'ensemble de l'exposé des motifs de l'article 51 du projet de loi de financement de la sécurité sociale relatif au transfert des missions de l'Anesm au sein de l'HAS et non pas simplement son volet rationalisation. 



## La faim tue, l'absence de faim aussi.

### Le Collectif de lutte contre la dénutrition réclame un plan d'action

En France la dénutrition met en danger la vie de 2 millions d'enfants, d'adultes et de personnes âgées. Or, selon un sondage OpinonWay<sup>[1]</sup>, 94% des Français ne connaissent pas ce fléau. Mais une fois sensibilisés, ils s'accordent avec les médecins pour affirmer que la dénutrition doit faire l'objet d'une véritable politique de santé publique pour lutter contre cette pathologie pouvant conduire jusqu'au décès.

#### Faire de la lutte contre ce fléau une priorité de santé publique

Le Collectif de lutte contre la dénutrition, créé il y a un an, agit pour que cette maladie silencieuse devienne une priorité de santé publique. Afin de démultiplier son action, le Collectif invite les citoyens à interpeller leurs élus et à s'engager à ses côtés contre la dénutrition.

Ainsi, le Collectif permet de lancer une "Alerte #stopdénutrition" depuis le site [www.luttecontreladenutrition.fr](http://www.luttecontreladenutrition.fr) pour que chaque français puisse inciter ses élus à agir. De même, un appel au don est lancé pour que chacun puisse contribuer aux actions que le Collectif s'appête à déployer.

#### Le 20 octobre la journée pour mobiliser

Pour que la dénutrition devienne une priorité de santé publique, le Collectif a organisé le 20 octobre une Journée d'Action Contre la Dénutrition. L'objectif était de sensibiliser le plus grand nombre à cette pathologie afin qu'elle fasse

l'objet d'une réelle politique de santé publique avec un message central : en 2018, plus personne ne doit mourir de dénutrition.

Lors de cette journée, le Collectif a rassemblé des élus, des directeurs d'hôpitaux, des responsables médicaux et associatifs. A cette occasion ont été présentés les chiffres d'un sondage OpinonWay inédit faisant le point sur la perception des Français et des médecins sur la dénutrition en France.

#### Quels chiffres retenir de l'étude Opinon Way<sup>[1]</sup>?

- Seul 1 patient dénutri sur 2 est traité spécifiquement pour dénutrition ;
- 1 Français sur 2 estime que tous les moyens ne sont pas mis en œuvre pour lutter contre la dénutrition ;
- Plus d'1 médecin sur 2 estime ne pas être suffisamment informé sur le dépistage de la dénutrition et sa prise en charge ;
- Près de 90% des Français trouve justifiée que la dénutrition fasse l'objet d'un plan de lutte et d'une prévention spécifique ;
- 1/3 des médecins n'a jamais été formé sur la dénutrition.

[1] Enquête en ligne OpinonWay réalisée selon la norme ISO 20525, du 20 mars au 7 avril 2017 sur un échantillon de 1001 personnes (représentatif de la population française) et 300 médecins généralistes (représentatif des médecins français).

## « Maisons de retraite : les secrets d'un gros business » - Non aux amalgames, oui aux mesures concrètes !

Le reportage diffusé récemment dans l'émission « Pièces à convictions » sur France 3, révèle des pratiques anormales dans quelques établissements pour personnes âgées qu'il appartient aux pouvoirs publics de juguler.

Pour autant, la FNADEPA appelle à ne pas faire d'amalgame entre ces cas particuliers et les 7 350 Ehpad, publics, associatifs ou commerciaux, qui ont à cœur d'être des lieux de vie, innovants et conviviaux, dans lesquels l'ensemble des équipes se dévoue au quotidien pour accompagner les personnes âgées en perte d'autonomie. En outre,

elle rappelle que tous ces établissements sont soumis à des procédures d'évaluations internes et externes et peuvent également faire l'objet de contrôles inopinés.


La Fédération regrette qu'une fois de plus l'actualité du secteur ne soit traitée par les médias nationaux qu'à l'occasion des dysfonctionnements au lieu de relayer les nombreuses initiatives et le professionnalisme des personnels.

Pour autant, elle espère que cette mise en lumière des Ehpad, fut-elle négative, contribuera à une

réelle prise de conscience au plus haut niveau sur le profond malaise du secteur.

En effet, pris en étau entre les besoins des seniors de plus en plus en perte d'autonomie et une réduction drastique des moyens alloués d'année en année, les structures sont sous tension, les personnels épuisés et les familles impuissantes. Réforme de la tarification, suppression des contrats aidés, impact de la hausse de la CSG... la coupe est pleine pour les Ehpad qui jonglent pour maintenir une qualité de vie aux aînés. Pour combien de temps encore ?

Cette situation est connue. Elle a d'ailleurs été pointée du doigt à de très nombreuses reprises depuis des années maintenant et tout récemment encore, par la mission Flash de la députée Monique Iborra en septembre. Le gouvernement doit agir !

La FNADEPA demande des mesures fortes à la hauteur des enjeux du secteur, telles que l'augmentation significative du nombre de professionnels dédiés à l'accompagnement des personnes âgées et donc des budgets des établissements et services à domicile, ainsi qu'une véritable réflexion sur nos modèles d'accompagnement. 



## REACTION DU SYNERPA à la mission parlementaire flash sur les EHPAD par la rapporteure Monique Iborra

**Monique Iborra, Députée de Haute-Garonne et Vice-présidente de la Commission des Affaires Sociales, a présenté une communication dans le cadre de sa mission parlementaire sur la situation des EHPAD. Le SYNERPA s'inquiète d'une potentielle remise en cause de la réforme de la tarification. S'il accueille favorablement certaines propositions, il s'étonne de la faisabilité à court terme d'autres.**

**Le SYNERPA s'inquiète d'une remise en question de la réforme de la tarification des EHPAD**

La Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) a été adoptée par l'Assemblée nationale et le Sénat en décembre 2015 et à l'unanimité. La réforme de la tarification des EHPAD qui en émane a fait l'objet d'une très longue concertation aussi bien sur l'article de loi que sur son décret d'application. Elle est appliquée depuis le 1er

janvier 2017 et elle est déjà mise en oeuvre par la quasi-totalité des Conseils départementaux, à l'exception d'une dizaine d'entre eux.

Pour Florence Arnaiz-Maumé, Déléguée générale du SYNERPA : « Nous soutenons depuis 10 ans une réforme de la tarification qui permettrait une égalité de traitement entre tous les résidents des EHPAD, et ce quel que soit le statut juridique des établissements. De plus, cette réforme apportera davantage de souplesse et d'autonomie dans la




*gestion quotidienne des EHPAD. Il nous semble aujourd'hui délicat de revenir en arrière sur une réforme concertée entre toutes les parties prenantes pendant 2 ans, votée fin 2015 et appliquée depuis plus de 6 mois.»*

### **Le SYNERPA est partagé sur un certain nombre d'orientations**

Le SYNERPA accueille favorablement certaines propositions comme la réflexion sur l'EHPAD de demain et celles sur le caractère public des évaluations externes, mais s'interroge sur la faisabilité, à court terme, d'autres propositions. Ainsi, rendre obligatoire

la présence d'un(e) infirmier(ière) la nuit, en astreinte ou en poste, ou parvenir à des normes minimales de personnels soignants dans les 7 300 EHPAD français sont deux mesures qui ne peuvent se décréter du jour au lendemain.

Florence Arnaiz-Maumé, Déléguée générale du SYNERPA : « Le SYNERPA, en tant que 1ère Confédération du Parcours de la Personne âgée, et les 2400 adhérents qu'il regroupe, contribueront naturellement à la mission d'information parlementaire annoncée par Monique Iborra. Nous appelons toutefois à ce que les propositions

*et futurs travaux prennent en compte les contraintes concrètes des établissements et de notre secteur.»* 



## Un EHPAD connecté : Facilotab à la « Maison du Parc » de Saint-Ouen l'Aumône

*Facilotab, la tablette tactile facile qui s'adapte au quotidien des résidents d'EHPAD.*

Commercialisée dès 2015, la tablette Facilotab permet aujourd'hui à des milliers de seniors de pouvoir se connecter à leurs proches. L'une des grandes réussites de la tablette est d'avoir su intégrer le quotidien des personnes âgées résidentes en EHPAD.

### **Facilotab en animation**

Permettre aux résidents d'EHPAD de pouvoir se connecter au monde sans pour autant troubler leur quotidien, là était tout le défi de l'équipe du CDIP, conceptrice de la tablette simplifiée. Facilotab se distingue de toutes les autres tablettes grâce à son interface simple et adaptée pour les plus âgés. Les fonctions principales de la tablette sont présentées dès l'écran d'accueil et résumées en six gros boutons facilement lisibles. Les utilisateurs pourront aussi utiliser la tablette en mode "très simplifié". Ce mode convient parfaitement aux utilisateurs passifs.

Branchée sur secteur sur son support, la tablette reste en veille permanente et affiche l'heure. Lorsque des messages ou photos sont reçus sur

la tablette, celle-ci s'allume pour signaler les nouvelles arrivées. De plus, lorsqu'une photo est reçue, celle-ci s'enregistre automatiquement dans la galerie d'images sans que l'utilisateur n'ait à faire de manipulation.

C'est de cette façon que la tablette tactile a su convaincre les dirigeants de l'EHPAD de Saint-Ouen-l'Aumône (95). Au-delà de sa simplicité évidente, la tablette Facilotab offre de nombreuses possibilités de divertissements pour les résidents de la « Maison du Parc ». Les animateurs de l'EHPAD peuvent par exemple, proposer des ateliers d'initiation à la tablette (comment envoyer un e-mail, prendre une photo...). Ainsi certains résidents, jusque là hostiles, se sont rendus compte qu'eux aussi pouvaient "se débrouiller" avec une tablette tactile. Il est aussi possible de s'amuser grâce aux jeux inclus.

Virginie Busson, adjointe de direction de l'EHPAD « Maison du Parc », témoigne :

*« La tablette Facilotab est un merveilleux outil pour le maintien des liens... Simple d'utilisation, très intuitive, les personnes âgées se sentent en confiance et oublient rapidement leurs craintes d'être mises en difficulté face à la « nouvelle technologie ». [...] Tous [les résidents] y trouvent vite beaucoup d'intérêt,*

*surtout quand ils reçoivent les photos des petits-enfants... ».* 

Tablette Facilotab, à partir de 265 euros, sans abonnement.





## Il faut une nécessaire conciliation entre les impératifs des soins et les conditions de travail

### Agnès Buzyn

Malgré les résultats alarmants de la mission Flash sur les Ehpad, Mme Buzyn, ministre de la Solidarité et de la Santé, porte un regard optimiste sur un modèle français « cité en exemple à l'étranger ». Pour autant, elle a lancé plusieurs travaux qui questionnent les prises en charge actuelles. Le point avec elle.

Le 19 octobre dernier, l'association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) et les syndicats ont adressé une lettre à Emmanuel Macron pour l'alerter sur la « détérioration des conditions de prises en charge » en Ehpad. D'après vous, quel est « l'état de santé » des Ehpad en France ?

► **Agnès Buzyn** : La France a accompli de formidables progrès pour améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes âgées fragiles ou privées d'autonomie. Que ce soit à domicile ou en établissement, notre pays est souvent cité en exemple à l'étranger. Notre effort collectif de solidarité en faveur des personnes très âgées a permis de financer des interventions de professionnels formés et l'émergence d'un modèle qui s'exporte à l'étranger, celui des Ehpad. Cela ne signifie pas que les problèmes n'existent pas. Mais il ne faut pas, à partir de quelques situations que je déplore vivement, généraliser à l'ensemble des 7400 Ehpad qui accueillent 728000 personnes âgées.

Que répondez-vous aux soignants qui pointent le manque d'effectifs et le manque de valorisation financière ?

► **Agnès Buzyn** : En tant que co-financeur, l'État poursuit un effort important pour renforcer les équipes soignantes des Ehpad. Au total, près de deux milliards d'euros ont déjà été consacrés à la médicalisation des Ehpad entre 2008 et 2016 et 100 millions d'euros seront consacrés à renforcer l'encadrement des soins en 2018 (n.b : projet de budget de la Sécurité sociale). Cela se traduit très concrètement sur le terrain par des ETP supplémentaires. Cet effort se poursuit avec la mise en œuvre de la réforme de la tarification des Ehpad. Depuis le 1er janvier 2017 et jusqu'en 2023, elle s'accompagnera d'un renforcement de 434,8M€ des moyens alloués au titre des prestations soins par l'Assurance Maladie. Le taux d'encadrement moyen dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées a progressé de 11% entre 2011 et 2015.

