

SANTÉ

Plaies et cicatrisations
Les dispositifs de prévention

DOSSIER

SOUFFRANCE EN EHPAD :
QUELLES SOLUTIONS POUR SOULAGER
LES SOIGNANTS ? Troisième partie

RÉSIDENTS

Contention et liberté
d'aller et venir en établissement

INTERVIEW

Franck Noat

Spécialisé dans le conseil en fusion-acquisition sur
le secteur de la santé, managing partner de la
banque d'affaires Alantra

L'état du marché des EHPAD,
les avantages à céder une partie de ses murs ou à les acheter..



noum

Il transforme vos contacts en séjours !



Le logiciel gratuit générateur de séjours en Ehpads pour :

- créer votre base de contacts aux **profils qualifiés**,
- suivre un **plan d'actions** d'avant-séjour.

Simple, intuitif, performant Reposez-vous sur lui !



Libre et gratuit
il ne manque pas d'air



Rassurant
il protège vos données



Généreux
il vous offre un accès illimité

www.noum.fr
Une solution *opido*

Panplamouse.com - Crédit photos Shutterstock.com

EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

EDITO

Chers lecteurs,

Nous vous avons annoncé un troisième volet sur la souffrance en EHPAD. Comme promis, le voici. Il revient sur les souffrances des soignants, esquisse des pistes et propose des solutions pour améliorer la qualité de vie au travail.

Dans ce nouveau numéro d'EHPAD magazine, vous trouverez aussi une interview exclusive de Franck Noat, spécialisé dans le conseil en fusion-acquisition, sur le financement des EHPAD.

Nous avons aussi choisi de vous donner des clés sur le bon usage de la contention et ses alternatives. Notre but est de vous accompagner au mieux dans votre quotidien. Nous espérons que ce numéro répondra encore à cet objectif.

Bel été à tous.

La rédaction vous prépare un numéro de rentrée riche en informations.

Bonne lecture.

Cédric ABIDOS
Chargé commercial et de publication

SOMMAIRE

360°

2 **En bref**

6 **Interview : Franck Noat**

Managing partner de la banque d'affaires Alantra

L'état du marché des EHPAD, les avantages à céder une partie de ses murs ou à les acheter...

Dossier

9 **Souffrance en EHPAD : quelles solutions pour soulager les soignants ?**
- Troisième Partie -

« Un problème sans solution est un problème mal posé » a écrit Albert Einstein. Dans cette troisième et dernière partie consacrée aux risques psycho-sociaux en EHPAD, nous allons nous intéresser aux pistes pour une amélioration de la qualité de vie au travail.



Cœur de métier

21 **Contention et liberté d'aller et venir en établissement**

La contention est trop utilisée et devrait être réservée à certaines situations.

Découvrez quelles sont ses alternatives.

26 **Plaies et cicatrisations**

La prévention et la prise en charge des escarres pourrait être améliorée, notamment par l'utilisation de dispositifs médicaux.

EHPAD' MAG
PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE



Société d'édition :
Sarl PRESSE & COM
Zone Orlytech – Bâtiment 516
1 Allé du Commandant Mouchotte
91550 Paray-vieille-poste
Tél : 01 73 05 22 87
E-mail : contact@presse-and-com.fr
www.presse-and-com.fr

Service rédaction :
Anne-Sophie Glover-Bondeau - Thierry Houbroun
Lita Rakotondramanitra.
Directeur de la publication et de la rédaction - Contact commercial :
Cédric Abidos - 06 09 26 87 81
E-mail : cedric.abidos@ehpad-magazine.fr

Direction artistique : Agence One D
06 30 97 37 08 - www.one-d.fr

Crédit photos : Shutterstock - Freepik

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

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

Service abonnements :
Zone Orlytech – Bâtiment 516
1 Allé du Commandant Mouchotte
91550 Paray-vieille-poste

E-mail : abonnement@ehpad-magazine.fr

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



Seniors : le sexe a toute sa place dans leur vie !

Pour mieux comprendre les désirs et la réalité de la vie sexuelle des seniors, Terre des Séniors, 1er site visité par les + de 50 ans (plus de 1,5 millions de pages vues chaque mois), a mené une grande enquête auprès de sa communauté de jeunes retraités et de seniors.

Ce que l'on apprend ?

Que **45,6%** des seniors sont pleinement satisfaits de leur vie sexuelle et qu'ils sont seulement 20,4% à trouver que c'était bien mieux avant...

Et pour cause : pour **64,8%** des répondants, le vieillissement du corps de leur conjoint n'a rien changé à leur sexualité.

Qu'ils osent aller vers l'imprévu et la fantaisie, contrairement aux idées reçues sur la sexualité des seniors : 46,7% aiment faire l'amour dans la journée, quand on ne s'y attend pas ; 73,1 % adorent pratiquer le sexe dans des endroits différents pour varier les plaisirs : la cuisine, le salon, la salle de bains... ;

82,8 % regardent des films érotiques, et 42,8% préfèrent le faire en étant accompagnés ; 71,6% revendiquent avoir des fantasmes toujours aussi forts ; 73% oseraient offrir un accessoire coquin à leur conjoint à Noël. Qu'ils sont 53,3% à espérer qu'Internet peut les aider à rencontrer quelqu'un et que 10,9% ont déjà eu la chance de vivre une relation par ce biais-là. ➔



« Il était une fois les femmes » : des presque centenaires parlent des histoires de leur vie sans tabou

A l'heure où les questions de genre et d'égalité hommes femmes sont largement débattues, la Fondation Korian et Sophie Pillods, réalisatrice d'émissions de radio et créatrice du programme oreilles en balade, ont eu envie de lancer une série de podcasts avec les plus âgés d'entre nous. Sophie Pillods a tendu son micro à cette

génération qui a vécu l'instauration de lois aussi fondamentales que le **droit de vote des femmes** ou l'**autorité parentale conjointe**. Une série de huit épisodes, sur et avec les femmes, est ainsi née. Elle s'articule en deux temps : le premier autour de la **vie sexuelle et sentimentale** et le second, autour de la **vie politique et sociale**.

Gabrielle, Andrée, Arlette, Odette, Cécile, Marie-Marthe, Simone, Maria, Dany, Juliette, Felix et Léon, qui vivent dans des **maisons de retraite médicalisées** Korian, sont les héroïnes de ce podcast. ➔

Canicule : comment protéger les résidents en EHPAD ?

Les personnes âgées sont particulièrement fragiles lors d'un épisode de canicule. Il est donc important de prévenir les pathologies liées à la chaleur, en les rafraîchissant et en les hydratant notamment.

Les personnes âgées, particulièrement celles atteintes de maladies chroniques, en perte d'autonomie, prenant des médicaments, sont à risque d'avoir des pathologies graves liées à la chaleur dont la plus grave est le coup de chaleur. Elles ne peuvent en effet pas bien transpirer car leur système sudoripare est vieilli. En outre, leur perception de la chaleur est réduite tout comme celle de la sensation de soif.

Un plan bleu est mis en place dans les EHPAD pour une mise en œuvre des moyens indispensables pendant une canicule.

Les EHPAD ayant l'obligation d'avoir une salle climatisée, les résidents doivent y être conduits de façon régulière. Il est possible de rafraîchir les résidents avec des climatiseurs mobiles dans la chambre. Les fenêtres et volets doivent être fermés et les volets laissés ouverts.

Le recours à des bouteilles d'eau plus qu'à une

carafe permet un suivi de la consommation d'eau. Les menus doivent être adaptées et privilégier les salades, les viandes ou poissons froids, les desserts frais ou glacés (compotes, sorbets...), les fruits et légumes riches en eau (concombre, courgette, melon, fraises, pêches...).

A savoir : un yaourt hydrate aussi bien qu'un verre d'eau. Des collations régulières avec des jus de fruit incitent les résidents à boire tout au long de la journée.

Les résidents doivent boire au moins 1,5 litre de boissons par jour, froides ou chaudes : eau éventuellement aromatisée, soupe, laitage, tisane, fruits, etc. D'autres aménagements peuvent être mis en place pendant une période de canicule : fermer les volets voire poser des draps humides sur les fenêtres, brumiser les résidents avec des brumisateurs ou leur mettre des linges humides sur le visage et les jambes, éteindre les éclairages artificiels qui ne sont pas utiles...

Enfin, il est important de vérifier la compatibilité des traitements pris par les résidents, la déshydratation pouvant augmenter les effets secondaires néfastes de certains médicaments cardiaques.

Les signes qui doivent alerter :

- grande faiblesse et/ou de grande fatigue
- difficulté inhabituelle à se mouvoir
- propos incohérents inhabituels
- étourdissements, vertiges, troubles de la conscience voire convulsions
- nausées, vomissements, diarrhée
- crampes musculaires
- température corporelle élevée
- soif et maux de tête
- somnolence diurne inhabituelle
- ralentissement psycho-moteur subit

EN SAVOIR PLUS :

Fortes chaleurs : prévenir les risques sanitaires chez la personne âgée

Support pour les professionnels :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpp-canicule_2016.pdf ➔

De nouveaux avis relatifs aux repères alimentaires pour les seniors



Les nourrissons, les enfants et adolescents, les femmes enceintes et allaitantes, les femmes ménopausées et les personnes âgées présentent des spécificités physiologiques qui justifient une alimentation adaptée. L'ANSES a publié quatre avis d'expertise sur la nutrition de ces populations et propose des repères alimentaires adaptés à leurs spécificités en complément des repères de 2017 élaborés pour la population générale adulte.

Lire l'avis d'expertise sur les repères alimentaires des personnes âgées : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0143.pdf> ➔

Une plateforme de ventes aux enchères de matériel médical d'occasion

A l'heure où le contrôle des coûts devient crucial pour les établissements hospitaliers qui veulent préserver la qualité des soins dispensés tout en améliorant leur gestion, le lancement de la plateforme FRANCE MEDICAL ENCHERES va permettre de lutter contre le gaspillage par une gestion efficace des petits matériels médicaux d'occasion.

Ce système d'enchères basé sur une confrontation transparente entre l'offre et la demande donnera la possibilité aux établissements de santé publics et privés français d'accéder au marché international et d'obtenir le vrai prix du marché. La possibilité de recourir à la vente aux enchères va amener tout établissement de santé à réfléchir

avant la mise au rebut de matériels médicaux fonctionnels et non-fonctionnels. Car lorsque celui-ci procède à l'acquisition de nouveaux matériels, la gestion du parc d'occasion n'est pas toujours facile à organiser : espace de stockage, traçabilité, optimisation du temps, valorisation, recyclage, ... Les solutions offertes par un spécialiste des enchères permettront désormais aux décideurs de mieux gérer leurs actifs et de gagner en efficacité



tout en respectant les réglementations en vigueur.

FRANCE MEDICAL ENCHERES facilite le travail des directeurs d'achat, des ingénieurs biomédicaux et gestionnaires des établissements de santé. Leur matériel d'occasion est estimé par un expert et la gestion de la vente est entièrement externalisée à la société de ventes aux enchères, ce qui permet à l'établissement de se focaliser sur son activité première. Le vendeur, de par la grande quantité d'acheteurs enregistrée sur la plateforme, et issus de 48 pays différents, a l'assurance que la mise en concurrence est effective et que son matériel est vendu au meilleur prix. Cette externalisation inclut toute la gestion logistique du transport à l'inventaire jusqu'à la mise en vente et l'encaissement. ➔

Publication de l'ouvrage : "Les établissements de santé" – édition 2019

En 2017, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le **vieillessement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques**, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, par le biais notamment du **développement de l'hospitalisation à temps partiel ou de l'hospitalisation à domicile**.

Dans son édition 2019, "Les établissements de santé" détaille, pour l'année 2017, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, le parcours des patients par disciplines, les caractéristiques du personnel rémunéré (médical et non médical) ou encore les équipements techniques et leur répartition sur le territoire. Les nouveaux indicateurs mis à disposition par la Haute Autorité de santé (HAS) pour évaluer la qualité des soins et la sécurité des patients sont présentés de façon synthétique. Enfin, des éléments de

cadre permettent d'apprécier l'évolution de la santé économique et financière du secteur, ainsi que de son contexte juridique et réglementaire.

Télécharger l'ouvrage : « *Les établissements de santé – édition 2019* », sous la direction de Fabien Toutlemonde, coordonné par Bénédicte Boisguerin Coll. Panoramas de la DREES – Santé, DREES, juillet 2019 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2019.pdf> ➔

Yoopies accélère le développement de services à domicile plus éthiques

HelperChoice, plateforme leader à Hong Kong et Singapour, deux territoires clés des services à domicile. En faisant l'acquisition d'HelperChoice, Yoopies, déjà présente dans 16 pays européens, offre une ampleur inégalée à sa présence internationale, devenant la plateforme

numéro 1 mondiale des services à la personne hors Etats-Unis. Basée à Hong Kong, la startup opère également à Singapour, deux Etats où ce marché est considérable. A Hong Kong seulement, ce sont **plus de 390 000 employés à domicile** qui assistent les 7 millions d'habitants du territoire. ➔



CNDEPAH et la CNDCH: consternés suite à la proposition de la cour des comptes de financer les effectifs du médico-social par la réduction des effectifs du sanitaire

La Cour des comptes vient de présenter son rapport annuel sur la situation et les perspectives des finances publiques.