Vous renforcez ainsi la « médicalisation des EHPAD ». Est-ce la voie à poursuivre ?

► **A.B.** : A plus long terme, la réponse est peut-être dans la définition d'autres modèles que celui des maisons de retraites médicalisées. Sur cette question, je vais saisir à la fois le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age et le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Ils auront à déterminer les besoins de prise en charge médico-sociale et sanitaire des personnes âgées à horizon de l'année 2030. L'approche sera la fois qualitative et quantitative, avec le chiffrage du nombre de places. Ces travaux s'appuieront sur les projections démographiques disponibles, sur l'état des connaissances épidémiologiques ainsi que sur les scénarios d'évolution des prises en charge. Cette

réflexion s'inscrit notamment dans le cadre des observations de la mission Flash sur les Ehpad.

Les grands spécialistes en gérontologie soulèvent tous la même problématique : les résidents doivent s'adapter à l'organisation du travail et non l'inverse (par exemple : l'heure du coucher et des toilettes). Leur rythme chrono biologique n'est pas respecté, ce qui entraîne une aggravation des symptômes et un plus grand recours aux médicaments. Comment inverser le système ?

► **A.B.** : Il faut une nécessaire conciliation entre les impératifs des soins et les conditions de travail. Cela concerne l'organisation des services avec une présence du personnel adaptée aux besoins des résidents, ce qui peut entraîner des horaires coupés. Cela renvoie également à la formation des professionnels et à la mise en œuvre des recommandations de la Haute Autorité de santé ou de l'Agence nationale pour l'évaluation des établissements médico-sociaux (ANESM).

Je note que des solutions sont trouvées dans de nombreux Ehpad, avec des pratiques souvent intéressantes ! Je souhaite mieux les valoriser pour qu'elles puissent essaimer.

Vous avez annoncé un plan de prévention de la maltraitance dans les Ehpad (mené par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge) pour le second semestre 2018. Quelles sont les premières pistes ?

► **A.B.** : Le plan est en phase préparatoire. Il réunit les représentants des principaux acteurs concernés et doit aboutir à des mesures opérationnelles. Le ministère s'appuiera sur les évaluations internes et externes menées par les ARS.

Le plan concerne principalement mon ministère mais doit aussi aboutir à une réflexion interministérielle. Les mesures ne porteront pas uniquement sur les Ehpad mais aussi sur la problématique complexe de la maltraitance à domicile. Elle est particulièrement difficile à identifier et à prévenir. C'est le cas de la maltraitance financière. Il faut savoir que les malversations dont sont victimes les personnes âgées progressent de manière alarmante.

### Face aux profils complexes des résidents en Ehpad (patients lourds avec de nombreuses pathologies), quelles sont les alternatives à l'hospitalisation ?

▶ **A.B.** : Il faut recentrer la problématique : dans certaines situations, l'hospitalisation du résident en Ehpad est justifiée. Pour éviter celles qui ne le sont pas, il faut renforcer les liens entre les établissements de santé et les Ehpad. Mes services travaillent actuellement sur des outils pour aider les acteurs de terrain à structurer leurs coopérations. Ils permettront d'anticiper les entrées et les sorties d'hospitalisation programmées, de développer les téléconsultations et la télé-expertise, de mettre en place un circuit rapide en cas d'urgence. L'objectif n'est pas d'avoir une réponse élaborée à Paris, mais bien de développer une offre de service de l'hôpital, adaptée aux besoins des Ehpad et de son territoire.

**Un malade d'Alzheimer se verra rembourser sa journée en hôpital de jour ainsi que son transport. Ce ne sera plus le cas quand il sera pris en charge en accueil de jour... On assiste à un paradoxe : alors que son état s'aggrave, le patient n'est plus soutenu financièrement. Ainsi, malgré la réforme de 2009, le secteur médico-social continue à être le parent pauvre du sanitaire...**

▶ **A.B.** : Les moyens alloués au secteur médico-social sont régulièrement renforcés, que ce soit dans le cadre du Plan Maladies Neuro Dégénératives 2015-2019 ou plus largement lors des différentes campagnes budgétaires. Je vous rappelle que la loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillessement) a prévu, dans le cadre de la réforme de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), à la fois une augmentation des plafonds d'aide et une amélioration de la solvabilisation de l'aide à domicile pour les plus démunis. Par ailleurs, d'autres aides sont possibles pour réduire le coût restant à charge de la personne comme celles financées par la caisse de retraite, la mutuelle, l'assurance...

### Malgré ces aides, le reste à charge pour les « familles moyennes » est conséquent. La question du financement du 5ème risque sera-t-elle une priorité de votre quinquennat ?

▶ **A.B.** : C'est une préoccupation forte sur un sujet éminemment complexe. Il s'agit du premier sujet que le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age a inscrit à son programme de travail pour l'année 2017. Ses conclusions vont m'être rendues prochainement, elles serviront de base à une nécessaire réflexion collective. Cela questionne la place de la solidarité nationale, de la prévoyance et des priorités de financement collectif.

### Les personnes entrent en Ehpad dans un âge déjà très avancé et dans des états de très grande dépendance. Malgré les projets de vie, ils viennent « finir leur vie ». Faut-il envisager des structures intermédiaires ?

▶ **A.B.** : Une offre d'habitat intermédiaire se développe déjà aujourd'hui : les résidences autonomie dans le secteur médico-social, ou encore les résidences services dans le secteur privé. Les expérimentations d'habitats alternatifs à la prise en

charge en établissement se multiplient.

A mon sens, cette offre d'habitat intermédiaire est essentielle pour une bonne prise en compte du vœu de la majorité des français de vieillir à son domicile.

### Sur le terrain, on constate les limites de l'exercice des équipes mobiles de soins palliatifs : leurs interventions ne s'inscrivent pas en continu auprès du mourant qui a besoin d'une présence rapprochée, attentionnée et permanente jour et nuit. Faut-il repenser la fin de vie en Ehpad ?

▶ **A.B.** : Nous avons levé, cette année, les restrictions de l'intervention de l'HAD en Ehpad, notamment pour répondre à cette problématique de continuité. La présence attentionnée et permanente jour et nuit est assurée par le personnel de l'EHPAD qui, grâce aux liens qu'il a tissés avec le résident, garantit cette présence rassurante. Nous allons par ailleurs renforcer les astreintes de nuits des infirmières en débloquant 10 millions d'euros en 2018.

### Nombre de directeurs d'Ehpad s'inquiètent du « nombre de places insuffisant pour répondre à la demande nationale ». De nouvelles habilitations d'ouverture sont-elles prévues ?

▶ **A.B.** : Il reste encore, dans le cadre du Plan solidarité grand âge, des places à installer. Le projet de budget de la sécurité sociale prévoit ainsi 4525 places supplémentaires d'hébergement permanent en Ehpad. 478 places doivent être créées pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.



*Propos recueillis par Laura Kolski*



# EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

**6**  
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

Retrouvez-nous sur :



▶ [www.ehpad-magazine.fr](http://www.ehpad-magazine.fr)



## COUPON D'ABONNEMENT 2017

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 (6 numéros) France métropolitaine  
+ 6 newsletters

**130€ TTC**

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

1 an (6 numéros) France métropolitaine  
+ 6 newsletters

+ Accès au site et archives réservées aux abonnés

**Web, Application smartphone** ..... **60€ TTC**

**1 AN D'ABONNEMENT**

+ 6 newsletters

+ l'accès au site et aux archives réservées aux abonnés

**Étudiant et École** ..... **108€ TTC**

1 an (6 numéros) France métropolitaine  
Papier, Web, Application smartphone  
+ 6 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 :**



# ALZHEIMER:

## Gérer la maladie en EHPAD

La maladie d'Alzheimer est en croissance constante depuis son premier diagnostic en 1906. Toutefois, il est parfois difficile de faire la différence entre une perte de mémoire simple liée au vieillissement et le début des symptômes annonçant la maladie. Seul un diagnostic approfondi permettra de confirmer ou d'infirmier son apparition.

La maladie d'Alzheimer est en croissance constante depuis son premier diagnostic en 1906. Elle touche essentiellement les sujets âgés, plus de 15% des plus de 80 ans, mais concerne aussi les seniors dès 65 ans (environ 3%).

Toutefois, il est parfois difficile de faire la différence entre une perte de mémoire simple liée au vieillissement et le début des symptômes annonçant la maladie. Seul un diagnostic approfondi permettra de confirmer ou d'infirmer son apparition.

## Qu'est-ce que la maladie d'ALZHEIMER ?

La maladie d'Alzheimer est une affection du cerveau dite « neuro-dégénérative », c'est-à-dire qu'elle entraîne une disparition progressive des neurones.

Ces neurones, qui servent à programmer un certain nombre d'actions, en disparaissant entraînent une altération des facultés cognitives : mémoire, langage, raisonnement, etc. L'extension des lésions cérébrales cause d'autres troubles qui réduisent progressivement l'autonomie de la personne.

La maladie d'Alzheimer apparaît plus souvent chez les personnes âgées, mais elle n'est pas une conséquence normale du vieillissement.

On associe souvent la maladie d'Alzheimer à la perte de mémoire car ce sont effectivement les neurones localisés dans la région de l'hippocampe, siège de la mémoire, qui sont les premiers atteints.

Malheureusement, petit à petit d'autres zones du cerveau sont touchées et mènent à la disparition progressive des capacités d'orientation dans le temps et dans l'espace, de reconnaissance des objets et des personnes, d'utilisation du langage, de raisonnement, de réflexion...



### EN CHIFFRES

#### Dans le monde \* :

- La maladie d'Alzheimer est la 1<sup>re</sup> cause de démence : 60 à 70 % des cas
- Nombre de nouveaux cas de démences en 2015 : 9,9 millions, soit 1 nouveau cas toutes les 3 secondes
- Répartition des nouveaux cas en 2015 :
  - > 49 % en Asie
  - > 25 % en Europe (en baisse par rapport aux chiffres de 2012)
  - > 18 % en Amérique
  - > 8 % en Afrique
- Le nombre de cas de démence va presque doubler tous les 20 ans :  
Prévisions 2030 : 74,7 millions - prévisions 2050 : 131,5 millions

#### En France\*\*:

- 900 000 malades
- 1,3 M estimés en 2020, soit 1 français sur 4 de plus de 65 ans : chaque famille comptera alors un proche atteint par cette maladie
- 225 000 personnes diagnostiquées par an, soit 1 nouveau cas toutes les 3 minutes
- 4<sup>e</sup> cause de mortalité. 📍

\*Selon le rapport 2015 de l'ADI1 (Alzheimer's Disease International)

\*\* Source : Fondation Recherche Médicale

### Typologie des cas en France\*\*

- Moins de 1 % des personnes avant 65 ans (forme héréditaire)
- 2 à 4 % de la population des personnes au-delà de 65 ans
- 15 % de la population au-delà de 80 ans
- 40 % des malades sont des hommes, 60 % des femmes. La cause en est inconnue, elle pourrait être liée à la différence d'espérance de vie entre les sexes

## Quels en sont les symptômes ?

Si la maladie d'Alzheimer a des conséquences sur les fonctions cognitives de la personne malade, elle engendre également des troubles affectifs et comportementaux. Cette maladie ne se résume pas seulement aux troubles de la mémoire, même si ceux-ci sont les premiers à apparaître. L'évolution des lésions cérébrales vient progressivement empêcher d'autres capacités de fonctionner.

### ► Les troubles de la mémoire

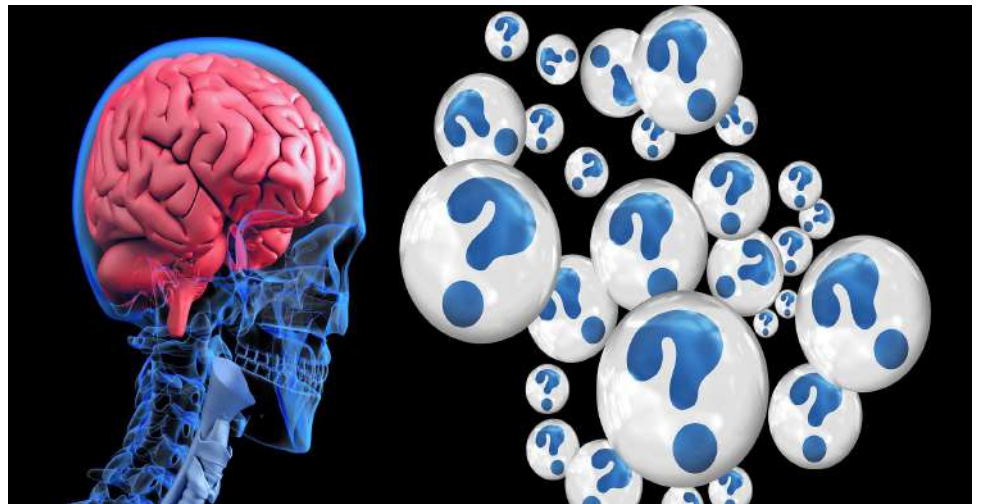
Le premier trouble qui apparaît dans la maladie d'Alzheimer concerne principalement la mémoire épisodique (oublier des événements récents, des rendez-vous, ne plus savoir se repérer dans une ville pourtant familière, etc.) mais celle-ci affecte également les autres mémoires de la personne telles que la mémoire du travail qui permet de retenir les informations dans l'immédiat pour les garder à disposition afin de résoudre rapidement les problèmes, d'organiser notre discours, de prendre des décisions. De même pour la mémoire à long terme qui a pour finalité essentielle de garder l'information longtemps. C'est l'atteinte de cette mémoire qui fait que la personne malade ne sait pas où elle se trouve, ni comment elle est venue, qu'elle perd ses repères jusqu'à ne plus se retrouver dans sa maison. Enfin, la mémoire sémantique qui correspond à la mémoire des concepts, des connaissances que nous avons sur le monde ainsi que la mémoire procédurale qui s'exprime dans l'activité motrice d'une personne.