Comme chaque année, le rapport pointe les écarts de trajectoire financière, notamment entre les objectifs du programme de stabilité transmis par le gouvernement à la commission européenne dans le cadre de sa politique de maîtrise des déficits publics et la réalité des dépenses publiques.

La CNDCH et la CNDEPAH souhaitent exprimer leur consternation au regard du manque de



considération vis-à-vis des situations des établissements dont fait preuve la Cour des comptes dans sa proposition de faire financer l'augmentation des effectifs dans les EHPAD par une réduction des effectifs des hôpitaux.

Sans contester la nécessité de contenir la dette publique, la CNDCH et la CNDEPAH **désapprouvent totalement** le procédé consistant à tenter d'opposer le secteur hospitalier et le secteur

médico-social par un mécanisme tendancieux des « vases communicants ». Elles rappellent que le rapport LIBAULT sur le grand âge et l'autonomie évoque plusieurs leviers de financement, tels que le fonds de réserve des retraites, la mobilisation des excédents du régime général, en attendant la « disponibilité » à compter de 2024 des recettes liées à la CRDS (cotisation de remboursement de la dette sociale), pistes que le rapport de la Cour se garde bien d'évoquer. ➔

L'ARS Île-de-France confie au Dr Siavellis et au Dr Pelloux une mission sur les soins non programmés

L'ARS Ile-de-France et l'URPS Médecins libéraux Ile-de-France ont officiellement lancé le 12 juillet une mission visant à l'amélioration de la prise en charge des soins non-programmés, confiée au Docteur Georges Siavellis (URPS médecins libéraux Ile-de-France) et au Docteur Patrick Pelloux (ARS/AP-HP), en présence des représentants des acteurs du système de santé, des fédérations hospitalières, des fédérations des centres de santé et des maisons de santé, des professionnels de santé (URPS) et de la

société française de médecine d'urgence.

Cette mission s'inscrit dans les travaux menés par l'ARS Île-de-France et ses partenaires pour renforcer l'offre de soins au service de l'utilisateur. La mission avait été présentée le 26 juin dernier dans le cadre des annonces faites par l'Agence pour améliorer la qualité des prises en charge et la qualité de vie au travail des professionnels des urgences. La demande de prise en charge en Soins Non Programmés (SNP) – définis comme une demande

de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville – est un enjeu majeur organisationnel du système de santé. Dans un contexte d'augmentation rapide de la demande de SNP, de saturation des urgences hospitalières et de diminution du nombre de médecins libéraux dans la région, cette mission vise à identifier les réponses adéquates pour améliorer l'accès aux soins des patients exprimant une demande de soins non programmés. ➔

Financement : Pourquoi et comment vendre un EHPAD ?



Franck Noat

Spécialisé dans le conseil en fusion-acquisition sur le secteur de la santé, managing partner de la banque d'affaires Alantra.

Franck Noat a répondu à nos questions sur l'état du marché, les avantages à céder une partie de ses murs ou à les acheter...

Que peut-on dire du marché des EHPAD aujourd'hui ?

► **Franck Noat** : Les conditions de marché sont exceptionnelles avec notamment un sous-jacent structurant qui est le **vieillesse généralisée de la population européenne**. Le marché français quant à lui, est certainement le plus attractif avec, d'un part, une réglementation forte créant de solides barrières à l'entrée et, d'autre part, la disponibilité de financements publics, certes contraints mais garantis, limitant de facto l'ouverture de nouveaux lits et renforçant ainsi la valeur des autorisations existantes.

2019 est une année de grand changement en France.

Nous connaissons une nouvelle vague de cession de groupes d'EHPAD par des « entrepreneurs-pionniers » du secteur. Plus particulièrement, deux opérations en cours concernent des groupes majeurs, ce qui va sans doute chambouler le classement français et renforcer la dynamique de consolidation à moyen terme. A cette occasion, certains investisseurs européens regardent le marché français.

Les groupes gérant des EHPAD n'ont pas tous la même stratégie en matière d'investissement immobilier... ?

► **F. N.** : Les EHPAD ont deux gisements de création de valeur : les **opérations et l'actif immobilier**. Certains acteurs se concentrent sur les opérations et ne gardent pas la propriété de leurs EHPAD. D'autres groupes possèdent tous les murs. Et, enfin, bien évidemment, il existe une troisième catégorie qui arbitre de façon opportuniste entre les deux stratégies et ne possède qu'une partie de leurs murs. A titre d'exemple, Orpéa tangente le 50/50 et Korian, historique « asset light », a adopté récemment une politique de renforcement dans sa détention immobilière et rachète des murs.

Comment analyser la valeur de son EHPAD ?

► **F. N.** : Le point de départ est l'analyse de la gestion de ses opérations. L'indicateur de gestion est l'EBITDAR [excédent brut d'exploitation avant intérêt, IS, loyer et amortissement]. En France, les opérateurs les plus efficaces ont une marge d'EBITDAR **entre 28% et 32%**, j'ai même pu observer récemment une marge de 34%. De l'EBITDAR, on déduit ensuite le loyer de l'EHPAD afin d'obtenir l'EBITDA. En général, le loyer « acceptable » se situe **entre 50% et 60%** de l'EBITDAR, c'est le taux d'effort (au-delà de 60%, on peut s'interroger sur la pérennité des opérations sur le moyen et long terme, on survalorise l'immobilier au détriment des opérations). Ce même taux d'effort permet de calculer un loyer « notionnel » pour un EHPAD qui possède ses murs. A la fin de ces petits calculs, on dispose ainsi de son EBITDA (la valeur créée par la gestion des opérations – en bon anglicisme, Operational Company ou OpCo) et de son montant de loyer (la valeur créée pour le propriétaire de l'immobilier – Property Company ou PropCo).

En général, l'OpCo se valorise entre 10 et 14 fois l'EBITDA

(parfois beaucoup plus si les perspectives de progression de la marge à MT sont importantes) tandis que la PropCo se valorise par capitalisation des loyers à un taux variant de 4,5% à 5,5% en ce moment (soit de 18 à 22 fois les loyers). A titre d'exemple, si l'EBITDAR d'un EHPAD est de 2 millions avec 1 million d'euros de loyer et donc 1 million d'euros d'EBITDA, l'OpCo a une valeur de 12 millions d'euros (12x EBITDA) et la PropCo de 20 millions d'euros (5% de taux de capitalisation), soit 32 millions d'euros en tout si vous cumulez les opérations et la propriété immobilière (bien évidemment, il faut s'assurer de la **pérennité des marges** et de l'**absence d'investissement** significatif à faire).

Pourquoi peut-il être intéressant de céder tout ou partie de ses murs ?

C'est une forme de sécurité d'avoir de l'immobilier. Certains groupes cotés mettent cela en avant, **cela apporte de la visibilité et de la flexibilité**. Si on regarde le volume des actifs immobiliers de ces groupes, dans certains cas, on se rend compte qu'ils constituent parmi les plus importantes foncières de santé en Europe.

Aujourd'hui, compte tenu de la hausse continue des prix de l'immobilier, il y a une vraie logique à vendre une partie de ses murs. Cela permet de re-router une partie de l'équité ainsi rendu disponible vers les opérations et dans certains cas de faire réaliser par le nouveau propriétaire des investissements qu'un opérateur d'EHPAD n'aurait pas les moyens de faire tout seul. C'est particulièrement vrai pour les opérateurs les plus petits. Bien

évidemment, cela aura un impact sur le loyer payé au partenaire immobilier mais cet impact sera étalé tout au long du bail.

A contrario, certains opérateurs rachètent des EHPAD avec des murs et les conservent, tout du moins à moyen terme. Ce n'est pas un mauvais acte de gestion, loin de là. Dans certains cas, l'EBITDAR d'un établissement n'est pas à son niveau optimal, il est alors avisé de racheter la PropCo pour créer de la valeur immobilière à mesure que l'on augmente l'EBITDAR grâce à une meilleure gestion des opérations.

Que faut-il préparer en amont pour vendre les murs de son EHPAD ?

► **F. N.** : Vendre son EHPAD n'est pas compliqué mais demande une **bonne préparation**. Il convient de faire une revue de l'état immobilier, de l'état de l'investissement, un business plan et une revue des comptes historiques. L'état des lieux permet de vérifier la conformité à la réglementation, les investissements nécessaires. Il faut compter 3 à 4 mois pour préparer cela. Et être bien accompagné évidemment !

Au-delà de la vente de murs, voyez-vous une augmentation des cessions d'EHPAD ?

► **F. N.** : Il y a toujours eu un marché dynamique mais il faut reconnaître que cela s'accélère. Il ne faut pas oublier qu'une partie du chiffre d'affaire des EHPAD dépend de la prise en charge des collectivités. Les baisses tarifaires peuvent être significatives et affecter significativement l'EBITDAR. Plus on est petits, plus les baisses tarifaires sont difficilement absorbables et peuvent menacer la pérennité de son activité. Cumulé à une pression réglementaire forte impliquant potentiellement des investissements lourds, c'est sans doute un des risques qui pousse des groupes plus petits à se vendre.

Enfin, ce qui peut pousser les acteurs « historiques » à se vendre aujourd'hui est la structuration du marché : il existe de moins en moins d'acteurs qui ne font que des EHPAD. Les grands opérateurs s'intéressent à tout le parcours santé : SSR, résidences seniors, cliniques psychiatriques, HAD, maintien à domicile, centres d'ophtalmologie, centre de radiologie, etc.). Il y a par exemple des groupes qui utilisent leur structure de restauration pour faire du portage de repas à domicile, des SSR qui proposent des dispensaires avec des professionnels de santé. La tendance de fonds est désormais l'accompagnement tout au long du parcours de santé. ➔



Souffrance en EHPAD

Quelles solutions pour soulager les soignants ?

« Un problème sans solution est un problème mal posé » a écrit Albert Einstein. Dans cette troisième et dernière partie consacrée aux risques psycho-sociaux en EHPAD, nous allons nous intéresser aux pistes pour une amélioration de la qualité de vie au travail.



EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

10 NUMEROS PAR AN

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

Source de solutions pratiques et d'informations décisives

Retrouvez-nous sur :



▶ www.ehpads-magazine.fr



COUPON D'ABONNEMENT 2019

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 :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Papier 90€ TTC | <input type="checkbox"/> Étudiant et École 108€ TTC |
| 1 an (10 numéros) France métropolitaine
+ 10 newsletters | 1 an (10 numéros) France métropolitaine
Papier, Web, Application smartphone
+ 10 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés |
| <input type="checkbox"/> Papier, Web, Application smartphone 150€ TTC 130€ TTC | <input type="checkbox"/> Réabonnement |
| 1 an (10 numéros) France métropolitaine
+ 10 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés | Votre N° Abonnement : |
| <input type="checkbox"/> Web, Application smartphone 60€ TTC | |
| 1 AN D'ABONNEMENT
+ 10 newsletters
+ l'accès au site et aux archives réservées aux abonnés | |

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 :

SOUFFRANCE EN EHPAD : QUELLES SOLUTIONS POUR SOULAGER LES SOIGNANTS ? - 3^{ÈME} PARTIE



Thierry HOUBRON

Consultant Fondateur et Associé
du Cabinet Adéquation Santé

houbbron.adequationsante@gmail.com
adequationsante.com

« *Un problème sans solution est un problème mal posé* »

Albert Einstein.

Dans cette troisième et dernière partie consacrée aux risques psycho-sociaux en EHPAD, nous allons nous intéresser aux pistes pour une amélioration de la qualité de vie au travail.

Rappels

Dans les deux premiers articles du dossier « prévention du burn-out »

- Dans le dossier « Améliorer la Qualité de Vie au Travail pour prévenir le burnout – 1ère partie » paru le 01/03/2019 dans le n° 54 de la revue EHPAD'Mag :

Les récentes crises successives des professionnels du secteur des EHPAD, notamment en 2018 ont traduit des conditions de travail fortement dégradées ayant fait échos auprès des politiques de santé par la révision de Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

- Dans le dossier « Prévention des troubles psychosociaux en EHPAD – 2ème partie » paru le 01/05/2019 dans le n° 55 de la revue EHPAD'Mag :

« Il n'est pas de semaine sans que les médias mentionnent ici une grève, ici un drame, ici une affaire, évènements toujours douloureux en lien avec la souffrance au travail et impactant de façon directe la qualité de l'accompagnement du résident. Si le burnout et sa prévention ont été évoqués dans le premier volet de notre dossier mensuel, nous allons aborder dans ce deuxième volet la maîtrise des risques professionnels et parmi ces risques, les risques psychosociaux. »

INTERVIEW

Caroline Fiat, Députée de
Meurthe-et-Moselle,
co-rapporteuse de la mission
parlementaire sur les EHPAD

Députée de la circonscription de Jarny-Pont-à-Mousson, en Meurthe-et-Moselle, Caroline Fiat se démarque dans l'hémicycle du Palais Bourbon en raison de son parcours professionnel. Depuis sa trentième année, elle mène en effet une carrière d'aide-soignante dans plusieurs EHPAD du Grand-Est. Aujourd'hui, elle a mis de côté cette vocation pour siéger à plein temps à l'hémicycle. Son point de vue sur le sujet des professionnels en établissements est intéressant. Entretien avec EHPAD Magazine.

Existe-t-il des cas de souffrance spécifiques pour les professionnels en EHPAD ?

► **Caroline Fiat** : Comme je l'ai montré dans le rapport d'information sur les EHPAD, dont j'ai été avec Madame Iborra, co-rapporteuse, l'augmentation du niveau de dépendance des résidents et des soins médico-techniques a considérablement alourdi la charge de travail des personnels soignants en EHPAD, mais également la pénibilité physique et mentale de ces métiers.

Les difficultés sont réelles dans un secteur où la maltraitance institutionnelle est trop souvent la norme. Ainsi, le manque de moyens et de personnel conduit les professionnels soignants en EHPAD à faire vite et à concentrer leur énergie et leur temps aux missions les plus chronophages : les soins, les transferts et les toilettes. Ils en sont doublement victimes puisque ce sont à la fois les missions les moins valorisantes (le relationnel et l'animation passent au second plan) et les gestes

les plus pénibles physiquement : les accidents du travail en EHPAD sont deux fois supérieurs à la moyenne nationale et plus élevé que dans le secteur du BTP ! Rien de surprenant dès lors à ce que l'on constate un absentéisme massif chez les soignants en EHPAD.

Mais cette surcharge de travail pèse sur l'ensemble du personnel des EHPAD. Le stress et la violence engendrée engendre une très grande pénibilité mentale. Les relations avec les familles en sont d'autant plus difficiles. Par ailleurs, le raccourcissement des séjours en EHPAD qui s'explique par une volonté de maintenir aussi longtemps que possible les personnes âgées à domicile, impacte fortement le personnel qui côtoie la mort de plus en plus souvent et qui est confronté à des cas toujours plus difficiles.

Enfin, les rythmes de travail sont épuisants pour les soignants : alternance entre jours et nuits, journées continues avec une forte amplitude horaire ou journées de travail coupées, rappel sur les jours de congés ou de repos. Inévitablement, l'épuisement professionnel touche de nombreuses personnes. Les enjeux sont donc colossaux.

Que préconisez-vous comme méthode de prévention ou comme solution à cette souffrance des professionnels ?

► **C. F.** : Il est certain que nous devons avoir une politique ambitieuse en matière de dépendance car la situation est particulièrement grave et sans un réel effort politique, quel sera le sort des personnes âgées de plus de 60 ans lorsqu'en 2060 leur nombre aura augmenté de 80 % ?

Dans notre rapport EHPAD, une seule proposition doit être retenue, s'il en est une : établir une norme de personnel au chevet des résidents correspondant au double de ce qui existe aujourd'hui et opposable d'ici quatre ans. Selon les travaux de la FHF et du SNGC en 2009, une telle norme est par exemple indispensable à la prévention des escarres - ces plaies béantes qui s'infectent -. Aussi, cette norme permettrait d'interrompre le cercle vicieux délétère de la désertion de la profession d'aide-soignants due aux cadences infernales et à un taux d'accidents du travail double de la moyenne nationale.

Ces dernières décennies voient également l'explosion de la dépendance et des maladies de type Alzheimer. Or, la tarification actuelle, basée sur la grille AGGIR, sanctionne les EHPAD qui misent sur la prévention car un résident hautement dépendant rapporte plus qu'un résident autonome. C'est une aberration à l'heure où il faut, au contraire, tout miser sur la prévention, mieux former le personnel, renforcer l'INRS actuellement menacé ou encore s'inspirer du village Alzheimer, près d'Amsterdam, ouvert sur l'extérieur.

Pour finir, la question de la prévention doit englober tous les secteurs de la politique. Les maladies chroniques augmentent mais ça n'est pas qu'une question de vieillissement de la population, c'est aussi et avant tout une question de mode de vie. Si nous voulons vieillir en bonne santé, nous devons améliorer notre alimentation, notre qualité de l'air et plus généralement, notre environnement tout au long de la vie.



Professionnels en EHPAD : un métier passionnant, mais toujours sous tension

Passionnés, fortement engagés et impliqués dans leur travail, les professionnels en EHPAD reconnaissent néanmoins plusieurs difficultés dans l'exercice de leur métier. L'insuffisance des professionnels est pointée du doigt, et du manque d'effectifs et de moyens dans les établissements découle parfois, si ce n'est souvent, une forte tension dans l'organisation du travail.

En EHPAD en effet, l'exigence des résidents est toujours plus élevée et les tâches sont de plus en plus accrues, ce qui peut détériorer la qualité de la relation entre les équipes et les personnes âgées accompagnées. Une dégradation des conditions de travail des professionnels est ainsi dénoncée régulièrement, comme le soulignent les médias ces dernières années à travers la couverture de plusieurs événements rapportés des 4 coins de l'Hexagone.

Si les formes et les aspects de ces interpellations publiques divergent, entre témoignages, mouvements de grève et autres déclarations, repris dans les médias, sur le fond, ces révélations sont des cris d'alerte mettant en exergue un seul et même fait marquant : la souffrance et l'épuisement des professionnels au chevet des personnes âgées. Retour avec EHPAD Magazine sur cette difficile réalité vécue par les équipes en établissement à travers les événements les plus récents.

Pour des mesures de soutien et la création de 40 000 emplois

En 2019, les premiers jours de juillet voient dans tout le pays la mobilisation des personnels des EHPAD et des services d'aide à domicile, suite à l'appel de l'ensemble des syndicats. Soutenu par l'Association des Directeurs au service des Personnes Âgées, ce mouvement annonce clairement la situation des professionnels œuvrant, en établissement et à domicile, à l'accompagnement des personnes âgées. Un manque de moyens alarmant ainsi qu'un phénomène de sous-effectif devenu persistant sont le triste sort auquel les équipes sont confrontées depuis ces dernières années, crient haut et fort les participants mobilisés lors de cette action.

Dans un entretien paru dans le Parisien, Pascal Champvert, président de l'AD-PA, s'étend sur la

situation difficile des personnels en EHPAD. Le vieillissement de la population fait naître de nouveaux enjeux, et la réalité actuelle est loin de correspondre à la hauteur des attentes. En guise d'illustration, Pascal Champvert évoque un taux d'encadrement toujours en deçà du niveau optimal.

En 2019, l'État annonce un peu moins de 6 professionnels pour accompagner 10 personnes âgées,

alors qu'en 2006, l'objectif était fixé à 8 soignants pour 10 résidents à l'horizon 2012. Pour le président de l'AD-PA, le défi du vieillissement doit se préparer au mieux, c'est pourquoi un taux de 10 professionnels pour accompagner 10 seniors est à envisager dès maintenant.

Les revendications de ce mouvement avant tout symbolique – la majorité des professionnels étant restés à leur poste en institution tout en portant des brassards « grévistes » – sont ainsi annoncées : disposer de moyens dans l'immédiat, pour améliorer les conditions de travail, mais aussi l'attractivité de la profession.

La création de 40 000 emplois est ainsi réclamée dans les plus brefs délais, dont 20 000 pour soutenir les 10 000 établissements d'accueil et 20 000 autres dédiés aux services à domicile.

Maltraitance préoccupante et grande souffrance physique et psychologique du personnel

Durant le deuxième trimestre de l'année 2019, le cas particulier d'un EHPAD de Vendée est ébruité dans les médias, avec le témoignage d'un membre du personnel de l'institution. Le mois de juin voit en effet le docteur Marcellin Meunier remettre sa démission après avoir revendiqué des actions afin de pallier les difficultés que traverse le personnel de l'établissement au sein duquel il exerce comme médecin coordonnateur.

Depuis le mois de mai, le docteur Meunier a en effet partagé sur les réseaux sociaux la détresse des professionnels de l'EHPAD Notre-Dame-de-Monts en raison du manque de moyens et d'effectifs. Au cours d'un entretien paru dans le Quotidien du Médecin, il évoque à cette période les raisons de son cri d'alerte en indiquant que le personnel est épuisé, tout en avouant les pleurs de certains professionnels durant leur pause, et ce depuis des années.

15 professionnels sont en arrêt maladie, sur les 60 personnes travaillant dans l'établissement

– dont une trentaine de soignants – accueillant environ 80 résidents, dont 50 en fauteuil roulant. La situation est grave et du sous-effectif des soignants et des membres de l'administration découle une maltraitance flagrante à la fois des résidents et du personnel.

À la mi-juin, le médecin coordonnateur se démet de ses fonctions, comme il l'a annoncé dans son ultimatum : « je démissionnerai si les conditions que j'ai évoquées [augmentation d'effectifs et de moyens] ne sont pas réunies », avait-il lancé en mai.

Témoignages divers sur les failles flagrantes du système

Début 2019, les révélations de Mathilde Basset sont un autre témoignage qui lève le voile sur le quotidien d'une profession en grande difficulté. Cette jeune infirmière signe un livre sorti en librairie en janvier 2019 pour contribuer à dénoncer ce qu'elle estime être les failles du système d'hébergement des personnes âgées dépendantes. À l'épuisement des soignants et au manque de moyen est conjuguée la détresse des seniors, privés de relation humaine de qualité, le tout au sein d'un secteur dont la rentabilité apparaît malheureusement comme la véritable ambition convoitée.

Dans son livre "J'ai rendu mon uniforme", Mathilde Basset évoque la situation complexe dans laquelle est plongée la profession. Des équipes en sous-effectif permanent et dont la formation

ne correspond pas toujours au quotidien en établissement qui semble tout simplement devenir une succession de soins à la chaîne, négligeant ainsi le contact humain. Dans l'un de ses entretiens accordés à Nice Matin, celle qui exerce désormais en centre médico-psychologique parle ainsi des établissements comme des lieux « où les résidents et leur famille ne sont plus considérés comme des personnes, mais comme un flux dans une logique financière ».

En mars 2019, le témoignage livré dans le livre "Tu verras maman, tu seras bien" expose également le ressenti véridique d'un ancien directeur d'établissement. Jean Arcelin a dirigé 2 EHPAD privés et confie dans son livre l'expérience traumatisante qu'il a vécue durant cet exercice. Dans un entretien lu sur Atlantico, l'auteur évoque des scènes difficiles où pour s'occuper de 120 résidents, 9 soignants sont planifiés et parmi lesquels 3 sont absents, faisant alors un ratio de 20 personnes âgées pour 1 professionnel. L'un des principaux faits sur lesquels cet ancien cadre dirigeant de l'industrie automobile désire attirer l'attention des observateurs, c'est l'incompatibilité des stratégies appliquées par certains établissements avec le souhait d'une prise en charge de qualité des personnes âgées. Pour Jean Arcelin, le système doit être dénoncé, car « il y a une logique de rentabilité et d'économie qui est faite sur le dos des résidents ». Il en veut ainsi aux actionnaires des EHPAD qui fixent le cadre chaque année en imposant des feuilles de route avec une rentabilité exagérée.

Penser dès aujourd'hui à l'EHPAD de demain

La récurrence de ces cris d'alerte remarqués dans les médias dégage en quelque sorte un état des lieux – bien qu'incomplet – de la réalité des professionnels et des personnes du grand âge dans les établissements. Privilégier la qualité des soins, de l'accompagnement et de vie des personnes âgées en établissement nécessite forcément des professionnels supplémentaires et des moyens conséquents. Aujourd'hui, le constat est ainsi unanime et des pouvoirs publics devraient transparaître les meilleures pistes pour la transformation des EHPAD, garantissant davantage des soins et des prestations de qualité aux

personnes âgées et l'amélioration des conditions de travail des professionnels.