### ► Les troubles du langage

Après les troubles de la mémoire, ce sont les troubles du langage qui sont les plus fréquents. Ils correspondent à une perte partielle ou totale de la capacité à communiquer, et touchent donc les capacités à comprendre le langage et/ou parler.

L'incapacité à parler se développe par étapes successives, d'abord le vocabulaire se réduit puis la personne n'utilise plus qu'un seul mot ou un son, qu'elle décline sur plusieurs tons. A terme la personne ne parlera plus.

La compréhension est préservée plus longtemps que l'expression mais les capacités de compréhension du langage se réduisent progressivement.



### ► Les troubles des gestes

La personne malade est va petite à petit perdre la capacité d'exécuter des gestes qu'elle a acquis tout au long de sa vie. Cela touchera des actions compliquées comme l'écriture, pour à terme se produire même pour des gestes simples, comme mâcher ou avaler des aliments. C'est ce trouble qui va être à l'origine d'une grande perte de l'autonomie et qui obligera à avoir recours à une aide pour se laver, s'habiller, faire la cuisine, etc...

### ► Les troubles de la reconnaissance ou agnosie

Elle correspond à l'incapacité d'identifier les messages de l'environnement au travers d'une modalité perceptive donnée (vue, audition, toucher, etc.). Elle est le plus souvent visuel mais peut-être aussi tactile, olfactive ou auditive.


Au quotidien, l'agnosie est à l'origine de nombreux troubles du comportement, car la personne, ne reconnaissant pas les objets et/ou les visages, va avoir des attitudes inadaptées.

### ► Les troubles des fonctions exécutives

La maladie d'Alzheimer a des répercussions sur l'attention, sur la planification et le raisonnement de la personne. La personne malade a donc tendance à abandonner les tâches les plus complexes comme la gestion du budget, l'organisation de voyages, la réception d'amis à dîner... Elle a également de plus en plus de difficultés à se concentrer et est plus sensible aux interférences (bruits de la rue, discussion, ...). Enfin, elle est de moins en moins capable de réaliser deux tâches simultanément.

Parallèlement aux troubles cognitifs, la maladie d'Alzheimer entraîne des troubles comportementaux. La maladie agit sur l'humeur et le comportement de la personne avec plus ou moins d'intensité.

Cela peut entraîner :

- des troubles affectifs et émotionnels comme la dépression, l'anxiété, l'apathie ou l'exaltation de l'humeur ;
- des troubles du comportement comme l'agitation, l'agressivité ou l'instabilité psychomotrice. 

# Comment établir un diagnostic fiable?

**Actuellement, il n'existe aucun traitement curatif, toutefois, il est essentiel de pouvoir poser rapidement un diagnostic afin de mettre en place un plan d'aide adapté (aides médicales, médico-sociales, financières, etc.) et un accompagnement efficace.**

Après une première évaluation globale du médecin traitant, celui-ci décidera d'orienter la personne vers une consultation spécialisée (consultation mémoire ou centre de consultation mémoire et de recherche) ou vers un spécialiste libéral (neurologue ou psychiatre).

Le diagnostic est pluridisciplinaire. Il doit comprendre une évaluation neuropsychologique, un examen d'imagerie cérébrale, un examen neurologique, un bilan médical global, et un examen psychiatrique si nécessaire.

Pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, le diagnostic est long à établir, en particulier à cause du caractère progressif des symptômes. La frontière entre ce qui est bénin et ce qui est pathologique n'est pas toujours claire au stade précoce de la maladie.

Le délai moyen entre l'apparition des premiers troubles et l'annonce du diagnostic est de 24 mois en France.

## ▶ L'évaluation neuropsychologique

Il s'agit d'une série de tests sous forme de questions ou de tâches simples à accomplir. On évalue ainsi les troubles cognitifs du patient : mémorisation, langage, compréhension, raisonnement, planification, etc. C'est la méthode qui permet de détecter

les symptômes le plus tôt.

Plus tôt est réalisé l'examen, plus il doit être précis pour mettre en évidence des troubles qui pourraient passer inaperçus.

A un stade très évolué de la maladie, il est impossible de faire passer des tests, la personne malade n'étant plus capable de répondre aux consignes même simplifiées.

## ▶ L'imagerie cérébrale

L'IRM et le scanner permettent d'observer l'aspect et le volume des structures cérébrales, mais pas encore les lésions cérébrales, microscopiques que l'on ne pourra observer qu'en faisant une biopsie l'autopsie post mortem.

Ces techniques permettaient jusqu'ici de mettre en évidence des atrophies de certaines zones du cerveau (frontale en particulier), mais aussi de s'assurer qu'il n'existait pas d'autres pathologies (accident vasculaire cérébral, tumeurs).

## ▶ L'examen neurologique

Il a pour objectif de déceler chez la personne d'éventuels troubles neurologiques : troubles oculomoteurs, troubles de la marche, troubles de l'équilibre, syndrome parkinsonien, etc. En début de maladie, l'examen neurologique est souvent


## Quels sont les premiers signes d'alerte ?

Même s'ils ne sont pas forcément liés à la maladie d'Alzheimer, certains signes doivent alerter, et tout particulièrement les 10 signes suivants :

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 1 - Pertes de mémoire                               | 6 - Perte d'objets               |
| 2 - Difficultés à accomplir les tâches quotidiennes | 7 - Altération du jugement       |
| 3 - Problèmes de langage                            | 8 - Modification du comportement |
| 4 - Désorientation dans le temps et dans l'espace   | 9 - Pertes de motivation         |
| 5 - Difficultés dans les raisonnements abstraits    | 10 - Changement de personnalité  |

normal car ces troubles n'apparaissent pas encore et ne permettent pas de détecter la maladie. Seul, il est donc insuffisant pour définir qu'il n'y a pas de maladie neuro-dégénérative.

**Le bilan médical global est indispensable pour s'assurer qu'il n'existe pas de maladie organique, d'infection (urinaire, pulmonaire), de dénutrition, de maladie cardiaque, de déficits sensoriels (vue, audition). Toutes les perturbations de l'état de santé, non liées directement à la maladie d'Alzheimer, peuvent favoriser la confusion mentale, la désorientation.**

Les examens de laboratoire (analyses de sang et d'urine) permettent de dépister des pathologies pouvant entraîner des troubles cognitifs : carences en vitamines, en hormones, déshydratation, infection, intoxication... Ces troubles sont réversibles si l'on met rapidement en place un traitement adapté. 



# Accompagner les personnes atteinte de la maladie d'Alzheimer

**Accompagner les personnes au quotidien nécessite de construire un environnement et une relation optimisée avec la personne. Ceci passe par une organisation et une structuration des journées, une attention pour solliciter et stimuler la personne à bon escient et des interactions sociales.**

**Cette démarche implique une attention quotidienne aux risques et à l'apparition de troubles psychologiques et Comportementaux, qu'ils soient de type repli sur soi, apathie ou dépression, ou qu'il s'agisse de troubles tels que agitation, déambulation, cris, etc...**

Les besoins d'adaptation de l'accompagnement sont appréciés collectivement. Des outils sont mis à disposition des équipes (tels que le MMSE, NPI-ES, inventaire apathie, phages d'observation, échelle d'agitation de Cohen Mansfield, échelle de confusion...). Ils permettent de questionner systématiquement différents aspects: Les facteurs environnementaux, médicaux et sensoriels ainsi que les rythmes, la faim/la soif, l'activité physique, les émotions et la dimension psychologique.

Il est recommandé de mettre en place une organisation et un fonctionnement souples ou le rythme collectif ne contraint pas les rythmes individuels. Au préalable, il convient de repérer les rythmes individuels de vie, et de s'interroger sur les horaires habituels du lever et du coucher, de la toilette, des repas..

**La toilette est un moment privilégiée pour la relation d'aide et un temps thérapeutique. Mais C'est aussi un moment sensible pour le déclenchement de troubles psychologiques et comportementaux.**

Plusieurs recommandations de l'ANESM peuvent être soulignées :

Dans un premier temps, il faut aborder la toilette comme un soin et un temps privilégié pour la relation (se présenter, veiller à la température de la pièce, de l'eau, ne pas commencer la toilette par le

visage, procéder avec douceur, etc.).

Il faut préserver au maximum l'autonomie fonctionnelle de la personne, ce qui implique de prendre le temps et de ne pas faire «à sa place». Accompagner son geste tant que cela reste possible permet aussi de mieux respecter son intimité. Nommer les objets, verbaliser les gestes facilite la relation. De plus, prendre le temps concourt à la prévention des troubles psychologiques et comportementaux. Une préparation de toutes les étapes matérielles de cet accompagnement avant la mise en œuvre est fortement recommandée. Cela passe par la mise en place d'une routine avec la personne. Laisser le choix à la personne, notamment sur ses vêtements, ses modalités de toilette (lavabo, douche, toilette avec friction, etc.) ainsi que sur le moment de la toilette, permet de l'impliquer et de favoriser son adhésion dans ce moment d'intimité.

Par ailleurs, il faut rester vigilant à la douleur provoquée par les soins, la toilette, la mobilisation, etc... en évaluant et en adoptant des mesures de prévention. Former les professionnels concernés sur les questions du toucher, du confort, de la relation, de l'intimité, de la communication liées à la toilette leur permet de adapter leur comportement de façon personnalisée et ainsi de diminuer l'agressivité et l'inconfort.

Enfin, il ne faut pas recourir systématiquement à des protections mais plutôt de proposer régulièrement un passage aux toilettes et en laissant celles-ci accessibles et identifiables. Il est préférable d'aborder le sujet avec la personne ou ses proches afin de déterminer ensemble un protocole adapté.

## Outils d'évaluation

**En cas de troubles persistant depuis plusieurs jours, il est recommandé de les objectiver à l'aide d'un outil tel que l'inventaire neuropsychiatrique (NPI ou INP).**

Le NPI est un inventaire de 12 symptômes parmi les plus fréquents au cours de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, qui évalue leur fréquence et leur sévérité, ainsi que le retentissement sur l'aidant ou le professionnel. Il existe aussi une version courte de passation plus rapide : le NPI-Réduit, et une version destinée aux équipes soignantes en établissement : le NPI-ES.

Malgré un temps de passation assez long et la nécessité de former les aidants à cet inventaire, l'usage du NPI est recommandé. Il n'y a pas de consensus sur l'utilisation systématique de cet outil, notamment en ville.

Selon le lieu de vie, les versions suivantes du NPI peuvent être utilisées :

- **A domicile** : NPI ou NPI-Réduit, renseigné par l'aidant ou un professionnel ;
- **En établissement** : NPI-ES, renseigné par les soignants.

**En cas d'agitation, l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield (CMAI, Cohen-Mansfield Agitation Inventory) qui évalue plus particulièrement des comportements tels que l'agressivité physique, les déambulations et les cris, peut être utilisée en complément du NPI.**

L'évaluation doit rechercher les liens entre les différents symptômes. Des symptômes évidents peuvent en cacher d'autres, et des symptômes perturbateurs peuvent être aussi reliés à des symptômes de retrait moins apparents (par exemple, une attitude d'opposition ou des cris peuvent être sous-tendus par des idées délirantes ou des hallucinations).

## La prévention de la perte de poids et de la dénutrition est un élément majeur de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

En effet, la dénutrition représente une des complications les plus fréquentes de ce type de maladies. Elle précipite l'évolution et aggrave la dépendance.

Favoriser le désir et le plaisir de manger ainsi que l'assurance des qualités nutritionnelles des repas est un impératif pour s'assurer une prise alimentaire optimale. L'adaptation des menus, des textures, la présentation des aliments...etc, contribuent à mettre la personne dans les meilleures conditions d'absorption. Afin de favoriser le désir et le plaisir de manger, il faut tenir compte des goûts et des habitudes alimentaires des personnes et les faire participer à l'organisation, lorsqu'elles le souhaitent. Le caractère conviviale stimule le repas : le choix du voisin de table, la décoration, l'ambiance...

Enfin, il faut un accompagnement personnalisé de la personne, lui parler, la regarder, adapter ses aliments. En cas de troubles particuliers (de préhension, de déglutition, mais aussi opposition, dépression, apathie...) limitant les prises alimentaires, et en cas de

perte de poids, des mesures spécifiques personnalisées sont envisagées et formalisées, en lien avec le médecin coordinateur.

La mesure régulière du poids, le suivi des aliments et boissons absorbés ainsi que l'intervention de spécialistes du type diététicien (et/ou nutritionniste), ergothérapeute et orthophoniste sont fortement recommandés.

## La mobilité physique doit être préservée et entretenue le plus longtemps possible.

Entretien de la mobilité, en plus de ralentir l'évolution vers la dépendance, participe à la prévention des chutes, des troubles du transit, de l'appétit et du sommeil. L'activité physique doit bien évidemment être adaptée au profil de la personne compte tenu de sa capacité à se déplacer, de sa perte d'envie de bouger ou d'une inadaptation de l'environnement.

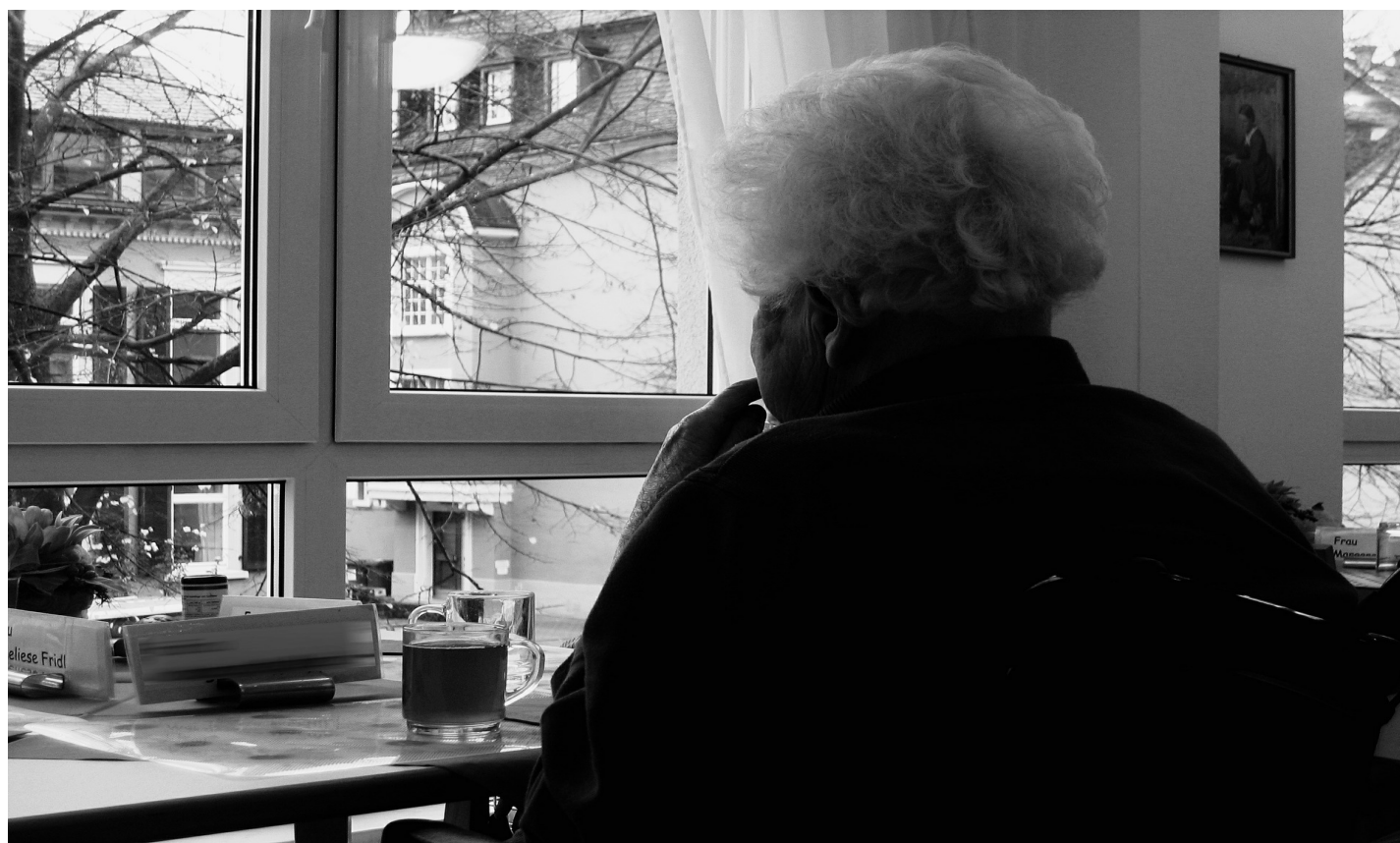
Toutefois, une perte subite d'envie de bouger ne doit pas être prise à la légère et doit conduire à une consultation médicale afin de rechercher d'éventuelles douleurs, un état confusionnel, une apathie, un état dépressif...etc.

Les activités physiques peuvent prendre différentes formes en fonction des envies, des habitudes et des capacités des personnes : jardinage, promenade, sortie en extérieur, gymnastique, danse, Tai-chi... Certaines nécessiteront l'animation par un professionnel compétent.

Il est recommandé de fournir les aides nécessaires aux personnes pour faciliter leurs déplacements sous toute autre activité physique. Un nombre de professionnels formés aux techniques d'aide à la marche sera alors nécessaire.

## La nuit

En établissement, il est recommandé de prendre en compte le rythme de sommeil, de prévoir une veille pour assurer la sécurité des personnes et surveiller les circulations ainsi que rassurer en cas de réveil nocturne. 🌀



# Pourquoi et comment former?

**France Alzheimer a élaboré une approche spécialisée des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Elle s'applique à considérer la personne malade dans son intégrité et à s'intéresser tout autant à la vie cognitive du sujet qu'à sa vie affective et psychique.**

Cette approche singulière ouvre la représentation uniquement déficitaire que l'on peut avoir de la personne malade, offre des outils concrets pour son accompagnement quotidien et intègre l'aidant familial comme un véritable partenaire de la prise en soin.

**Cette conception du soin repose sur deux aspects essentiels :**

- Toute conduite a un sens et accompagner un malade Alzheimer c'est développer une expertise qui permet à l'accompagnant (familial ou professionnel) de décrypter, décoder et comprendre les difficultés auxquelles les personnes malades se confrontent. La conception du soin relationnel cible les compétences cognitives, affectives et sociales de la personne et contourne les déficits acquis pour offrir un accompagnement adapté et ciblé.
- La personne est partie intégrante de son environnement familial, social et amical. Les relations investies tout au long de la vie, structurent et étayent le sentiment d'identité et d'utilité du sujet. L'enjeu majeur de l'accompagnement des malades Alzheimer est ainsi de maintenir le lien avec cet environnement soutenant. La relation avec les familles peut perdurer même si elle se transforme au fur et à mesure de la maladie.

La formation pour un « soin spécialisé des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer » est indispensable.

Face à la complexité de cette maladie si difficile à cerner et qui s'exprime d'une manière toute particulière chez chaque personne, il faut absolument des outils théoriques et pratiques qui aident les accompagnants à donner du sens aux attitudes et comportements de la personne malade afin de créer un environnement sécurisant et valorisant.

**Appréhender la personne malade dans sa globalité sans la séparer de son environnement**

**familial et social est un combat mené par France Alzheimer depuis 25 ans. Former le plus grand nombre d'aidants (professionnels et familiaux) à l'approche relationnelle soutient une philosophie d'un soin solidaire, non stigmatisant et respectueux de l'individu.**

**▶ Etre professionnel en gériatrie, une posture individuelle délicate**

Quand on est professionnel en gériatrie et que l'on est amené à accompagner quotidiennement et jusqu'à la fin de vie des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer, on est bien au cœur d'un certain paradoxe.

Comment être capable d'aider les autres sans devoir prendre peu à peu chaque jour un peu plus sur soi, ou plus exactement contre soi ?

Comment soutenir son engagement dans une relation d'aide qui ne peut empêcher la personne de décliner et d'évoluer dans la maladie ?

L'attitude de base sur laquelle chaque professionnel doit compter dans la relation aidant/aidé, est celle du respect de l'autre, du respect du soigné et de ce qu'il vit. Or pour accepter celui qui souffre tel qu'il est, il ne faut pas que sa souffrance crée de l'angoisse et de la crainte, il ne faut pas en avoir peur, il ne faut pas s'en méfier. Et pourtant, faire face à la maladie d'Alzheimer, notamment à un stade avancé est une expérience déstabilisante pour qui n'y est pas préparé. Le professionnel risque alors de mettre en place des mécanismes de défense qui vont le faire fuir, banaliser et éviter la rencontre en chosifiant la personne malade et en la mettant le plus possible à distance. Le professionnel n'est jamais à l'abri de traiter mal la personne dont il a le soin, en retour du sentiment qu'il a d'être mal traité par elle.

C'est la raison pour laquelle, la formation, le travail en équipe et la régulation des pratiques sont des essentiels à la qualité de l'accompagnement.

**▶ Pourquoi former les professionnels ?**

**Une insuffisance des formations initiales**

Les professionnels qu'ils soient issus du domaine médical, paramédical, ou de la rééducation n'ont reçu au cours de leur formation initiale que très peu d'enseignement sur la façon d'exercer leur fonction professionnelle auprès d'un public de personnes âgées (ou moins âgées) atteintes d'une affection neurologique.

La bonne volonté, la motivation, la gentillesse ne suffisent donc pas pour devenir un professionnel capable de proposer un soin adapté et spécialisé. Ceci est d'autant plus vrai que les personnes malades, avec l'évolution des symptômes, ne sont plus en mesure d'exprimer, de façon explicite, leurs besoins.

Dans le secteur médico-social, malgré un réel effort de professionnalisation, le nombre de diplômés reste faible. Dans ce contexte, la formation continue sur la maladie est d'autant plus capitale.

Par exemple, dans la branche de l'aide à domicile, 40% des salariés sont qualifiés et 20% des aides à domicile ont le DEAVS (source : 2009 ; Uniforisation).

La mesure régulière du poids, le suivi des aliments et boissons absorbés ainsi que l'intervention de spécialistes du type diététicien (et/ou nutritionniste), ergothérapeute et orthophoniste sont fortement recommandés.

**Le développement de compétences spécifiques**

Il ne s'agit pas de rééduquer, ou de guérir, ni de savoir seulement gérer des troubles du comportement mais d'accompagner une personne dans l'évolution de sa maladie. C'est le professionnel qui devra être capable d'identifier ses différents besoins et devra s'appuyer bien plus sur « les compétences émotionnelles et affectives » de la personne malade que sur ses compétences intellectuelles.

## DOSSIER ▶ ALZHEIMER

Il est nécessaire de développer une bonne capacité d'observation et d'analyse et d'avoir une grande facilité d'adaptation et d'imagination.

Ces compétences nécessaires à une relation d'aide de qualité seront développées au cours de la formation. Compétences d'autant plus indispensables au regard du développement d'établissements et services de plus en plus spécialisés comme les PASA, UHR, ESA etc. ...

### ▶ Former ensemble les professionnels d'une même équipe

Il doit exister une implication simultanée d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels dont les actions sont interdépendantes.

Il ne doit pas y avoir une dichotomie entre les professionnels assurant les soins d'hygiène et de nursing et les professionnels rééducateurs ou animateurs s'intéressant aux aspects sensoriels et relationnels.

Chacun est impliqué de la même manière et au même niveau auprès d'une personne en perte d'autonomie fonctionnelle et psychique. Il faudra veiller à l'harmonie de ces différents soins et de leur congruence.

La capacité de l'ensemble des professionnels à fonctionner et à travailler en équipe contribue à la qualité de la prise en soin. Cela permet de créer un climat sécurisant et « contenant » nécessaire au bien être des personnes malades.

Dans le cadre des formations en intra, la formation va avoir une action tout autant auprès de l'individu que sur le groupe auquel il appartient.