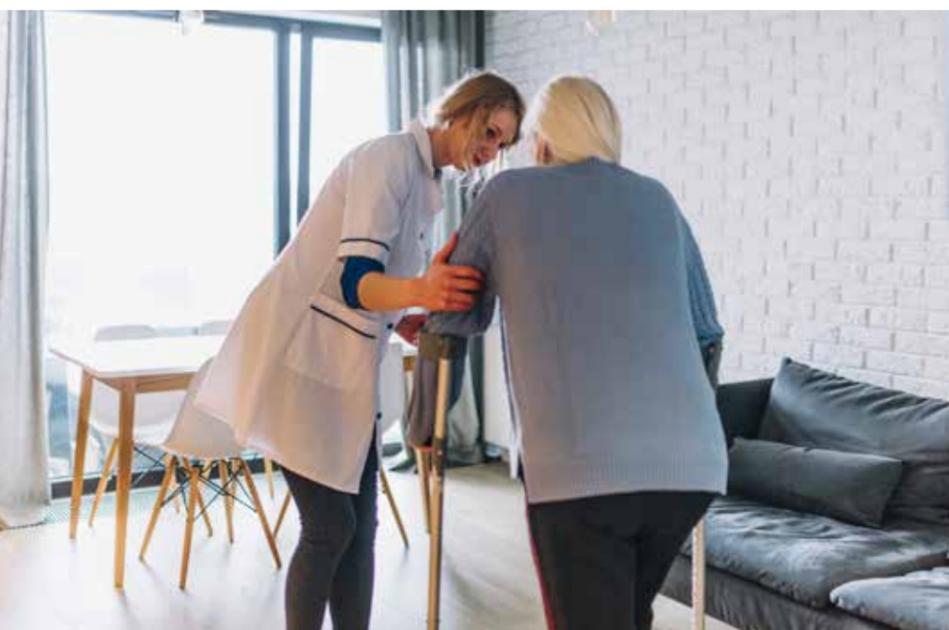


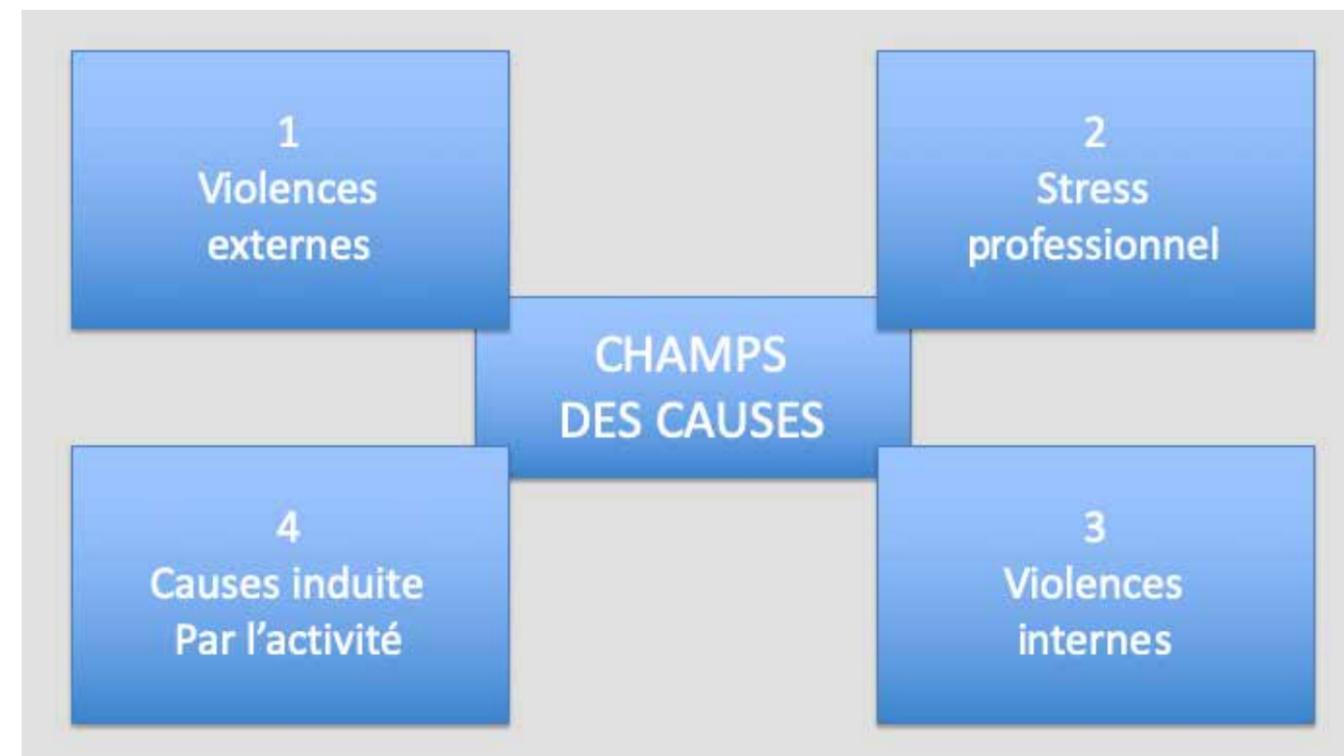
Prévention des risques : s'attaquer aux causes pour prévenir les risques.

RAPPEL DES QUELQUES PRINCIPES

Les besoins de chacun exprimés sous la forme de la pyramide de Maslow.

Les travaux de Maslow en 1954 mettent en évidence que chacun dans sa vie... et dans son travail, cherche à satisfaire un certain nombre de besoins élémentaires représentés dans la pyramide du même nom.





- L'insatisfaction de ces besoins génère la motivation au travail ou pour le travail.
- L'intérêt au travail réside dans la satisfaction à peu près équilibrée de ces besoins.
- Si pour un ensemble de raisons et de causes identifiables ou pas, tout ou partie de ces besoins ne sont pas satisfaits, cette insatisfaction multifactorielle se traduit pas du stress au travail.
- Quand ce stress au travail touche plusieurs besoins, et perdure sans le moindre espoir de changement, la souffrance au travail apparaît.
- Le burn-out est l'une des expressions paroxystiques de la souffrance chronique au travail, de l'épuisement professionnel.
- Il dépend de la durée d'exposition au stress, de l'intensité de ce stress, de la résistance individuelle au stress, de ses causes mais également de l'espoir que la situation pourrait s'améliorer... ou pas.
- Ainsi, dans un métier dur, nécessitant une certaine force physique... et plutôt une bonne santé, aux horaires peu propices à la vie de famille, parfois fractionnés, à la rémunération peu valorisante, quand la crainte de perdre son emploi est omniprésente et qu'on est seul-e à nourrir trois bouches à la maison, même si on est très résistant-e, les facteurs du burn-out sont en place... et

avec le temps, des trouble physiologiques puis psychologiques peuvent apparaître.

- L'épuisement professionnel puis la souffrance au travail et son paroxysme qu'est le burn-out et ses conséquences, par leurs impacts multidimensionnels individuels et collectifs, sont des risques psychosociaux qui peuvent, s'ils ne sont maîtrisés, conduire à des dommages individuels qui seront pris en compte par le système de santé pour les victimes et des dommages collectifs, à la fois pour les usagers et pour l'établissement lui-même.
- Celui-ci peut alors voir se développer des boucles de rétroactions positives* de plus en plus péjoratives en termes de conséquences pour tout le monde, salariés, encadrement, établissements, usagers, collectivité, etc.
- Stress, souffrance au travail, burn-out, absentéisme, augmentation de la charge de travail pour ceux qui restent, augmentation du stress et de la souffrance au travail, burn-out et ainsi de suite dans la boucle de rétroaction positive ou cercle vicieux !
- Voici, résumé de façon synthétique le problème...

On ne peut résoudre un problème sans s'attaquer à ses causes !

Ce qui a pour corolaire que, passer du problème à ses solutions sans passer par l'identification et l'analyse de ses causes, est la garantie que les choses vont aller de mal en pis, provoquant encore plus de frustration et créant, comme si on en avait besoin, une ou de nouvelles boucles de rétroaction positive*.

DES CAUSES

De façon synthétique 4 grand champs de causes ont été identifiées (d'après l'INRS) :

Le salarié ou l'agent est ainsi exposé aux risques suivants :

Violences externes : insultes, menaces directes, agressions physiques ou verbales, incivilités commises sur les salariés par des personnes externes à l'institution,

Stress professionnels : la perception qu'à l'individu de l'écart entre ce à quoi il doit répondre, missions, tâches, etc. et les ressources dont il dispose, temps

de travail, capacités physiques, compétences et capacités personnelles à faire face à ces différentes contraintes cumulées, facteurs de vulnérabilité, effets de chronicité des contraintes et durées d'exposition, image de soi, « coup de bourre » ou « charrette » en permanence...

Violences internes : insultes, menaces directes, agression, incivilités commises par les salariés entre eux, harcèlement moral (hiérarchique direct ou systémique indirect) ou encore vécu ou ressenti comme tel, harcèlement sexuel, ou ressentis comme tels, conflits exacerbés, conflit d'allégeance et/ou de valeurs, contraintes systémiques irrésistibles ou perçues comme telles, injonctions paradoxales (exemple : quantité et densité des tâches rapportées au temps imparti).

Induits par l'activité elle-même (exemple : contact avec des usagers en fin de vie ou agressifs, image de sa propre déchéance et de sa propre mort, etc.) ou par son organisation (exemple : effet du « petit chef », conflit d'allégeance, absence d'espace d'échange et de parole, relation hiérarchique impossible, conflit éthique, etc.).

Volet RPS du Document Unique d'Évaluation des Risques professionnels

Au repérage des risques avec une bonne méthode et par les professionnels eux-mêmes (objectif de la cartographie des risques professionnels formalisés et valorisés dans le volet RPS du document unique), doit succéder une analyse quantitative, qualitative et systémique de ces risques quant à leur impact (gravité des conséquences). De plus et comme évoqué plus haut, les effets de l'exposition à plusieurs de ces causes ou facteurs de risques, s'inscrivent dans une boucle de rétroaction positive aggravant entre elles les conséquences de cette exposition (exemple : personne soumise à des risques d'agression car ne maîtrisant pas la pathologie de l'usager, en précarité sociale et présentant des difficultés à exprimer son ressenti).

DES CAUSES AUX SOLUTIONS

L'analyse sera conduite par et avec les parties prenantes, toutes les parties prenantes que sont : Les acteurs de terrain, tous niveaux de hiérarchie confondue dans la mesure où l'exposition ET la

vulnérabilité à l'épuisement professionnel et à la souffrance au travail et son paroxysme ne sont pas réservés à une catégorie socioprofessionnelle plus qu'à une autre, soit du personnel d'exécution et de production comme à l'encadrement ainsi qu'au personnel de direction.

Les représentants du personnel ou les membres de la Délégation Unique du Personnel (DUP).

Les professionnels en charge de la gestion des personnels et à la surveillance de leur santé au travail.

Les membres du Comité d'Hygiène, de Santé et de Sécurité au Travail (CHSCT) et/ou de la structure qui lui succède, le Comité Social et Économique (CSE) qui en reprend et en étend les missions (ou de la DUP si une telle instance les remplace).

Les professionnels de la Santé et de la Sécurité au Travail dédiés au personnel de l'établissement, médecin et psychologue du travail, infirmière du travail et préventeur des risques professionnels.

Plutôt même qu'identifier les causes, aujourd'hui malheureusement trop bien connues, bien plus intéressant est de répertorier les actions de préventions susceptibles d'atténuer voire d'éliminer ces causes et de consolider les professionnels face à ces causes quand bien même ne serait-il pas possible de les supprimer totalement.

LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

Quand les préventions évoquées ci-dessous n'auront pu être mises en place, n'aurons, pour des raisons diverses, pas pu être mises en œuvre et que le stress professionnel aura induit la souffrance ressentie au travail, prouvant l'insuffisance ou l'inadaptation des préventions, voir aller jusqu'aux épisodes paroxystiques de la dépression, du burnout ou du passage à l'acte, se mettront alors en œuvre mais trop tard les dispositifs institutionnels que sont les conduites à tenir « en cas de... » rappelés dans la documentation fournie au salarié.

- Ces conduites à tenir sont connues et efficaces. Mais leur mise en œuvre prouve que la prévention fut et est encore et toujours insuffisante.
- C'est pourquoi nous nous focaliseront sur les préventions... !
- C'est pourquoi nous nous poserons les trois questions suivantes :
 - Sont-elles mises en œuvre dans notre établissement ?
 - Si tel est le cas, sont-elles efficaces ?
 - Et si ce n'est pas le cas, pourquoi ?

À partir de ce point du dossier, l'article vous permet de faire la revue des dispositifs de prévention de la souffrance au travail en fonction de la façon et du niveau de leur déploiement au sein de votre structure :

- 1) Existants, mis en œuvre et efficace, mais s'assurer de façon périodique (annuelle) que les dispositions mise en œuvre perdurent dans leurs effets et dans le temps.
- 2) Existants, mis en place, quelques effets positifs et à pérenniser, améliorer ce qui est déjà fait et mettre en place de nouveaux dispositifs nécessaires et en recherchant leur efficacité.
- 3) Émergents, perfectibles, pas encore efficaces, quelques nouvelles actions de prévention repérées mais à initier et surtout rendre efficaces celles qui sont déjà déployées si tant est qu'il y en ait.
- 4) Mesure ou dispositif inexistant.

Prévention endogène du stress professionnel

Dispositif de prévention basés sur le renforcement individuel de chaque professionnel en fonction de sa propre exposition à ces risques :

Cotation	Méthodes ou dispositif de prévention de la souffrance au travail/burn-out
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Formation à la médiation , à la prévention des conflits et à la gestion des personnalités difficiles, toutes catégories socioprofessionnelles confondues.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Formation à la relation avec l'utilisateur présentant de troubles de la personnalité et de pathologies psychiatriques , liées ou non à l'âge, toutes catégories socioprofessionnelles confondues.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Formation à la communication assertive , associée à l'écoute bienveillante, toutes catégories socioprofessionnelles confondues, basée sur l'expression du ressenti et l'acceptation de l'expression du ressenti de l'autre.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Consultation préventive avec le médecin du travail ou le psychologue du travail lorsque l'exposition au risque est ressentie et exprimée par le professionnel concernés, mise en place des mesures personnelles de prévention (exemples : adaptation du poste de travail, transitoire ou permanente, formation préventive, organisation du renfort et du soutien hiérarchique, orientation éventuelle vers la consultation adaptée).
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Formation des cadres à l' écoute active , organisation d'espaces individuels de parole. S'ajoute souvent à la souffrance au travail, un sentiment de solitude et d'abandon, parfois aggravé par le sentiment ou la réalité, d'être abandonné, de ne pas être écouté... ni entendu, que tout va continuer et qu'il n'y pas de solution...

Prévention des situations à risque de stress professionnel dans la relation avec l'utilisateur

Dispositif institutionnel de repérage et de prévention des situations à risques :

Cotation	Méthodes ou dispositif de prévention de la souffrance au travail/burn-out
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation d'espaces et/ou de groupes de parole dédiés à ces situations liées à la relation à l'utilisateur au travers de l'organisation du service, la charge de travail, l'expression du ressenti de malaise au travail, basée sur la bienveillance.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation de groupes de travail multidisciplinaire sur l'actualisation des pratiques professionnelles de prise en charge, d'accompagnement des personnalités difficiles et des pratiques de renfort ou de relai associées, de maîtrise de la relation avec l'utilisateur et/ou l'entourage en crise relationnelle. Un certain nombre de situations sont susceptible de dégénérer si les personnels impliqués ne disposent pas des compétences et donc du recul nécessaires (exemples : gestion des patients atteints de pathologies psychiatriques ou apparentées, personnalités complexes et/ou manipulatrices, troubles liés à l'âge ou pas, surpoids important (risques de Troubles Musculo Squelettiques (TMS) associés), etc.).
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation de staff , de synthèse ou de réunion pluridisciplinaires ciblé sur la relation avec l'utilisateur présentant des facteurs de risque agressif par exemple. Moyen, par l'expression du ressenti de pas laisser le professionnel confronté aux difficultés, isolé devant une situation qu'il ne peut maîtriser seul.

Prévention des situations à risque liées à l'organisation et à la vie institutionnelle

Dispositif institutionnel de repérage et de prévention des situations à risques :

Cotation	Méthodes ou dispositif de prévention de la souffrance au travail/burn-out
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Formation puis mise en œuvre des bonnes pratiques du travail en équipe, du team-building, d'équipe apprenante. La taille des établissements, l'hébergement et leur effectif sont des facteurs de risques. En effet, l'aide-soignante de nuit dans un EHPAD se retrouve souvent isolée lorsque le second membre de l'équipe intervient auprès d'un premier usager.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation du temps de travail pour rendre celui-ci compatible avec la charge de travail (exemples : nombre des usagers à prendre en charge pour un horaire donné, marge de manœuvre pour assurer les soins relationnels associés aux soins et à l'accompagnement prescrit, surveillance, aide et assistance à la prise du repas, à la toilette et à l'installation au lit et/ou au fauteuil). Ce point fait explicitement référence aux effectifs et aux ressources. Il est en étroite relation avec la question des valeurs (voir ci-dessous).
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation du temps de travail pour limiter le fractionnement, les coupures et les ruptures de charge. La fatigue induite par l'organisation du travail peut être un facteur aggravant et dont il doit être possible de tenir compte. Il en va de même du temps de trajet.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation de temps de repos inclus dans le temps de travail mais hors du contact et/ou de proximité avec les usagers.

Prévention des situations à risque liées au contexte social et sociétal

À l'image de ce qui se fait au profit des usagers, à savoir la promotion de la bienveillance et la prise en compte de l'utilisateur dans toutes ses dimensions d'une part, la prévention de la maltraitance d'autre part, il revient à l'établissement d'organiser la bienveillance et de surveiller le risque de maltraitance et/ou de ressenti de maltraitance par ses personnels, toutes catégories socio-professionnelles confondues :

Cotation	Méthodes ou dispositif de prévention de la souffrance au travail/burn-out
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Dispositif institutionnel de repérage et de prévention des situations institutionnelles à risques , surveillance de la fatigue ou de la tension professionnelle, surveillance des accidents du travail liés à la fatigue professionnelle.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation, optimisation et amélioration du dialogue social .
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation effective et efficace du CSE* ou de la DUP*.

GLOSSAIRE

- ***Boucle de rétroaction positive** système au sein duquel l'effet dommageable d'un problème en renforce les causes (aussi connu sous le nom de feedback). Exemple : absentéisme lié à la surcharge de travail ; augmentation de la charge de travail pour l'équipe ; épuisement des professionnels augmentant l'absentéisme.
- ***CSE (Comité Social et Économique)** instance représentative du personnel qui succède aux anciennes instances représentatives suivantes : DP : délégués du personnel, CHSCT : comité hygiène sécurité et conditions de travail et CE : comité d'entreprise, progressivement à compter du 1^{er} janvier 2018.
- ***DUP (Délégation Unique du Personnel)**

Prévention des situations à risque liées aux valeurs

L'évolution actuelle des exigences et des valeurs s'imposant aux salariés ne semble pas aller dans le sens de la satisfaction des besoins tels que évoqués dans les niveaux 3 – Besoin d'estime de soi, 4 – Besoin d'appartenance et 5 – Besoin de s'accomplir, de la pyramide des besoins élémentaires de Maslow (vois supra).

Cotation	Méthodes ou dispositif de prévention de la souffrance au travail/burn-out
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Dispositif d'écoute collectif et individuel , la souffrance au travail étant souvent vécue de façon intime voir cachée lorsque l'on craint pour sa place dans l'entreprise, ou encore pour l'image qu'on a de soi ou que les autres ont de soi-même.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Organisation et mise en œuvre permanente de la réflexion éthique sur les valeurs de l'institution et leur expression dans l'organisation et la vie quotidienne des personnels au profit de l'utilisateur.
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Mettre en place puis déployer une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) et surveiller la mise en œuvre effective et l'efficacité des projets déployés dans la continuité de la démarche. Si elle est susceptible d'améliorer la qualité de vie au travail, la démarche QVT peut servir de cadre au déploiement des actions préconisées dans le présent dossier.

Le déploiement de toutes les actions préconisées ne pourra jamais anéantir le risque de souffrance au travail, le risque d'épuisement professionnel et le risque de burn-out mais l'effet positif et cumulatif de chacune d'entre-elles sur les autres pourra, à terme, en inverser le cercle vicieux.

Résultats pour votre structure :

total de 1	
total de 2	
total de 3	
total de 4	

CONCLUSION

Le burn-out trouve son origine dans le stress et l'épuisement professionnel.

De nombreux facteurs de stress entrent en résonance pour en aggraver les conséquences dommageables pour l'individu, conséquences allant de la souffrance silencieuse préjudiciable à terme au passage à l'acte dans les cas les plus dramatiques.

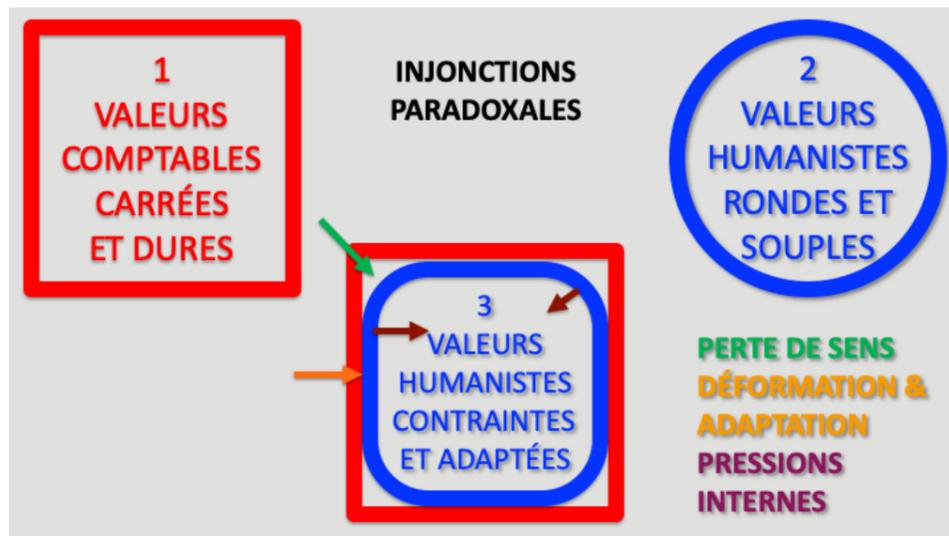
La démarche de qualité de vie au travail peut donner des pistes d'amélioration institutionnelle pour des conditions de travail moins stressantes... pour autant que ces pistes soient effectivement mises en œuvre.

Trouvant son origine dans un faisceau de causes, les risques de burn-out peut être... ou pas maîtrisé jusqu'à être ramené à un niveau individuellement, institutionnellement et socialement acceptable.

Les soignants sont dans le champ des valeurs humanistes, c'est-à-dire rondes et souples.

La gestion comptable des institutions est dans le champ des valeurs carrées et solides.

La souffrance au travail et son paroxysme qu'est le burn-out sont le résultat de l'adaptation et de la déformation des valeurs souples et humanistes devant s'adapter aux valeurs comptables, carrées et dures.



 **PAREDES**
Solutions d'hygiène et de protection professionnelles

*Par-delà nos produits,
vous accompagner*



Plus de 7000 clients bénéficient de l'expertise de nos équipes dédiées au secteur de la santé, au travers de nos 9 sites en France.

PAREDES, créateur de l'usage unique, conçoit, fabrique et distribue depuis plus de 5 décennies, des produits et solutions innovantes en matière d'hygiène et de protection professionnelles.

Grâce à des solutions globales et personnalisées, nous assurons une propreté irréprochable de vos établissements, en garantissant la sécurité de votre personnel, de vos patients et résidents, dans le cadre de budgets maîtrisés.

www.paredes.fr

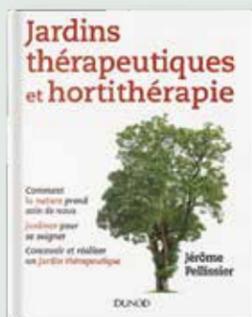


320 pages - mai 2019

Humanitude

Comprendre la vieillesse,
Prendre soin des Hommes vieux

Yves Gineste, Jérôme Pellissier
Comprendre la vieillesse, découvrir et affirmer la capacité des hommes vieux, malgré les difficultés qui les éprouvent, à vivre leur vie dignement jusqu'au bout, proposer des outils qui permettent d'aider dans le respect et la tendresse, c'est le pari de ce livre. Les auteurs nous guident sur les chemins d'une science pratique au service du bien-être et de la qualité de vie.

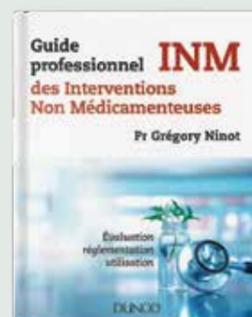


368 pages - mai 2017

Jardins thérapeutiques et hortithérapie

Comment la nature prend soin de nous, Jardiner pour se soigner, Concevoir et réaliser un jardin thérapeutique

Jérôme Pellissier
La nature ne cesse de prendre soin de nous, mais il arrive qu'elle soit parfois inaccessible, parce qu'une maladie, un handicap, ou le grand âge, nous affaiblit. Ce livre expose l'éco-psychologie et les principes fondamentaux de ces jardins; il conseille sur les étapes de création, et présente les différentes formes de thérapies avec le jardinage.



228 pages - mars 2019

Guide professionnel des Interventions Non Médicamenteuses

Évaluation, règlementation, utilisation
Pr Grégory Ninot

Prévenir, soigner et guérir grâce aux INM
Depuis 2000, des études rigoureuses permettent d'isoler des méthodes non invasives et non pharmacologiques, efficaces et sûres pour la santé humaine. Les scientifiques les appellent des interventions non médicamenteuses (ou INM).