### ▶ L'impact attendu de la formation sur les pratiques quotidiennes

#### Améliorer la relation d'aide et de soin

L'objectif est d'apprendre à responsabiliser les professionnels et leur permettre d'évaluer leur propre pratique. « Un soignant qui va bien, c'est un soigné qui va mieux ». La notion de soin est ici à élargir au champ du "Care", c'est à dire au prendre soin.

Formation rime avec responsabilisation du professionnel et suggère un questionnement au quotidien sous tendu par une réflexion éthique partagée. Aucune décision prise par les professionnels dans le cadre des soins aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ne

doit se faire sans un consensus sur le bénéfice attendu pour la personne malade.

Il est recommandé de fournir les aides nécessaires aux personnes pour faciliter leurs déplacements ou toute autre activité physique. Un nombre de professionnels formés aux techniques d'aide à la marche sera alors nécessaire.

#### - Décrypter la signification des manifestations comportementales et agir en conséquence

Réduire la personne malade à l'expression de ses troubles du comportement ne correspond pas à une approche du soin qui tient compte du sujet dans sa globalité et dans son interaction permanente avec son environnement. Les troubles du comportement sont malheureusement considérés, à tort, de manière négative.

Ils sont le plus souvent appréhendés exclusivement en termes de déficit alors qu'il s'agit bien souvent de tentatives d'adaptation à un environnement jugé incompréhensible, voire hostile. Le comportement le plus aberrant en apparence peut être porteur de sens. Le problème réside donc dans la difficulté des équipes soignantes à le décoder. Il est plus intéressant de chercher à comprendre le comportement qualifié de « troublé » plutôt que de chercher à le gérer.

#### - Apprendre à mieux communiquer

En dehors de tout problème de langage, le discours est perturbé à cause de l'amnésie antérograde et rétrograde en mémoire épisodique.

La personne se rend compte que ses repères s'effilochent peu à peu mais elle n'a plus les moyens nécessaires pour les maintenir. Cela va créer une angoisse très grande, le malade pose alors des questions de manière répétitive sur l'espace et le temps mais ne pouvant consolider les réponses, va les reposer 2 minutes après. Il nous demande, à nous qui l'entourons, de maintenir ses repères.

Plus tardivement dans la maladie, on observe un télescopage entre souvenirs anciens et événements récents. Le malade est désorienté dans l'échelle du temps et re-convoque au présent des figures et des scènes du passé (par exemple, le malade réclame sa mère, veut aller travailler ou chercher ses enfants à l'école). Il ne pose plus de questions mais affirme une

réalité qui n'a plus de lien avec la réalité objective.

L'attitude dans ces moments-là n'est ni de vouloir à tout prix réorienter la personne malade dans le présent, ni d'entretenir avec lui des éléments de mensonges, mais plutôt de s'intéresser au thème évoqué et de repérer la demande implicite qui correspond souvent à un besoin précis et essentiel pour elle.

#### - Développer une communication non verbale

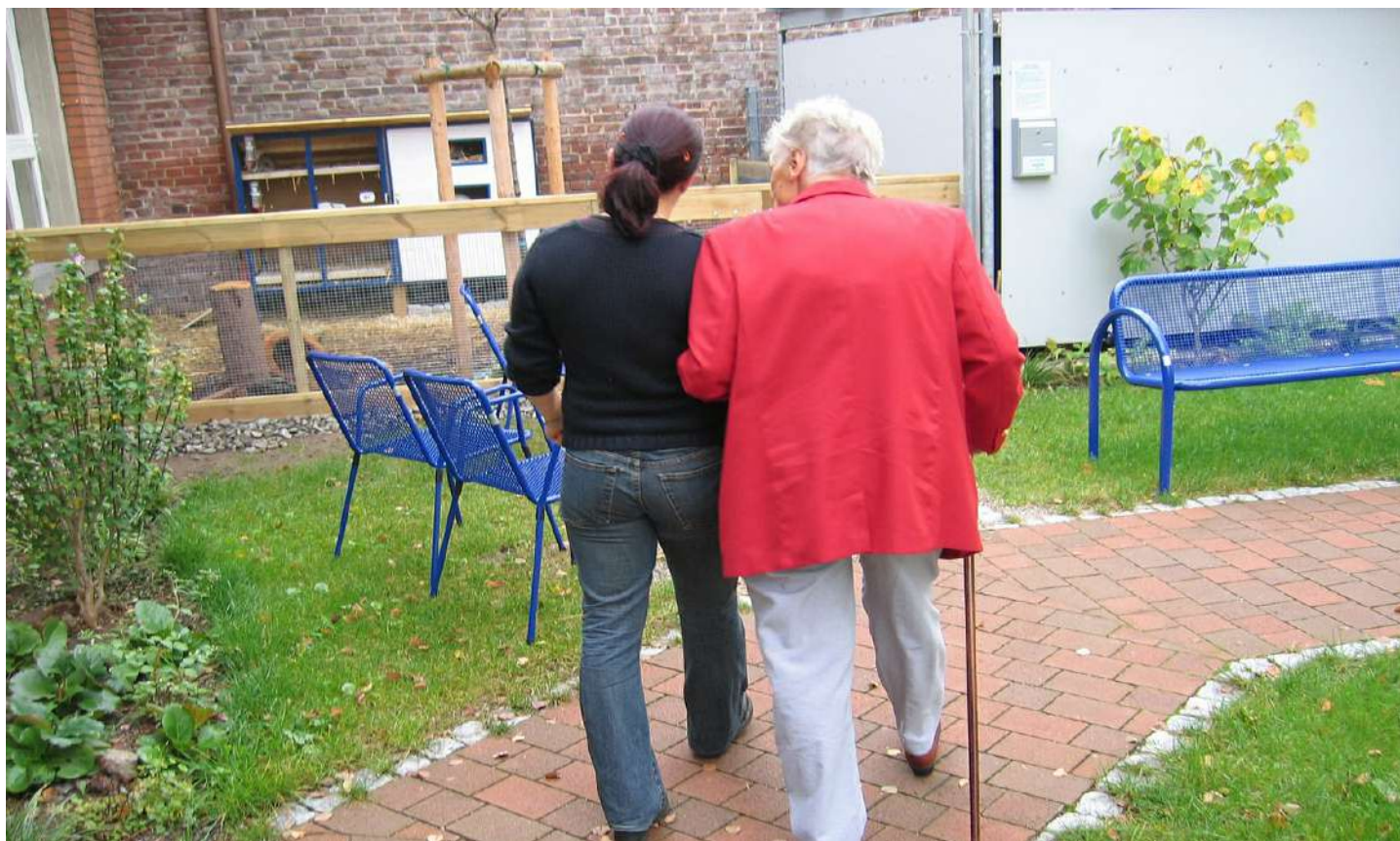
L'évolution des troubles conduit la personne malade à perdre progressivement ses outils de communication verbale, et à limiter ses interactions avec son environnement. Toutefois il va être possible jusqu'à un stade très évolué de la maladie de s'appuyer sur une communication non verbale adaptée.

Dans l'évolution de la maladie, les lésions cérébrales provoquent des troubles importants du schéma corporel et de l'organisation gestuelle de la personne malade.

Lorsque les malades sont privés du mode habituel d'expression et de communication (parole, regard, toucher...), ils restent encore grandement sensibles à l'ambiance et à toute l'attention dont leur entourage est capable vis-à-vis d'eux. Pour l'équilibre émotionnel de la personne malade dont on s'occupe, il est alors important d'investir de façon particulièrement sensible tous les gestes de toucher et de réconfort.

Dans nos formations, à partir d'un stage de 4 jours, une journée destinée aux techniques de communication non verbale est intégrée et animée par un formateur psychomotricien.





### ► La relation avec les familles

Les relations entre aidants professionnels et aidants familiaux sont rarement évidentes et s'instaurent fréquemment dans une certaine forme de rivalité.

Il ne faut pas perdre de vue l'énorme blessure narcissique qu'entraîne la maladie d'Alzheimer pour le sujet lui-même mais aussi pour son environnement familial. Les aidants familiaux se sentent constamment menacés par le fait qu'un jour leur proche ne les reconnaisse plus, qu'un jour la relation intime ne soit plus réduite qu'à une peau de chagrin.

Et cette menace ne relève pas que du fantasme.

L'identité de l'aidant familial est ainsi bien malmenée et introduire un tiers auprès de la personne malade peut augmenter son sentiment d'insécurité. Cela est d'autant plus vrai au moment de l'entrée en institution qui représente pour la plupart des familles une réelle épreuve de séparation, parfois difficile à élaborer.

L'intervention du professionnel vient aussi briser l'intimité d'une relation si ténue soit-elle, souligner un sentiment d'échec chez l'aidant familial principal

qui s'était promis de tenir le coup, sentiment de honte parfois de ne pas tenir son engagement de garder son proche à la maison.

L'aidant vivant à domicile avec la personne malade doit modifier son organisation quotidienne pour s'adapter aux nouveaux besoins de son parent et développer des stratégies efficaces pour gérer les différentes situations auxquelles il est confronté. Les habitudes et les rituels font partie des stratégies mises en place par l'aidant pour faire face. Il est donc très important que le professionnel repère ces habitudes et rituels et en tienne compte dans l'organisation des aides et des soins qu'il assure.

Il est essentiel que le professionnel prenne la mesure de cette fragilité narcissique dans laquelle se trouve la famille. Il doit donc venir occuper une place auprès de la personne malade qui se situe du côté de sa compétence professionnelle et pas seulement du côté de sa compétence affective.

Un apport conséquent sur ce sujet est à intégrer dans chacune de nos formations, sujet qui bien entendu concerne très directement France Alzheimer. Il

est ainsi nécessaire que les formateurs aient une connaissance fine des actions et missions portées par les associations France Alzheimer.

#### - *Travailler de pair avec les familles*

Le travail de pair avec les familles est indispensable pour la cohérence des soins dispensés à la personne malade. Il est impératif d'établir une relation qui s'installe dans la complémentarité et d'éviter toutes les situations de rivalité.

Chaque partenaire (famille, professionnel) doit occuper auprès de la personne malade une place définie et déterminée.

L'aidant familial a une connaissance singulière de la maladie chez son proche malade et le professionnel une connaissance globale de la situation en générale des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer. Ces deux compétences doivent s'articuler l'une avec l'autre et ne pas s'affronter au risque de s'annuler.

La situation de compromis est souvent à rechercher entre le souci de la famille de maintenir une image de la personne malade la plus proche de son identité passé et le souci du professionnel d'adapter l'environnement aux handicaps de la personne malade.

L'entrée en établissement est souvent vécue par la famille comme une épreuve, parfois comme une véritable situation d'échec. Elle annonce également la dernière étape de la maladie et la perspective de la fin de vie de la personne. C'est une période très difficile pour la famille qui échappe rarement au sentiment de culpabilité : « Est-ce que j'ai bien fait de décider d'une entrée en institution pour mon parent », « Est-ce que ce n'était pas trop tôt », « Et si après cela, il allait plus mal ». Autant de questions qui peuvent envahir l'aidant familial et lui faire vivre très difficilement les premiers temps de l'institution.

Tout particulièrement les premières semaines de l'entrée en établissement, la famille et plus particulièrement l'aidant principal qui vivait quotidiennement avec la personne, va devoir être accompagné et soutenu. Il vit une véritable épreuve de séparation qu'il ne peut verbaliser avec le parent malade. Le professionnel a un rôle essentiel pour soutenir cette période d'adaptation en aménageant progressivement les temps de séparation et en l'aidant à trouver une place qui lui convienne.

Dans chaque situation, l'aidant familial peut se sentir mis en danger si son proche malade investit une relation de bonne qualité avec l'aidant professionnel. Il peut avoir le sentiment de perdre une relation affective

privilegiée c'est la raison pour laquelle l'aidant professionnel doit être attentif à garder une juste distance avec la personne malade. Par exemple, le tutoiement est à éviter et si on observe que l'utilisation du prénom est préférable il est très important d'en demander l'autorisation à la famille.

### - *Comment établir une bonne communication avec les familles?*

La première des choses est de pouvoir établir avec la famille et en particulier avec l'aidant principal une relation de confiance. Pour cela il est indispensable de se donner un temps suffisant pour faire connaissance et se reconnaître mutuellement. Tout se joue dans les premiers moments de la relation.

Qu'il s'agisse du domicile ou de l'institution, une relation de confiance ne se noue pas en quelques instants et doit toujours démarrer dans de bonnes conditions.

Les professionnels doivent être disponibles et anticiper la rencontre avec la famille. Ils vont essentiellement devoir rassurer la famille sur les capacités du ou des professionnels à prendre le relais de l'aidant principal.

Il va ensuite falloir nourrir cette relation de confiance par une communication adaptée et régulière qui ne nie pas les difficultés qui peuvent être rencontrées

lors de la prise en soin de la personne malade mais qui intègre la famille comme un partenaire compétent pour adapter l'accompagnement aux besoins de la personne.