Retrouvez tous les titres de la collection sur dunod.com



- Des manuels complets d'auto-formation
- Des conseils d'experts et des outils pédagogiques
- Un approfondissement de sa pratique avec les thérapies complémentaires

BON DE COMMANDE

COMMANDEZ :

- par courrier à **Dunod Éditeur**
11, rue Paul Bert, CS 30024, 92247 MALAKOFF Cedex
- en ligne sur dunod.com

CONTACTEZ NOTRE SERVICE CLIENTS :

- par mail : infos@dunod.com
- par téléphone au **0 820 800 500** Service 0,12 € / min + prix appel

ADRESSE DE LIVRAISON	
ORGANISME	
NOM / PRÉNOM	
ADRESSE	
CODE POSTAL	VILLE
TÉLÉPHONE	E-MAIL

VOTRE SÉLECTION			
TITRE	QTE	PRIX UNITAIRE TTC	TOTAL TTC
Humanitude	<input type="text"/>	29.00€	<input type="text"/>
Jardins thérapeutiques et hortithérapie	<input type="text"/>	29.90€	<input type="text"/>
Guide professionnel des interventions non médicamenteuses (INM)	<input type="text"/>	24.50€	<input type="text"/>
Livraison Colissimo Access*			0.01€
NET À PAYER			<input type="text"/>

*France métropolitaine uniquement.
Pour les DOM et l'étranger, merci de nous consulter.
Offre valable jusqu'au 31/12/2019.

VOTRE RÈGLEMENT

- Par chèque à l'ordre de Dunod Éditeur
- À réception de facture (valable pour les sociétés uniquement)

Consultez les conditions générales de vente sur www.dunod.com/cgv

DUNOD
une page d'avance

Contention et liberté d'aller et venir en établissement

En 1997, la Cour de Cassation avait condamné deux gestionnaires d'une maison de retraite à 6 mois d'emprisonnement pour délit de violences volontaires envers plus d'un tiers des pensionnaires dont ils avaient la charge. Il leur a été reproché de soumettre les personnes âgées à des contentions systématiques, chaque jour, de 18 h 30 au lendemain matin. Cette décision de justice rappelle que l'usage de systèmes de contention n'est préconisé qu'en dernier recours, car il atteint la dignité des personnes âgées. En EHPAD, la prescription d'une contention doit ainsi être aujourd'hui fortement encadrée, et, à défaut d'être obligatoires, diverses bonnes pratiques sont recommandées lorsque la décision devient inévitable. Avec l'intervention de Katherine Gardella, retrouvez dans EHPAD Magazine tout ce que les professionnels en établissements sanitaires et médico-sociaux doivent connaître sur la contention : ce que c'est, quelle est son efficacité et s'il existe des stratégies alternatives et comment les mettre en place.

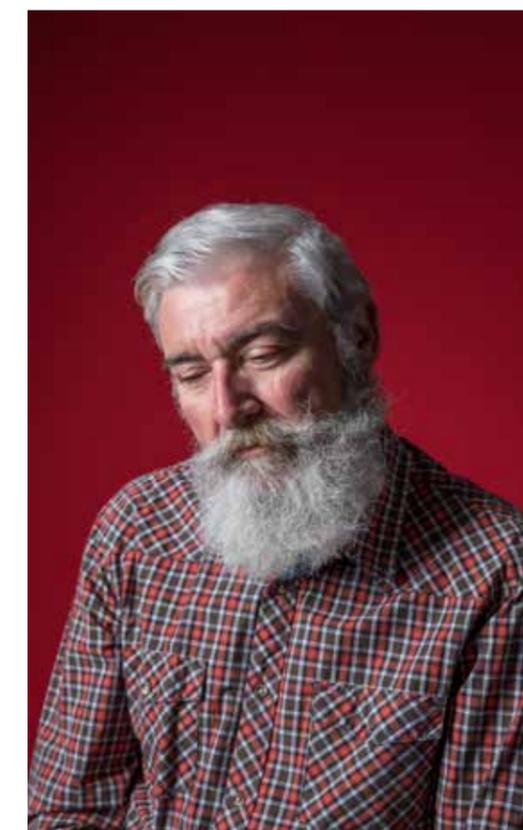
La contention, qu'est-ce que c'est ?

Lorsque la thématique de la contention et de la liberté d'aller et venir en EHPAD est abordée très rapidement le système des barrières de lits, installées pour réduire les risques de chute des personnes âgées, est évoquée. De nombreux autres types de contention existent pourtant, mais il convient dans un premier temps d'en savoir davantage sur la véritable définition de cette pratique avant de s'étendre sur ses différentes variantes.

Étymologiquement, plusieurs termes latins semblent être à l'origine du mot contention. *Contentiere*, qui signifie maintenir ensemble et *contentio* qui se traduit par lutte, sont ainsi des termes ayant directement un lien avec le mot contention. Selon l'Encyclopédie Universalis dans sa version de 2005, l'une des définitions du mot contention désigne l'immobilisation d'un malade ou d'un animal, pour mieux le soigner.

Dans la pratique, au sein des établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes, la contention est souvent prescrite pour prévenir les risques de chutes, pour maîtriser une agitation ou pour restreindre une déambulation. Les professionnels ont recours à cette pratique, qui suscite des problématiques diverses autour des questions d'ordre éthique et déontologique.

C'est l'une des raisons pour lesquelles, en 2000, la Haute Autorité de Santé alors ANAES ou Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, a d'ailleurs amené une précision importante quant à la définition de la contention. Lorsqu'elle est physique, dite également passive ou mécanique, celle-ci se « caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté ». La contention manuelle quant à elle n'est autre que l'immobilisation ou le maintien d'une personne en ayant recours à la force physique.



Tour d'horizon des différentes formes de contention

Outre sa variante mécanique et physique, d'autres catégories de contention existent également. Ainsi, celle dite médicamenteuse ou pharmacologique est l'un des types de contention les plus pratiqués. Concrètement, elle consiste à administrer des psychotropes à une personne âgée dans l'objectif de réduire sa mobilité. La contention architecturale quant à elle se présente comme l'utilisation soit des aménagements divers et variés d'une pièce ou soit du local lui-même afin de réduire la libre mobilité des résidents. Enfin, la contention **psychologique** cherche à contraindre une personne âgée en mouvement en lui lançant diverses injonctions de manière répétée : « *ne bougez pas, vous allez chuter* », « *restez au lit, vous risquez de tomber* », etc.

Toujours en guise d'illustration, l'administration de somnifères, de tranquillisants ou de certains neuroleptiques sédatifs s'apparente ainsi à une **contention pharmacologique**, car ces

produits sont en quelque sorte destinés à réduire les mouvements d'une personne âgée. Les dispositifs pour la mise en place d'une **contention architecturale** sont quant à eux nombreux, allant des portillons d'escaliers aux clôtures en passant par les fermetures de chambre avec des codes, par exemple. Un éventail d'équipements et de dispositifs permet enfin de recourir à la **contention mécanique**. L'objectif de la prescription est dans ce cas de maintenir la personne âgée sur un fauteuil ou dans un lit, en ayant recours à l'usage de barrières, de ceintures, de harnais, de gilets et de sangles thoraciques, d'attaches de poignets et de chevilles, de sièges gériatriques, etc.

Prescription d'une contention pour diverses situations

Dans la pratique, de nombreux motifs peuvent justifier la prescription d'une contention. La **protection et la sécurité** de la personne âgée

elle-même comptent ainsi parmi les principales raisons qui peuvent amener les professionnels de santé à faire usage de cette pratique. Il en est ainsi de la crainte des chutes par exemple. L'installation de barrières ou de demi-barrières de lit, qui sont des dispositifs de contention, est ainsi l'une des résolutions adoptées dans une telle situation.

Outre les craintes de risques divers sur la santé du patient, la prescription d'une contention peut également être constatée lorsqu'une personne âgée devient **agressive** ou devient **excessivement agitée**. Lorsque le résident âgé déambule et que cette situation pourrait le mener à l'épuisement, les équipes en établissement peuvent également prendre la décision d'une contention.

Chargée de Mission pour Asshumevie, association œuvrant pour la garantie de la bientraitance en établissements sanitaires et médico-sociaux avec l'attribution du **label Humanitude**, Katherine Gardella estime que « *la contention exceptionnelle peut être prescrite s'il y a un risque pour la personne âgée, par exemple, si elle se met en danger* ».

Pour cette ancienne cadre supérieure de santé, les divers cas qui suivent ne sont pas exhaustifs, mais sont susceptibles de conduire à la prescription de **manière exceptionnelle** de la contention :

- risque d'arracher des dispositifs, perfusions, transfusions, etc.,
- risque de s'arracher un pansement, un plâtre, etc.,
- risque de se blesser, risque de partir s'il y a un danger proche,
- ou si la personne âgée risque de mettre en danger l'entourage.

En l'absence de statistiques récentes sur le sujet, les chiffres présentés par l'ANAES en 2000 permettent de constater que la contention mécanique et physique des personnes âgées est une pratique loin d'être exceptionnelle... Ainsi, à la fin du XXe siècle, la prévalence des contentions était estimée entre 18 et 22 % chez les personnes âgées de plus de 65 ans durant un séjour à l'hôpital.

Au sein des établissements de long séjour, ce taux variait de 19 à 84,6 %.

Cette prescription soulève pourtant des questionnements variés, et notamment sur les dimensions éthiques et déontologiques.

Liberté d'aller et venir, éthique et contention physique

En matière de réglementation, les lois ainsi que les chartes diverses et variées garantissent la **liberté fondamentale d'aller et venir à tous les individus**, et en particulier aux personnes âgées en établissement. Ainsi, en son **article 16**, le **Code civil** affirme tout d'abord les principes d'interdiction de toute atteinte, de l'inviolabilité ainsi que du respect du corps humain. En ce qui concerne la population des seniors en établissement en particulier, la charte des droits de la personne âgée en situation de handicap et de dépendance souligne par ailleurs que les concernés conservent la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

L'objectif de la contention physique étant

d'entraver ou de limiter les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps d'une personne âgée, de sa prescription naît donc une contradiction évidente avec l'esprit des lois et des chartes. Cette opposition est d'autant plus renforcée quand il est constaté qu'aucun texte réglementaire n'empêche l'usage de l'un des systèmes de contention physique ou mécanique précédemment évoqués. En réalité, si la prescription d'une contention est autorisée sur une personne âgée en établissement, plusieurs conditions doivent tout d'abord être réunies, et **l'épuisement de toutes les autres alternatives** doit être constaté, en amont de la validation de la décision.

Dans l'absolu, la contention physique est donc en **totale opposition avec l'éthique**, en contraignant les personnes âgées dans leur droit fondamental à bouger et à se déplacer. Sur ce point en particulier, Katherine Gardella a un point de vue bien tranché en affirmant que cette pratique « *va à l'encontre de la liberté d'aller et venir et qu'elle devrait être interdite* ». Les professionnels en établissement doivent ainsi se rappeler en permanence que « *la pose d'une contention doit rester exceptionnelle, provisoire, prescrite et avoir un plan de surveillance et un plan de compensation* », comme le précise la chargée de mission Asshumevie.

Pour les professionnels de santé, la liberté d'aller et venir des personnes âgées doit en effet être la règle, et la prescription de la contention n'est alors envisagée qu'en **dernier recours**. L'existence de divers textes régissant les professions médicales, comme le serment d'Hippocrate ainsi que les différents décrets relatifs à la déontologie des métiers du secteur santé mettent d'ailleurs en exergue l'ambition et la finalité des actions qui sont d'apporter des soins, de promouvoir l'autonomie ou d'exercer ses fonctions **dans le respect de la vie, de la dignité et de la personne**.

Efficacité et risques de la contention

Outre leur antagonisme avec l'éthique et la déontologie, l'absence d'études scientifiques concluantes sur l'efficacité des mesures de contention donne également lieu à l'apparition

d'un certain sentiment de méfiance envers cette pratique. À l'opposé de dégager des avantages directement constatables, la contention crée en effet des **risques nouveaux** tant pour la personne concernée que pour l'entourage et les professionnels œuvrant au sein des établissements.

À l'instar de l'apparition ou de l'aggravation d'une agitation ou d'une confusion chez le résident âgé visé par la démarche, diverses complications sont en effet susceptibles de se présenter durant une contention. Les escarres, la perte d'appétit, les contractures et les douleurs physiques sont ainsi autant de **syndromes d'immobilisation** que la prescription d'une contention peut éventuellement provoquer.

Il a même été remarqué que dans certains cas, cette pratique mène vers une amplification de la perte d'autonomie ainsi que vers une **augmentation de la durée d'hospitalisation**. Par ailleurs, la mortalité des personnes âgées est également concernée, et des décès par asphyxie, par étranglement ou résultants de traumatismes en lien avec la contention ont déjà été recensés.

Si les risques encourus par les résidents existent, des effets pernicieux de la pratique de la contention sont remarqués chez les professionnels en charge d'appliquer ces dispositifs. Il arrive ainsi que certains membres des équipes de soins éprouvent des difficultés à concilier la contention avec le respect de la dignité et de l'autonomie des résidents. Lorsque c'est le cas, le sentiment de sécurité attendu et recherché par la mise en place d'une contention fait alors défaut, et en lieu et place les professionnels **peuvent ressentir angoisse et pénibilité**.

Les alternatives à la contention

Au vu de ces risques avérés liés à une contention et en raison de son opposition avec l'éthique et la déontologie, il est donc plus que recommandé que sa prescription soit décidée **seulement en cas d'urgence** et uniquement en **dernier recours**. La recherche d'alternatives devient ainsi inévitable, dès lors que la situation d'une personne âgée le



requiert, comme le souligne la chargée de mission d'Asshumevie : « avant de prescrire une contention il faut avoir la certitude que toutes les alternatives aient été envisagées et avoir fait la balance bénéfiques/risques car les risques sont importants ».

Katherine Gardella amène ainsi des pistes concrètes en vue de définir une alternative à la contention au sein de chaque établissement. La chargée de mission Asshumevie précise ainsi que « pour définir les stratégies, il faut tout d'abord faire un état des lieux :

- pour quelle raison a-t-on pensé mettre une contention ?

- par exemple, en cas d'agitation d'un résident âgé, faire une recherche holistique de tout ce qui peut en être à l'origine : clinique, biologique, iatrogène, mais aussi relationnelle, environnementale, contextuelle, analyse des besoins : boire, manger, éliminer, dormir, être en relation, des problèmes cutanés, douleurs, installation, peurs, angoisses, incompréhension de la situation, etc.,

- toujours réfléchir à plusieurs, les soignants de proximité savent observer et faire des liens pour trouver des solutions et faire preuve d'inventivité. »

Ces pistes sont en totale conformité avec les nombreuses propositions de l'ANAES en vue de limiter le recours à la contention physique des personnes âgées en établissement sanitaire et médico-social. Ainsi, il est recommandé avant tout que les professionnels de santé fassent une **évaluation soigneuse des besoins et de l'environnement** du patient. Chaque équipe doit ensuite avoir la possibilité d'adapter une alternative en fonction du cas de chaque résident dont la situation requiert une observation.

Par exemple, pour les risques liés à la **déambulation excessive**, les sources médicales sont en premier lieu explorées : s'agit-il d'une situation issue d'une anxiété, en lien avec un nouveau traitement médicamenteux ou les conséquences d'une douleur, etc. Différentes mesures peuvent ainsi être adoptées en fonction des **réponses identifiées**. Ensuite, une adaptation de l'environnement de la personne âgée permet par ailleurs de contrôler la situation, par exemple, en aménageant des espaces de déambulation sécurisés ou en améliorant la sécurité des lieux. **L'accompagnement de la personne âgée** est enfin primordial, tout au long de la démarche : faciliter son orientation en lui

présentant l'agencement des locaux et capter son attention à l'aide de signalétiques visuelles.

Au sein de certains EHPAD, la pratique de la contention est même inexistante, comme l'indique Katherine Gardella qui précise d'ailleurs que « de nombreux établissements labellisés Humanitude l'ont supprimé complètement en utilisant des alternatives : lits larges, positionnements avec coussins, accompagnement individualisé, pour prévenir, anticiper et éviter de la mettre en place ».

Les bonnes pratiques recommandées lorsque la contention est inévitable

La contention physique et mécanique étant donc un processus de soins à risque, l'ANAES a publié en 2000 des recommandations quand sa prescription est inévitable en établissement. Un groupe de travail a ainsi énoncé **10 critères** afin d'apporter un maximum de **sécurité** à cette pratique.

En établissement, toute prescription d'une contention repose ainsi sur la décision de l'équipe pluridisciplinaire. Sur ce point en particulier, Katherine Gardella soutient que « la décision ne peut en aucun cas être prise par une seule personne, il faut une décision pluridisciplinaire et assurer la traçabilité de la réflexion en notant les membres présents dans le dossier de la personne et, dans les cas, son utilisation doit être réévaluée toutes les 24 heures pour juger de son maintien ou non avec bien entendu une surveillance de l'effet de la contention sur la personne ».

La prescription d'une contention doit ainsi correspondre à un référentiel observant les différents critères suivants :

- **Critère 1** : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

- **Critère 2** : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

- **Critère 3** : une surveillance est programmée et

retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.

- **Critère 4** : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

- **Critère 5** : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel est installé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

- **Critère 6** : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.

- **Critère 7** : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.

- **Critère 8** : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

- **Critère 9** : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.

- **Critère 10** : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

INTERVIEW

Questionnaire pour Mme Katherine Gardella, anciennement cadre supérieur de santé, actuellement chargé de Mission pour Asshumevie association qui a créé et délivre le Label Humanitude et visiteurs expert évaluateur pour l'attribution du Label Humanitude



Dans quelle situation décider d'une mise en contention d'un résident en EHPAD ? Qui sont concernés par cette mesure ?

► **Katherine Gardella** : La pose d'une contention doit rester exceptionnelle, provisoire, prescrite et avoir un plan de surveillance et un plan de compensation. Tous les professionnels sont concernés car la décision doit être prise en équipe pluridisciplinaire. La contention exceptionnelle peut être prescrite s'il y a un risque pour la personne à contentionner ex : si la personne se met en danger - risque d'arracher des dispositifs perfusions, transfusions etc. ou risque de s'arracher un pansement, un plâtre etc. - risque de se blesser, risque de partir s'il y a un danger proche - si la personne risque de mettre en danger l'entourage Mais avant de prescrire une contention il faut avoir la certitude que toutes les alternatives aient été envisagées et avoir fait la balance bénéfiques/risques car les risques sont importants. Voir étude de l'AFSSAPS sur les dangers des barrières, demi-barrières, etc.

La mise en place d'une contention est une décision médicale. Dans les faits, à qui revient cette décision : au médecin coordonnateur, au personnel soignant ou à l'équipe pluridisciplinaire ?

► **K. G.** : La décision ne peut en aucun cas être prise par une seule personne, il faut une décision pluridisciplinaire et assurer la traçabilité de la réflexion en notant les membres présents dans le dossier de la personne et, dans les cas, son utilisation doit être réévaluée toutes les 24 H pour juger de son maintien ou non avec bien entendu une surveillance de l'effet de la contention sur la personne. Voir les recommandations de bonnes pratiques.

Est-ce que pour vous la contention peut être éthique ?

► **K. G.** : Pas du tout, cela va à l'encontre de la liberté d'aller et venir et pour moi devrait être interdite. De nombreux établissements labellisés l'ont supprimé complètement en utilisant des alternatives : lits larges, positionnements avec coussins, accompagnement individualisé, pour prévenir, anticiper et éviter de la mettre en place.

Quelles sont les stratégies alternatives à la contention ? Comment les mettre en place ?

► **K. G.** : Pour définir les stratégies il faut tout d'abord faire un état des lieux. Pour quelle raison a-t-on pensé mettre une contention ? Si agitation faire une recherche holistique de tout ce qui peut causer cette agitation (clinique, biologique, iatrogène, mais aussi relationnelle, environnementale, contextuelle, analyse des besoins : boire, manger, éliminer, dormir, être en relation, des problèmes cutanés, douleurs, installation, peurs, angoisses, incompréhension de la situation, etc.) Toujours réfléchir à plusieurs, les soignants de proximité savent observer et faire des liens pour trouver des solutions et faire preuve d'inventivité. 🌟

Plaies et cicatrisations : Les dispositifs de prévention de l'escarre encore sous-utilisés

L'EPUPAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) et le NPUAP (American National Pressure Ulcer Advisory Panel) définissent officiellement l'escarre comme « une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisants ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés : leur implication doit être encore élucidée ».

Cette pathologie touche plusieurs centaines de milliers de personnes chaque année en France, dont une grande partie chez les personnes âgées. Elle représente un véritable problème de Santé Publique et a un impact important sur la qualité de vie. Parmi les effets des escarres, il est notamment noté que cette pathologie peut provoquer une limitation des capacités fonctionnelles, et en particulier de la mobilité. Elle peut ainsi être la source d'une gêne douloureuse, accompagnée d'une souffrance morale et physique qui réduit la qualité de vie. Pourtant, si certaines observations notent une baisse relative de sa prévalence, l'usage des dispositifs médicaux doit être davantage développé afin de mieux prévenir l'escarre. Avec EHPAD Magazine, retrouvez les préconisations et les perspectives du SNITEM pour améliorer la prévention et la prise en charge des escarres.

Quels chiffres pour les escarres ?

En 2014, une étude transversale menée par Brigitte Barrois, François-André Allaert et Denis Colin indiquait une réduction de la prévalence des escarres, par rapport aux observations effectuées au cours des décennies précédentes. Ainsi, de 8,6 % en 1994, la prévalence est passée à 8,9 % en 2004 pour reculer à 8,1 % en 2014. Les auteurs de cette analyse estimaient alors que les actions menées au quotidien par les professionnels de soins étaient ainsi à l'origine de ce constat d'amélioration.

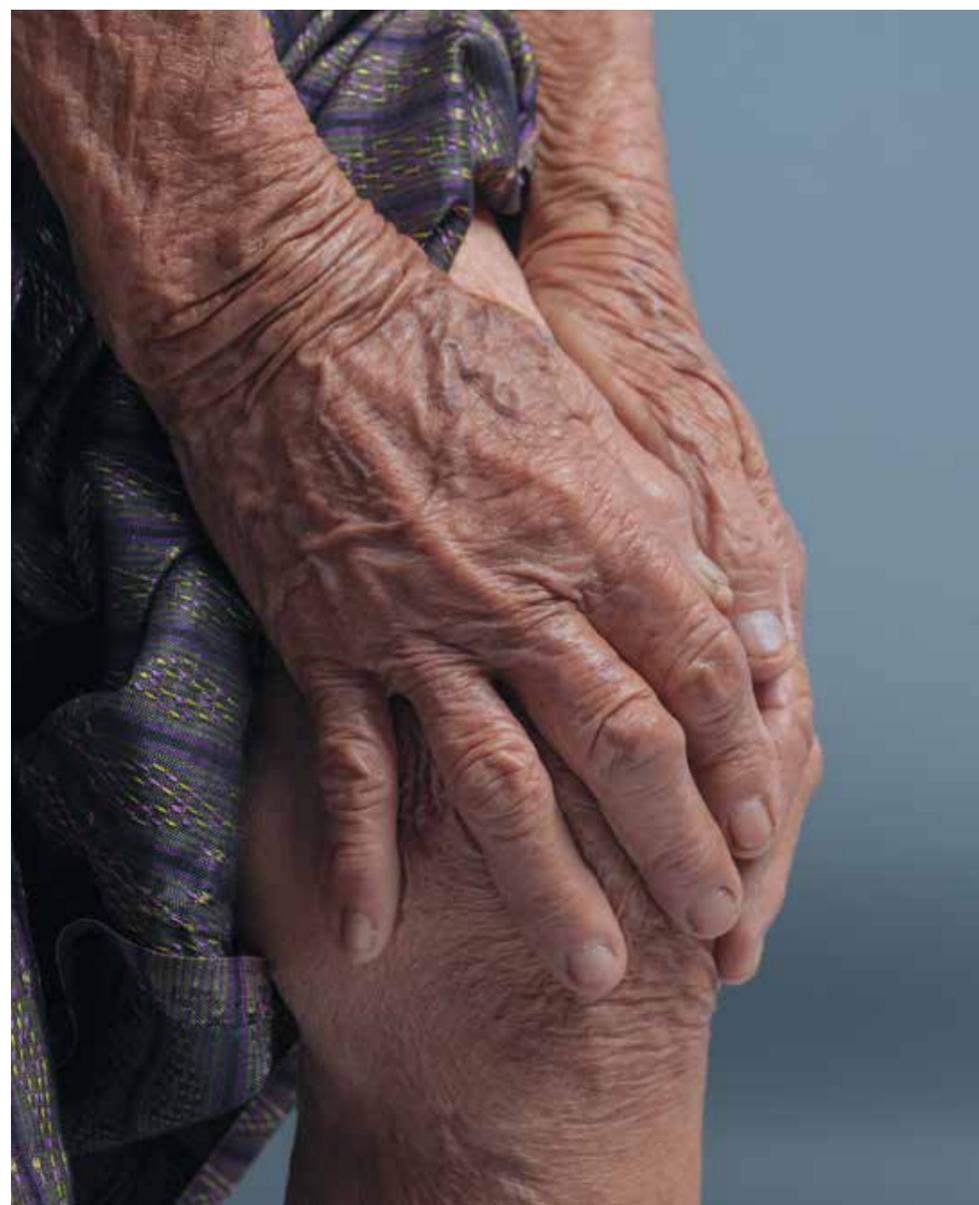
L'absence d'études supplémentaires empêche néanmoins les professionnels d'en savoir davantage et avec précision sur la situation globale actuelle de la survenue d'escarre. À l'instar de plusieurs spécialistes du sujet, le SNITEM ou Syndicat National des Industries et Technologies Médicales estime ainsi que « les escarres touchent plus de 300 000 nouveaux patients chaque année et que l'âge moyen des personnes atteintes est de 78 ans ».