Cela implique pour les soignants de réfléchir sur leurs propres attitudes car l'empathie nécessite de se décentrer, c'est à dire de se dégager de ses représentations, voire de ses préjugés pour "entrer" dans l'univers de la personne à aider, dans le monde monde de l'autre, dans sa manière de penser afin de mieux la comprendre. de l'autre, dans sa manière de penser afin de mieux la comprendre.

La famille doit être considérée comme un véritable partenaire que l'on implique dans les prises de décisions et la gestion des difficultés.

**Malgré la motivation des professionnels et leur formation, prendre en soin une personne malade, reste une expérience complexe qui ne laisse pas toujours indemne et qui éprouve souvent dans son identité professionnelle.** 🌀

*Judith Mollard-Palacios, psychologue clinicienne et responsable de projets - Association France Alzheimer et maladies apparentées*



# Soutenir les proches

**Les aidants familiaux ou proches aidants occupent une place essentielle auprès des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Pour pouvoir les soutenir et les accompagner il est impératif d'avoir une connaissance fine de leurs besoins et de la nature dynamique du rôle dans lequel ils sont engagés. Il est important de ne pas se centrer uniquement sur la personne aidante ou la personne aidée mais aussi prendre en compte la qualité de leur relation. Travailler sur la réticence des proches à recevoir de l'aide, c'est éviter de porter un regard négatif et stigmatisant sur ce qu'ils vivent et valoriser les satisfactions qu'ils peuvent retirer de cet accompagnement.**

## Les aidants familiaux qui sont-ils ?

Dans tous les pays développés on a progressivement reconnu, depuis une quinzaine d'années, la place centrale et l'action essentielle de la famille et plus particulièrement de l'un de ses membres dans l'accompagnement et le soin aux personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée tout au long du parcours.

En 2007, le Guide de l'aidant familial définit l'aidant comme « la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne ».

Parmi les personnes âgées aidées, 48% reçoivent uniquement une aide de leur entourage, 20% uniquement l'aide de professionnels et 32% une aide mixte provenant à la fois de leur entourage et de professionnels. L'aide des professionnels complète celle de l'entourage plus qu'elle ne s'y substitue. Pour les personnes aidées par leur entourage pour 69% il s'agit d'un seul aidant qui est à 45% le conjoint et à 31% un enfant.

## Les effets délétères de l'aide :

Les recherches s'accordent à dénoncer les effets délétères de l'aide et leur incidence sur la santé physique et psychique de l'aidant familial. Impact qui apparaîtrait comme plus important pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer que pour les aidants de personnes atteintes d'une autre maladie chronique.

Il est intéressant d'en comprendre la raison et d'émettre quelques hypothèses parmi lesquels on peut citer :



- l'isolement vécu par l'aidant familial consécutif à l'apparition de la maladie qui reste encore honteuse et tabou, associée à des représentations fortement négatives notamment liées à l'idée de mort sociale,
- le temps souvent très long de la maladie qui ne cesse de s'allonger et mobilise l'aidant de nombreuses années et dans un temps de présence quotidien de plus en plus important,
- l'évolutivité de la maladie qui réclame des aides toujours plus importantes mais qui ne sont pas toujours accessibles car inexistantes ou trop coûteuses
- l'impossibilité d'investir de l'espoir dans une possible guérison ou stabilisation de la maladie,
- la présence d'un sentiment de culpabilité envahissant quand il est question d'agir à l'insu et à la place de la personne malade, notamment quand il

- s'agit d'envisager une entrée en établissement,
  - l'ambivalence des sentiments entre compassion et colère vis à vis de ce proche qui s'éloigne progressivement de nous au fur et à mesure de l'évolution de sa maladie et qui en même temps réclame de plus en plus de présence et d'aides.
- L'épuisement du proche aidant peut aussi être lié à l'absence d'adhésion et de coopération de la personne malade aux soins et aux aides qui lui sont proposés. Ne reconnaissant pas toujours les besoins qui sont les siens, la personne malade reconnaît encore moins le rôle d'aidant que joue son proche et peut même développer une agressivité à son égard.
- L'épuisement apparaît alors comme une « faillite énergétique », la conséquence d'un surinvestissement d'énergie en situation de faible retour.

## Les effets positifs de l'aide

Si les difficultés sont multiples, il existe également des effets positifs pour le proche aidant :

- un sentiment d'utilité très important et qui va aller croissant face à la dépendance fonctionnelle et psychologique de son proche à aider,
- un sentiment de réciprocité quand la relation a été de bonne qualité avec son parent ou conjoint, l'aidant peut éprouver de la satisfaction à apporter à son tour une attention qu'il a lui-même reçue,
- la découverte de compétences jusqu'alors méconnues comme la patience, l'empathie, l'écoute et l'observation qui parfois réoriente la trajectoire professionnelle de l'aidant.

## Les interventions de soutien auprès des aidants

Selon les chercheurs « il n'est pas possible de penser un modèle d'interventions qui proposerait la même chose pour tout le monde... ce qui nous amène à penser que les interventions supposées apporter de l'aide aux aidants doivent être très variées, évolutives dans le temps et doivent répondre à la nature dynamique de l'acte de soigner. »

Ainsi les interventions de soutien ne peuvent se

réduire à prévenir l'épuisement de l'aidant familial et à l'encourager à faire appel à de l'aide extérieure. Elles doivent également lui permettre de devenir plus compétent, de trouver des réponses aux problèmes qu'il rencontre, de renforcer les liens avec la personne malade et de donner du sens à son engagement en construisant une relation de complémentarité avec les aidants professionnels.

D'autre part les dispositifs ne seront efficaces pour les aidants que si en parallèle les dispositifs pour répondre aux besoins de l'aidé sont mis en place.

Les soignants professionnels et les aidants familiaux ont souvent des objectifs et des sources de connaissance différents qu'il faut arriver à concilier pour une articulation au profit de la qualité de l'accompagnement. Les professionnels ont une compréhension globale et généralisée de la maladie et des besoins qui en découlent, tandis que les aidants ont une connaissance « locale », c'est-à-dire une vue unique d'un cas particulier s'inscrivant dans une histoire relationnelle qui n'a pas commencée avec le début de la maladie.

## Pour conclure:

Il est impératif d'avoir une représentation souple du proche aidant qui ne doit pas être vue seulement comme une pauvre victime au bord de l'épuisement, portant un fardeau trop lourd dont le professionnel pourrait le décharger.

Il s'agit plutôt de prendre en compte la dynamique complexe de l'aide familiale et de ne pas considérer l'aidant principal seulement comme une source de problème et de résistance à l'intervention des professionnels.

Il doit plutôt apparaître comme un partenaire central qui a besoin qu'on le reconnaisse dans son rôle et que l'on doit aider à obtenir des compétences, un savoir-faire et à identifier les ressources nécessaires pour prodiguer des soins de bonne qualité et sans danger pour sa propre santé.

On ne pourra comprendre le travail des aidants sans considérer aussi les satisfactions qu'il engendre et les bénéfices qu'il procure.

Il est également important de situer la dyade aidant-aidé à l'intérieur de son groupe familial en aidant à la compréhension des changements et à la mise en place d'une dynamique interne qui permettra d'éviter l'isolement et la stigmatisation.

Il est ainsi nécessaire de guider, soutenir et former l'aidant familial pour qu'il puisse jouer son rôle dans de bonnes conditions et lui donner les moyens de faire face à la situation. La reconnaissance de cette fonction d'aidant par la société, les pouvoirs publics, les professionnels est primordial. 🌀

*Judith Mollard-Palacios, psychologue clinicienne et responsable de projets - Association France Alzheimer et maladies apparentées*





# Le divertissement dans les EHPAD (Publi-rédactionnel)

CANALPRO, au sein du Groupe CANAL+, propose des solutions d'abonnement sur mesure pour les professionnels, principalement l'hôtellerie et les établissements de santé. Nous répondons aujourd'hui de plus en plus à des demandes d'EHPAD et résidences Senior. Ces établissements cherchent à améliorer la qualité de service proposée aux résidents, qui eux-mêmes apprécient de retrouver des services qu'ils affectionnaient dans leurs foyers.

## Quelle place les Français réservent-ils à la télé aujourd'hui, chez eux ?

Regarder la télévision reste la première activité de loisirs des Français, devant la lecture : chaque jour en 2017 les Français ont passé en moyenne 3h52 à regarder la télévision (source : Médiamétrie janvier 2017).

## Ce loisir perdure-t-il en maison de retraite ?

Oui le mode de vie du résident doit connaître le moins de changements possible. La télévision lui permet de garder ses habitudes, et de garder le lien avec l'actualité en dehors de la maison de retraite.

## Comment se passe la souscription ?

Nous avons créé une offre spécialement pour les EHPAD, qui permet de diffuser dans les chambres 6 chaînes au choix parmi des thématiques cinéma, découverte ou musique. En complément un pack de plus de 50 chaînes pour la salle de vie, propose des chaînes divertissements, musique, découverte et tout le sport de CANAL+. Le tout pour un montant de 199€ HT par mois, quel que soit le nombre de chambres. Notre installation, totalement prise en charge, s'adapte sur votre système d'installation collective actuel.

## Pourquoi souscrire à vos offres ?

Placer un parent en EHPAD est souvent une décision difficile pour une famille, la télévision reste une distraction essentielle pour le confort du résident, il est donc nécessaire d'avoir un choix de chaînes de qualité, sans que cela pèse sur les charges de l'établissement.

Le bouquet de chaînes pour les salles de vie permettra aux équipes d'animations de créer des rendez-vous collectifs hebdomadaires ou quotidiens, pour que la télé soit aussi un moment de partage : DOCUMENTAIRES, EMISSIONS, LIGUE 1, TOP 14, UEFA CHAMPIONS LEAGUE, FORMULE 1...



**La tablette facile pour vos résidents**

Plus de 6000 utilisateurs en EHPAD et à domicile

Sans abonnement

Contactez-nous au **01 34 39 12 15** pour tester la tablette

TESTÉ ET APPROUVÉ par les SENIORS AFNOR Certification

**Facilotab**  
www.facilotab.com

Posé sans colle, en un temps record, le revêtement de sol Sarlon Traffic Modul'up évite les pertes d'exploitation. Economique, résistant, posé sur support neuf ou sur la plupart des supports existants, il offre aussi esthétisme et confort acoustique.

Vous souhaitez rénover les sols de votre EHPAD, mais sans gêne pour les résidents ?

Le confort des résidents est pour vous une priorité... qui doit rimer avec « budget serré » ?

Alors le Sarlon Traffic Modul'up est fait pour vous !



Lancé l'an dernier par la société Forbo Flooring Systems, leader des solutions non collées, ce revêtement de sol PVC à effet plombant, conçu pour les zones à fort trafic, se pose sans colle et sur la plupart des supports.

### RÉSULTAT

« les temps de pose et de dépose peuvent être réduits jusqu'à 80 % »

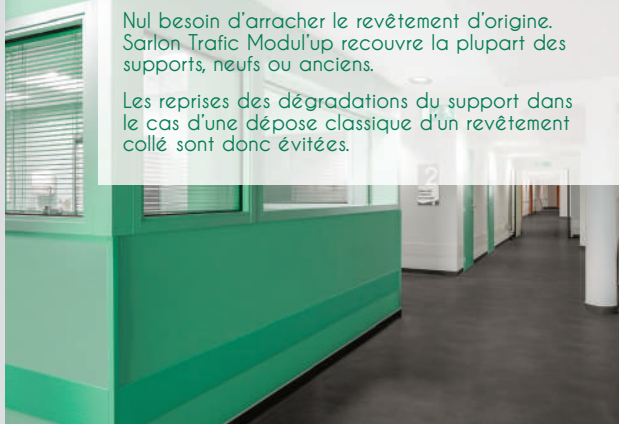
assure Joël Nunes,  
Chef de segment enseignement/santé  
chez Forbo Flooring Systems.

En découle, une diminution drastique des pertes d'exploitation. Confort acoustique, rentabilité, haute résistance et chaleur des teintes comptent également parmi les atouts du produit dont l'innovante technologie DSx3 est déjà doublement récompensée (Janus des composants et matériaux en 2016, prix du BTP en 2017).

### ZÉRO PERTE D'EXPLOITATION

Nul besoin d'arracher le revêtement d'origine. Sarlon Traffic Modul'up recouvre la plupart des supports, neufs ou anciens.

Les reprises des dégradations du support dans le cas d'une dépose classique d'un revêtement collé sont donc évitées.



Quant à la colle, elle est bannie du procédé d'installation !

Son double système de stabilisation structurel entrant dans la composition du produit lui confère un effet plombant, garantissant sa stabilité au sol. Sitôt posé, il est donc praticable.

Fini, le temps où « il fallait compter 72h, entre la pose et le séchage de la colle, pour une remise en service de la zone », pointe Joël Nunes. Dans le périmètre des zones à fort trafic, c'est une innovation.

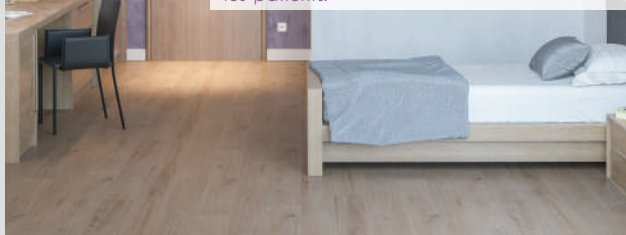
Les EHPAD s'en réjouissent : « Chez l'un d'eux, la pose du revêtement dans le restaurant collectif n'a pris que la matinée et les résidents ont pu y déjeuner à midi », rapporte Joël Nunes.

En l'absence de colle à retirer, la dépose / repose est également plus rapide. « Dans une chambre, par exemple, elle ne prendra qu'une demi-journée quand 5 jours seraient nécessaires pour retirer puis reposer un revêtement collé », calcule le fabricant.

### ECONOMIES, CONFORT ET QUALITÉ

Qui dit pose et dépose plus rapides, dit main d'œuvre moins coûteuse.

Exit, aussi, le prix de la colle qui s'ajoute habituellement à celui du produit. Et les réorganisations temporaires, souvent de mise durant les travaux, ne sont plus non plus d'actualité, épargnant notamment du stress chez les professionnels comme chez les patients.



Chez Forbo, l'objectif bien-être et confort est d'ailleurs une priorité. « Modul'up assure une efficacité acoustique de 19 dB, soit une réduction des bruits de chocs de 19 dB par rapport à une dalle béton brute », souligne, à cet effet, Joël Nunes. Une performance inédite pour un produit à effet plombant, « qui dépasse même les exigences de la réglementation sur les bâtiments neufs ».

Stable et résistante, la surface Modul'up reste plane dans le temps, et résiste aux fortes sollicitations. Le traitement d'usine limite aussi l'encrassement, ce qui facilite l'entretien.

Quant à ses teintes, elles sont inventives.

Loin des revêtements ternes de l'hôpital, les tons cimentés ou « effet boisé » s'inspirent des tendances modernes.

Osez aussi la couleur vive, avec la résine safran lumineuse ou la gaieté des tons coquelicot !

Haut-de-gamme, économique, Modul'up est également écologique. Fabriqué à partir d'énergie 100% renouvelable, il est entièrement recyclable, garanti sans phtalates, et présente de faibles émissions en composés organiques volatiles.

Dans le secteur EHPAD, achats éco-responsables et responsabilité environnementale sont au cœur des enjeux de demain. Les lois de Grenelle ont déjà posé de premières échéances...  
Anticipez l'avenir avec Modul'up !

Retrouvez Sarlon trafic modul'up en vidéo : <http://bit.ly/20SYbmd>

# La dénutrition du sujet âgé

**La dénutrition du sujet âgé est un problème majeur de santé publique. On estime que la prévalence de la dénutrition en milieu institutionnel est de 13.5 à 28.5%, à l'hôpital en court séjour ou soin de suite : 40 à 60%. En effet, il y a aggravation en cas d'hospitalisation dans 75 à 78% des cas. Elle peut s'installer ou s'aggraver dès 2 jours d'hospitalisation !**

## Définition

Les apports par rapport aux stocks en macro- et/ou en micronutriments sont insuffisants pour répondre aux besoins métaboliques de l'organisme :

- Apport alimentaires (ingesta) inappropriés ou insuffisants

- Augmentation des besoins métaboliques (maladie, stress...)

- Augmentation des pertes énergétiques

## Conséquence :

Le risque infectieux est multiplié par 5 et le risque d'escarres par 4.

Le dépistage est difficile, en théorie on dépiste le patient à risque, en pratique, on identifie le patient dénutri.

Les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) prévoient le dépistage de la dénutrition chez toutes les personnes âgées par une pesée :

- 1x/an par le médecin traitant
- 1x/mois en structure
- 1x/semaine à l'hôpital et en Soins de Suite

Mais peser les résidents ne suffit pas. Il faut faire une

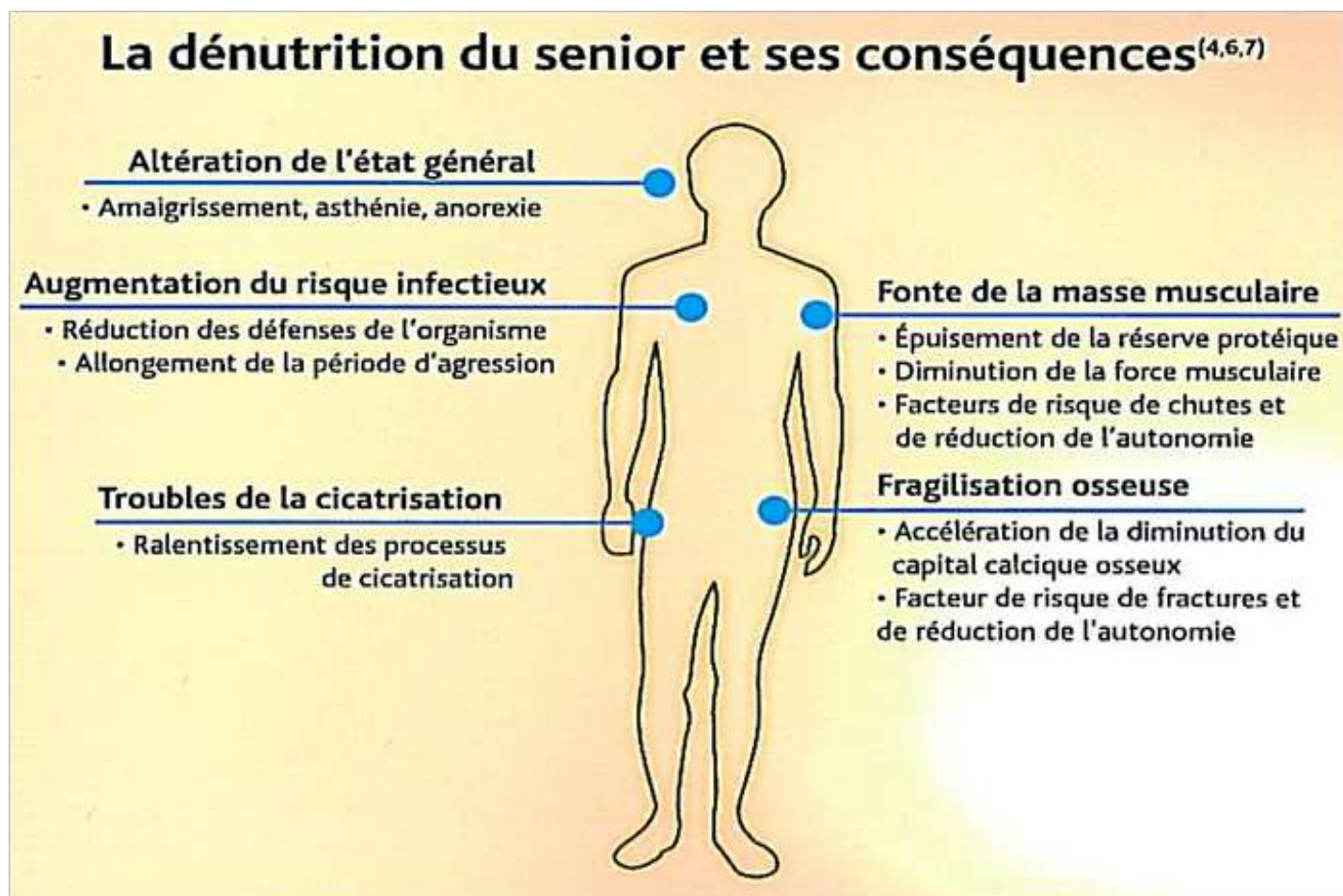
courbe de poids. Car les personnes qui perdent du poids, maigrissent un peu à la fois.

Toujours selon l'HAS, on parle de dénutrition quand la personne présente un ou plusieurs critères suivants :

- Perte de poids > 5% en 1 mois ou > 10% en 6 mois
- IMC < 21 (IMC = Indice de Massa Corporelle = poids divisé par la taille que multiplie la taille)
- Albuminémie < 35 g/l (corrélée à la CRP)
- MNA global < 17 (MNA = Mini Nutritional Assessment, Outil d'évaluation et de suivi communément admis pour dépister la dénutrition chez les personnes de plus de 65 ans) et de l'orientation professionnelle

Et on parle de dénutrition sévère quand :

- Perte de poids > 10% en 1 mois ou > 15% en 6 mois
- IMC < 18
- Albuminémie < 30 g/l (corrélée à la CRP)



Pour diagnostiquer une dénutrition on peut aussi doser les protéines circulantes :

- **Albumine :**

- Valeurs normales entre 35 et 50g/l
- Elle diminue en différentes circonstances: dénutrition, état d'agression, insuffisance hépatique mais une albuminémie < 30g/l est toujours un facteur péjoratif
- Sa demie vie longue (21j) explique son peu d'intérêt pour dépister des altérations nutritionnelles récentes, mais très bien pour dépister une dénutrition ancienne.

- **Transthyréline ou préalbumine**

- Protéine transportant certaines hormones thyroïdiennes et la vitamine A
- Valeurs normales : 280 à 330mg/l
- Demie vie très courte (48h) permet de dépister des malnutritions très récentes encore inapparentes sur le plan clinique.

- **Dosage de la CRP = La protéine C réactive (CRP)**

Le taux plasmatique de cette protéine est indispensable pour préciser l'origine de la malnutrition :

- Normaux : il s'agit d'une carence d'apport alimentaire

- Élevés : ils traduisent un mécanisme endogène d'hypercatabolisme. Augmentation de la CRP > 20 mg/l. Dans certains endroits on augmente l'albumine d'un point pour 25mg/l de CRP.

Le seul dosage de l'albumine et de la CRP « en miroir » signe déjà l'origine de la dénutrition

## Prise en charge nutritionnelle

**Les nutriments qui demanderont notre vigilance sont bien sûr les protéines, l'énergie et la vitamine D (associée au calcium)**

### ► Les protéines

Les besoins en protéines chez le sujet âgé : 1 à 1,2g/kg/j, 1,2 à 1,8g/kg/j (retenir 1,5) si agressé.

Mais un apport adéquat en protéines ne suffit pas, il faut absolument un apport énergétique non protéique (des glucides complexes = sucres lents par exemple).

Les protéines, doivent comporter les 8 AA (acides aminés) indispensables en même proportion que l'œuf pour être biologiquement efficace, c'est la cas de l'essentiel des protéines animales, c'est un peu moins vrai pour les protéines végétales, elle doivent être associées soient entre elles, soit avec une petite quantité de protéines animales : c'est la complémentation.

### Le concept de Protéines lentes/Protéines rapides

Dans le milieu des années 90 le Professeur Yves Boirie (Service de Nutrition au CHU Clermont Ferrand) a découvert que certaines protéines avaient la capacité de libérer rapidement leur contenu (acides aminés), d'où le concept de protéines rapides.

C'est le lactosérum dans les produits issus du lait.

Quelques aliments riches en lactosérum :

- Lait de vache : 3,5%
- Lait de bufflonne : 8%
- Brousse, Ricotta, Mascarpone, Brillat Savarin, tartinables.

### ► L'énergie

Besoin en énergie : les apports doivent être égaux aux dépenses.

### La vitamine D

Les sujets âgés avec un bon statut en vitamine D ont plus de muscles et font moins de chutes. Quand on sait que 1/3 des plus de 65 ans font une chute par an, 90% des fractures de hanches sont liées aux chutes dont 25% deviennent dépendantes. Il y a 2 à 4 chutes par an / lit d'EHPAD

La supplémentation en vitamine D divise par 2 le nombre de chutes. Associée au calcium elle augmente la fonction musculaire mais il ne faut pas oublier le rôle majeur de l'activité physique.

Les activités protectrices sont des activités en charge: marche, danse, escaliers. Le vélo et la natation sont des sports en décharge.

C'est la régularité plus que l'intensité qui est efficace.

### ► En pratique

S'assurer de la qualité gustative du repas, la présentation (surtout pour les textures modifiées), la qualité nutritionnelle des repas que la personne est bien installée tombe sous le sens.