Plus de 80 % des personnes atteintes d'escarres ont plus de 70 ans.

L'escarre est une pathologie plurifactorielle particulièrement fréquente chez les personnes âgées hospitalisées ou immobilisées à domicile ».

Traitement des escarres, un coût important pour la collectivité

Cette insuffisance de données précises et actualisées sur les escarres suggère que des leviers restent encore à actionner afin d'améliorer sa prévention et sa prise en charge. À ce propos, Nathalie Jarry, responsable de la communication



du SNITEM informe que « la traçabilité des escarres est une lacune cruciale du système de santé : il n'existe aucun moyen aujourd'hui de définir précisément le nombre d'escarres apparues. Une traçabilité plus exhaustive permettrait de mieux évaluer la prévalence de l'escarre et son impact en termes de santé publique et de dépenses pour l'Assurance maladie, sans aucun doute sous-évalués aujourd'hui ».

Pourtant si les statistiques sont insuffisantes et imprécises autour de l'apparition des nouveaux cas chaque année, le coût lié à leur prise en charge est de son côté bien connu. En 2011, la Caisse Nationale

Les escarres, une problématique de santé publique malheureusement méconnue

La souffrance physique provoquée par les escarres chez les personnes du grand âge, le nombre élevé de cas apparaissant chaque année et le coût conséquent lié à leur traitement exhortent alors les parties prenantes à trouver une stratégie plus adaptée pour y faire face. Les personnes âgées, tout spécialement celles fragilisées, sont à haut risque de lésions cutanées. Au-delà des effets dermatologiques, les conséquences vasculaires (ulcères artériels et/ou veineux), traumatiques, neuropathiques et de pression sont nombreuses.

Pour Nathalie Jarry, « si les escarres n'ont jamais été une cause nationale, il est essentiel de prendre en compte cette problématique de santé publique dans le cadre de la réforme de prise en charge de la dépendance pour les personnes âgées, puisqu'elles se développent très souvent suite à une immobilisation et/ou une hospitalisation. Source de souffrance et de coûts surajoutés, c'est par de bonnes connaissances et une politique de qualité des soins globale que les équipes de professionnels de santé pourront apporter la meilleure prévention et les soins les plus adéquats à ces patients ». La méconnaissance aujourd'hui de cette problématique de l'escarre, est due en partie parce « qu'aucune spécialité médicale n'est en charge exclusivement de sa prévention ou de son traitement, ce qui rend difficile une prise en compte optimale du risque d'escarre dans le parcours global du patient », poursuit-elle.

Prévention et traitement des escarres à l'aide de supports

La prévention et la prise en charge des escarres font l'objet de recommandations émises par la conférence de consensus en 2001. En EHPAD comme à domicile, un dépistage des facteurs de risque réalisé par les équipes de soins est la première étape des mesures générales de prévention, chez un résident dont l'état cutané est inaltéré, mais estimé à risque. Outre le jugement clinique des soignants, une utilisation de l'échelle d'identification de Braden est recommandée pour estimer les facteurs de risque.

Ces recommandations de prévention et de traitement des escarres annoncent également que l'utilisation de supports adaptés aux résidents et à

leur environnement est une priorité. Ces dispositifs médicaux concourent à diminuer les phénomènes douloureux et à réduire le temps d'obtention de la guérison de l'escarre. Ils se présentent sous de nombreux formats, des lits aux matelas, sans oublier les accessoires de positionnement et autres coussins de siège.

Pour le SNITEM, une politique de prévention plus efficace des escarres est indissociable à la banalisation de l'usage des supports et des dispositifs médicaux. Ce syndicat, qui « rassemble 430 entreprises qui sont à plus de 90% des TPE et des PME et dont la représentativité est de 80% à 100% en fonction des secteurs », estime en effet que, malgré leur disponibilité, le recours aux supports est aujourd'hui encore insuffisant.

Une dizaine d'entreprises adhérentes du SNITEM sont en effet concernées par la prévention des escarres. Elles proposent des dispositifs d'aide à la prévention des escarres regroupant des coussins d'assises et des matelas ainsi que des dispositifs d'aide technique à la posture. Nathalie Jarry continue alors en précisant que « les entreprises innovent sans cesse pour améliorer le confort du patient et optimiser la prise en charge, mais elles font face à une sous-utilisation des dispositifs de prévention de l'escarre ».

Ce constat se confirme par ailleurs lorsqu'il faut évoquer les personnes âgées résidentes à domicile. Selon la représentante du SNITEM, « aujourd'hui, les supports d'aide à la prévention et au traitement des escarres (SAPTE), remboursés par l'Assurance maladie, sont très méconnus, notamment des prescripteurs. Lits, lèves-personnes, aérosol thérapie, services personnalisés, domotique, objets connectés... En participant à l'équipement du domicile, les SAPTE permettent de répondre à la forte demande des personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible et de renforcer fortement la prévention de l'apparition d'escarres chez cette population à risque ».

Quelles pistes pour améliorer la prévention et le traitement des escarres ?

En France, le vieillissement de la population suscitera vraisemblablement une augmentation des personnes âgées dépendantes. En conséquence,



le nombre de cas d'escarres sera également plus élevé dans les années à venir en raison de cette augmentation des effectifs de la population à risque. **Pour lutter davantage contre cette pathologie, les solutions sont nombreuses:** améliorer davantage la qualité des soins en créant des programmes spécifiques, optimiser la formation des soignants afin de mieux déceler les sujets à risques, développer plus de dispositifs médicaux grâce aux progrès technologiques, etc.

Pour la responsable du SNITEM, les autorités de tutelle ont un rôle important à jouer pour diminuer au mieux la prévalence de l'escarre et **améliorer sa prévention et sa prise en charge.** Nathalie Jarry précise ainsi les préconisations du SNITEM tout en évoquant une piste cohérente : « *les pouvoirs publics peinent cependant à se saisir de l'enjeu à la fois sanitaire et économique des escarres, et ce, malgré des expérimentations fructueuses. Par exemple, le programme « Sauve Ma Peau », mis en place par l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France en 2013, a généré plus de 12 millions d'euros d'économies sur seulement 9 mois. La réforme de la prise en charge de la dépendance constitue une occasion particulièrement pertinente d'envisager sa généralisation.* ».

Les préconisations du SNITEM :

- **Généraliser** des programmes de **prévention** de l'escarre, à l'image du programme « Sauve Ma Peau » de l'Ile-de-France ;
- **Renforcer les dispositifs** de formation des professionnels (médecins, infirmiers, prestataires) aux escarres (dépistage, prévention, prise en charge) ;
- Améliorer la **pertinence des prescriptions** et mettre en place des **actions générales de prévention** appropriées de la détection des facteurs de risque ;
- Promouvoir l'utilisation de la **télémédecine** dans les territoires les plus reculés dans le suivi de traitement des escarres et de leur cicatrisation ;
- Dans la continuité du développement de l'ambulatoire, promouvoir le « vieillir mieux à domicile » et **mettre en œuvre les moyens** nécessaires ;
- **Sensibiliser** les patients âgés et leur entourage aidant à la problématique ;
- Mettre en place des **indicateurs de qualité** des soins dans les établissements de santé liés à l'apparition d'escarres.

Le SNITEM en quelques mots :

Le SNITEM est le Syndicat National des Industries et Technologies Médicales ou encore **le syndicat des fabricants des dispositifs médicaux.**

À ce titre et comme toute organisation professionnelle, son rôle est :

- d'informer ses adhérents à l'occasion de réunions dédiées aux actualités du secteur, à l'aide d'un fonds documentaire fait de fiches pratiques, de guides, de notes d'analyse et d'une veille dans les domaines juridique, réglementaire, fiscal...
- de défendre l'intérêt des adhérents en participant à de nombreux groupes de travail, qu'ils soient sectoriels ou transversaux et thématiques,
- de les représenter en interagissant avec toutes les parties prenantes de leur environnement : sociétés savantes, associations de patients, autres syndicats professionnels aussi bien français qu'europeens, administrations...
- de communiquer auprès des acteurs de son écosystème pour faire connaître et comprendre ce que sont les dispositifs médicaux et les enjeux des entreprises qui les fabriquent. ➔



GAGNEZ EN SÉCURITÉ GRÂCE À E-DRIVE FLEX

LA ROULETTE MOTORISÉE D'ASSISTANCE AU DÉMARRAGE

- Soulagement des charges et TMS*
- Facile à monter avec offre Plug & Play complémentaire
- Adaptable sur tous les chariots existants
- Possibilité d'acquérir un chariot équipé (T-Runner)



TENTE, leader sur le marché de la mobilité en milieu hospitalier.

Plus de renseignements sur E-Drive flex ? Contactez le

01 60 65 23 00
ou mobility.fr@tente.com



*troubles musculéo-squelettiques

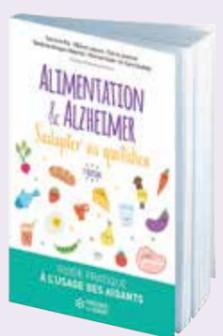


Penser la fin de vie
L'éthique au cœur d'un choix de société

Jacques Ricot
Préfaces de Jean Leonetti et de Philippe Pozzo di Borgo
Collection « Controverses »

352 p. • 19 €

2^e édition



Alimentation & Alzheimer
S'adapter au quotidien

Caroline Rio, Hélène Lejeune, Céline Jeannier, Sandrine Amigon-Waterlot, Martine Noah, Dr Carol Szekely
Préface d'Emmanuel Hirsch

160 p. • 27 €

Pour comprendre tous les enjeux éthiques du débat sur la fin de vie

Comment penser la fin de vie ? En clarifiant les notions fondamentales de finitude, souffrance, dignité et liberté, Jacques Ricot permet à chacun de mieux comprendre tous les enjeux de la fin de vie, qu'ils soient philosophiques, sociétaux ou juridiques. Ses réflexions s'appuient sur une connaissance fine des « affaires » médicales qui ont alimenté le débat et de la réalité de l'accompagnement des patients. Un ouvrage salutaire sur un sujet qui divise la société.

Un guide pratique à l'usage des aidants, à domicile et en institution

L'alimentation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée requiert une attention particulière pour garantir des apports suffisants et éviter la dénutrition. Comment accueillir d'autres façons de manger ou de cuisiner ? Comment faire face aux troubles de la déglutition ou au refus alimentaire ? Conçu par des diététiciennes de terrain, cet ouvrage pratique fournit aux professionnels et aux familles les clés d'une alimentation adaptée au quotidien.



PRESSIONS DE L'EHESP
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Ouvrages disponibles en librairie ou auprès des Presses de l'EHESP

commande-presses@ehesp.fr

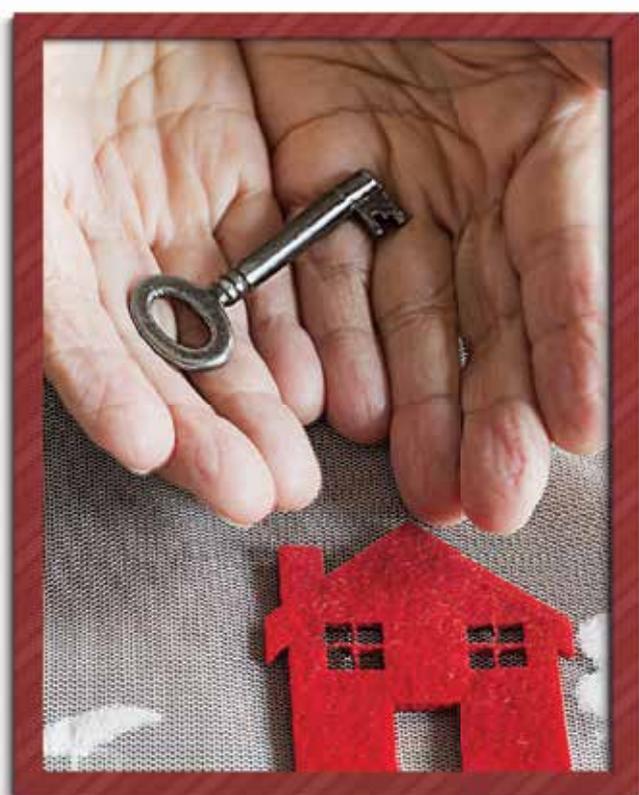
Consultez des extraits sur notre site et commandez en ligne sur

www.press.es.ehesp.fr



EHPADINVEST

Investir pour l'avenir



- ✓ Investissez ou revendez votre **EHPAD** avec le leader du marché
- ✓ Un large choix de programmes en exploitation avec des rendements supérieurs à **5%**
- ✓ Des gestionnaires sélectionnés de façon rigoureuse
- ✓ Au service des particuliers et conseillers en gestion de patrimoine
- ✓ **15 ans** d'expérience sur le marché de l'**EHPAD**

EHPADINVEST
Investir pour l'avenir



01 83 77 72 27



info@ehpad-invest.com



ehpad-invest.com