## Expérience du CHRU Lille : le menu petit appétit

### Concept:

- Portions du repas divisées par 2
- Petit déjeuner plus énergétique
- Enrichissement d'un dessert spécifique au déjeuner
- Enrichissement du potage du dîner
- Pas d'ajout de complément nutritionnels oraux

### Intérêts de ce type de menu

- Plus le volume du repas est diminué, plus la consommation est augmentée
- Les fabrications « maison » sont davantage consommées
- L'aspect visuel (l'assiette et le dessert en verrine) est incontournable
- Petit déjeuner plus copieux très apprécié
- Coût dessert « maison » enrichi < Coût d'un complément nutritionnel oral



# DOMICILE MAG

L'information des acteurs du domicile

**6**  
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.domicile-magazine.com](http://www.domicile-magazine.com)



## COUPON D'ABONNEMENT 2017

À RETOURNER SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT

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

Choisissez la formule qui vous correspond :

**Papier** ..... **80€ TTC**  
1 an (6 numéros) France métropolitaine  
+ 6 newsletters

**Étudiant et École** ..... **60€ TTC**  
1 an (6 numéros) France métropolitaine  
Papier, Web, Application smartphone  
+ 6 newsletters  
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés

**Web, Application smartphone** ..... **60€ TTC**  
1 AN D'ABONNEMENT  
+ 6 newsletters  
+ l'accès au site et aux 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 :**

Public  
 Privé  
Précisez : .....

**Date :** ..... / ..... / .....

**Signature et cachet :**

.....

L'importance de l'environnement du repas :

- Tables rondes, avec un pied central, réglable en hauteur
- Chaises à accoudoirs (permettant aux résidents de se lever plus facilement), permettant d'avoir le dos bien droit, les accoudoirs passant sous la table
- Tables bien espacées, permettant une bonne circulation des chariots repas et des fauteuils

Qualité de l'offre alimentaire en établissement de santé :

- Varier les menus
- Assurer une bonne palatabilité des aliments (aliments doivent être agréables en bouche)
- Veiller à une bonne présentation des repas
- Aider le patient si nécessaire
- Préférer l'offre successive des mets plutôt que celle simultanée du plateau repas
- Attention aux régimes trop restrictifs non justifiés

-

**\*Idées de collations « utiles »,**

**Associant idéalement un produit laitier et une céréale (complémentation des protéines)**

Riz au lait, semoule au lait, Chocolat au lait et tartines beurrées, Lait froid et biscuits, Crêpes, Gaufres

Adapter la texture aux capacités de mastication et de déglutition

- Augmenter le nombre de prises alimentaires dans la journée en introduisant des collations
- Éviter un jeûne nocturne > 12 heures

En première intention :

- Si la personne a bon appétit aménager une ou deux collations utiles\*
- Si la personne n'a pas bon appétit :  
– Fractionner les repas

– Choix judicieux des aliments et des plats

- Ces procédures seront d'autant plus efficace que mis en place tôt : dès les premiers signes, voire à titre préventif.

Enrichir l'alimentation : permet d'augmenter l'apport énergétique et/ou protidique sans augmenter le volume. L'idéal est d'enrichir un peu chaque fois que cela est possible, avec des produits simples et qui ont bon goût (Attention à ne pas trop modifier l'aspect et le goût de l'aliment d'origine !)

## Idées pratiques pour enrichir l'alimentation

**Les potages :** pâtes à potage, tapioca, croûtons, pain, crème fraîche, beurre, fromage, lait en poudre, jaune d'œuf, dés de jambon, fromages fondus type Vache Qui Rit, dans une moindre mesure : fromages à tartiner type Kiri, fromage ail et fines herbes...

Penser aux soupes de lentilles, de pois cassés...

**Les entrées :** Compléter avec œufs durs, dés de jambon ou de fromage, lardons, poulet, dinde, thon, sardines, harengs, crevettes, surimi, croûtons, olives...

Varier avec du saucisson, du pâté, des rillettes, du saumon fumé...

### Le plat principal (protidique) :

Choisir des plats naturellement riches : viandes en sauce, gratins de poisson, des quenelles, des lasagnes, des pâtes farcies...

Éviter les panés (cordons bleus, nuggets, poisson panés...)

**Les légumes :** Les servir plutôt en béchamel (enrichie avec du lait en poudre, du gruyère, de la crème fraîche, du beurre, du jaune d'œuf, en gratins, accompagnés de viande hachée, lardons...)

**Les purées :** En ajoutant des jaunes d'œufs, du fromage râpé, du lait en poudre, de la crème fraîche, du beurre, fromages fondus type Vache Qui Rit, dans une moindre mesure : fromages à tartiner type Kiri, fromage ail et fines herbes...

**Les pâtes et le riz :** Avec du parmesan, du fromage râpé, du beurre, de la crème fraîche, de jaune d'œufs, de lardons (façon carbonara), de jambon, de viande hachée (façon Bolognaise), de petits pois avec des morceaux d'omelette (façon riz cantonnais)

**Les laitages et les desserts :** en incorporant du lait en poudre, du lait concentré, de la crème fraîche, et pour donner des goûts variés : de la confiture, du miel de la crème de marron, du caramel, du chocolat, des fruits, de la poudre d'amandes...

**Boissons :** Pensez aux smoothies (fruits mixés + produit laitier + jus de fruit ou glace pilée...), milkshake (glace + lait + fruits), les yaourts à boire. 🍷

Béatrice Dalle, Jean-Michel Lecerf\*  
Service de Nutrition - Institut Pasteur de Lille  
[nutrition.pasteur-lille.fr](http://nutrition.pasteur-lille.fr)





# LES 16<sup>E</sup> ATELIERS DE NUTRITION DE L'INSTITUT PASTEUR DE LILLE

## 7 DÉCEMBRE 2017



## De la **fragilité** à la **dénutrition** en passant par la **sarcopénie** chez les **personnes âgées**

Alors que l'on nous parle en permanence de lutter contre les surpoids et la suralimentation, on risquerait d'oublier la menace que représente chez les personnes âgées la sous-nutrition, facteur clé d'entrée dans la dénutrition. C'est aussi l'état nutritionnel qui conditionne la fragilité, ce nouveau concept gériatrique qui permet de prévenir le déclin lié à l'âge quand on le dépiste. L'état fonctionnel du muscle est essentiel pour éviter les chutes : il passe par la lutte contre la sarcopénie, c'est-à-dire par le couple nutrition/activité. Ainsi, ces mots et ces situations n'auront plus de secret pour vous et feront de vous des acteurs de santé pour aider nos aînés à vivre mieux plus longtemps.

### PUBLIC CONCERNÉ :

Médecins, infirmier(ères),  
diététicien(nes),  
professionnels de soins,  
chefs d'établissements,...



### MATIN (CONFÉRENCES)

- 9 h 00** Introduction du Professeur Patrick Berche  
*Directeur général de l'Institut Pasteur de Lille*
- 9 h 15** Prévalence et conséquences de la fragilité - *Dr Mathieu Lilamand*  
*Service de Gériatrie - Hôpital Bichat - Inserm 1027 - Université Toulouse III*
- 9 h 45** Nutrition et fragilité - *Catherine Féart*  
*Equipe épidémiologie de la nutrition - Université de Bordeaux*
- 10 h 15** Mécanismes et causes de la sarcopénie - *Pr Yves Boirie*  
*Service de Nutrition - CHU Clermont-Ferrand*
- 10 h 45** **Pause / Visite des stands**
- 11 h 15** Protéines lactières et sarcopénie - *Dr Coralie Berthier*  
*Pôle Etudes Cliniques - Service de Nutrition - Institut Pasteur de Lille*
- 11 h 45** Vieux et obèse, danger des régimes - *Dr Jean-Michel Lecerf*  
*Service de Nutrition - Institut Pasteur de Lille*
- 12 h 15** **TABLE RONDE : Où en sont les CLANS en 2017 ?**
- 13 h 15**  
**14 h 15** **Déjeuner libre ou sur place**



### APRÈS-MIDI (2 ATELIERS AU CHOIX) 14H15/15H15 - 15H30/16H30

- Atelier 1** Dépister le syndrome de fragilité - *Pr François Puisieux*  
*Pôle de gérontologie - CHRU de Lille*
- Atelier 2** Prévention de la dénutrition des personnes âgées - *Dr Catherine Gires*  
*Pôle de gérontologie - CHRU de Lille*
- Atelier 3** Prise en charge de la dénutrition - *Pr David Seguy*  
*Unité Transversale de Nutrition Clinique - CHRU de Lille*
- Atelier 4** La restauration contre la sous-nutrition - *Béatrice Dalle*  
*Service de Nutrition - Institut Pasteur de Lille*
- 16 h 30** **Pause / Visite des stands**
- 16 h 45** Conférence de clôture en plénière « Prévention du vieillissement, quels leviers ? »  
*Pr Eric Boulanger - Institut Pasteur de Lille - CHRU de Lille*
- 17 h 15** Clôture

### PARTENAIRES



**Inscription :** [www.weezevent.com/ateliers-2017](http://www.weezevent.com/ateliers-2017)  
**Tarif :** 60 € (sans déjeuner) - 72 € (déjeuner compris)  
**Contact :** Léna Vovard - 03 20 87 71 88 - [lana.vovard@pasteur-lille.fr](mailto:lana.vovard@pasteur-lille.fr)  
**Site internet :** [nutrition.pasteur-lille.fr](http://nutrition.pasteur-lille.fr)

# CANAL PRO

LES OFFRES DU GROUPE CANAL+ POUR LES EHPAD

## OFFREZ UN CADRE DE VIE CHALEUREUX ET STIMULANT A VOS RESIDENTS

Proposer un bouquet de chaînes thématiques en complément des chaînes de la TNT vous permettra d'**améliorer le service en chambre** et de créer des **animations conviviales dans la salle de vie**.

### POUR LES CHAMBRES : UN BOUQUET DE 6 CHAINES THEMATIQUES AU CHOIX

Par exemple



La chaîne  offerte si souhaitée <sup>(2)</sup>

### PRIX FORFAITAIRE

**199€** MOIS /  
ETABLISSEMENT<sup>(1)</sup>

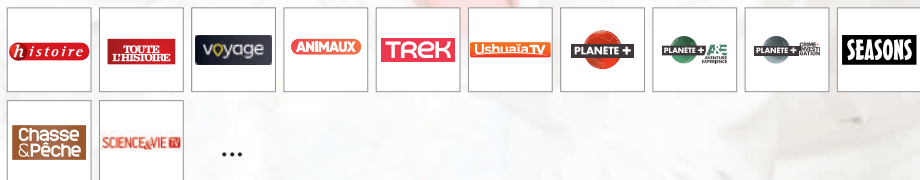
### POUR LA SALLE DE VIE <sup>(3)</sup>

Les meilleures chaînes sport



\* Accès uniquement aux programmes sportifs ou en Clair, les autres programmes sont occultés.

Les plus belles chaînes  
de découverte



Des chaînes musicales  
dans tous les genres



**POUR + D'INFOS, CONTACTEZ-NOUS AU 01 71 35 11 11\*\***  
**DÉTAIL DES OFFRES SUR WWW.CANALPRO.FR/SANTE**

<sup>(1)</sup> Modalités de l'offre : prix mensuel en euros hors taxes par établissement pour tout nouvel abonnement d'une durée de 36 mois minimum. Installation de la parabole et du matériel de réception pris en charge par CANALPRO, hors système de télédistribution du signal télé dans les chambres. Chaîne thématique supplémentaire : + 15€ HT/mois par établissement. Avantage Liberté : possibilité de changer de chaînes 1 fois/an.

<sup>(2)</sup> Hors chaînes étrangères, chaînes en VOST, et chaîne CANAL+, voir liste sur canalpro.fr

<sup>(3)</sup> La réception du pack Salle de vie nécessite l'installation d'un décodeur télé spécifique. Par Satellite : une qualité d'image décodée grâce à la HD+, raccordement à la parabole satellite collective. Dépôt de garantie du décodeur satellite : 75€ / Location du décodeur de 6€69 HT/mois : OFFERTE / Frais d'accès à l'abonnement de 61€63 HT : OFFERTS. Par Orange ou Free : vos images immédiatement par la box de votre opérateur internet, sous réserve d'éligibilité aux offres télé CANAL avec Orange ou Free. Frais d'accès à l'abonnement de 61€63 HT : OFFERTS

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DE CANAL PLUS, S.A. AU CAPITAL DE 95 018 076€ - 329 211 734 RCS NANTERRE - GROUPE CANAL+, S.A. AU DIRECTOIRE ET CONSEIL DE SURVEILLANCE AU CAPITAL DE 100 000 000€ - 420 624 777 RCS NANTERRE. SIÈGES SOCIAUX : 1 PLACE DU SPECTACLE - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX