

EHPAD



MAGAZINE

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

2^{ème} NUMÉRO
EN KIOSQUE
disponible dans
toute la FRANCE
métropolitaine

58

Décembre 2019 / Janvier 2020

Interview **EXCLUSIVE**



Myriam EL KHOMRI

DOSSIER SPÉCIAL

Prévention des Chutes

HYGIENE :

Quelques règles de bases

SOINS :

La Prévention et la prise en charge des Escarres

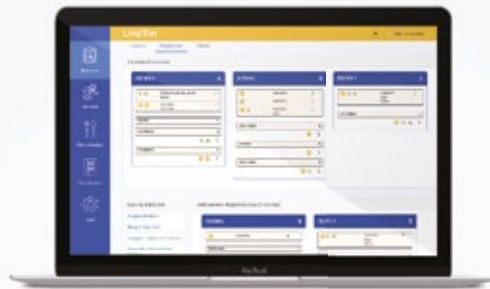
AIDANTS :

Agir pour les aidants, Stratégie de mobilisation et de soutien



Linq'eat

Digitalisez les parcours restauration et nutrition
en établissements de soins



PLUS D'EFFICIENCE EN RESTAURATION

RENDEZ DU TEMPS
à vos équipes

MOINS DE GÂCHIS
alimentaire

LE BON PLAT
pour le bon résident

Connectez vos services soins >< restauration

- **Sécurisez le process des commandes de repas :** maîtrisez les régimes/textures/allergies/aversions, la production, l'allotissement et la distribution des plats.
- **Facilitez la production de repas** en automatisant les substitutions menus/recettes vs régimes/textures/allergies/aversions.
- **Mesurez votre performance nutrition :** détection des gaps de couverture énergétique, monitoring de la renutrition des patients.

Découvrez Linq'eat sur
www.orexial.com

 Solution SAAS

 Abonnement mensuel

 Conformité HDS


Le lien nutrition > soin

Edito RIAL

le magazine



Chers lecteurs,

Nous voilà avec ce nouveau numéro d'EHPAD Magazine que nous vous proposons avec toute l'ambition nécessaire à relever le défi du Grand Age !

Pour le mois de décembre, nous vous proposons de découvrir cette revue comme un présent pour l'avenir de nos aînés. Nous avons choisi d'aborder la prévention de la chute de la personne âgée étant un risque majeur prioritaire dans les EHPAD et des impacts sur l'autonomie. La prévention de la perte d'autonomie est un défi délicat pour espérer l'évolution du panier de soins.

Comment contribuer à la démarche de révolution nécessaire pour les professionnels du secteur ?

Nous avons pris soin de solliciter les représentants et acteurs professionnels mais tout en considérant l'utilisation de nouvelles technologies comme solutions d'avenir et de la qualité de vie de attendue aussi bien pour les résidents & aidants que pour les professionnels.

Compte tenu des enjeux qui s'annoncent très prochainement par la loi Autonomie, nous avons eu l'honneur d'échanger en interview exclusif avec Madame EL KHOMRI, Chargée de Mission auprès de Madame la Ministre Agnès Buzyn au sujet des objectifs faisant suite à la Concertation du Grand Age et de l'Autonomie visant l'attractivité des métiers du Grand Age.

Nous souhaitons rester votre partenaire de renom pour favoriser l'évolution dynamique du secteur et l'avenir du Grand Age.

Nous vous souhaitons d'heureuses fêtes en vous souhaitant une belle lecture !

Cédric Abidos

Directeur commercial et de publication

Le plus beau des cadeaux de Raymond Richard



Noël ! Que nous apportes-tu
Dans tes bras si fragiles ?
Un cheval ? Une automobile ?
Un Pierrot au chapeau pointu ?

Noël ! Que nous apportes-tu ?
Nous-apportes-tu dans ta hotte
Des oranges, du chocolat,
Du pain d'épices, des nougats
Des pralines, des papillotes ?

Qu'y-a-t-il au fond de ta hotte ?
Des joujoux, bien sûr, c'est parfait !
Et c'est si bon les friandises !
Mais dans tes menottes exquis
Trouverons-nous d'autres bienfaits ?

Noël, apporte-nous la Paix !

RETROUVEZ-NOUS EN JANVIER
CHEZ VOTRE MARCHAND DE JOURNAUX

Crédit photo © FREEPIK

SOCIÉTÉ D'ÉDITION

SARL PRESSE & COM

CONTACT COMMERCIAL :

Zone Orlytech – Bâtiment 516
1 Allée du Commandant Mouchotte
91550 PARAY-VIELLE-POSTE
01 73 05 22 87

contact@presse-and-com.fr

www.presse-and-com.fr

SERVICE RÉDACTION

Lita Rakotondramanitra (SEO.com)

Florence Leclair

Avec la collaboration de

Claire Jamroz

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Cédric Abidos

01 73 05 22 87

contact@ehpad-magazine.fr

Conception Maquette

CHAKER LAHMADI

www.iligantdesign.com

contact@iligantdesign.com

IMPRIMERIE BELTRANI

www.drukarniabeltrani.pl

CRÉDITS

Banques d'images : *Freepik - Flaticon*
- *Shutterstock*

Dépôt légal : mars 2014 - ISSN : 2258-5338

Commission paritaire : 0214T91258

SERVICE ABONNEMENTS

Zone Orlytech – Bâtiment 516
1 Allée du Commandant Mouchotte
91550 PARAY-VIELLE-POSTE
abonnement@ehpad-magazine.fr

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

Sommaire

- 06 **EN BREF : ACTU** **ACTU Page**
- 10 **INTERVIEW** **Myriam EL KHOMRI**
Chargée de mission pour l'attractivité du secteur et notamment des EHPAD
- 14 **PUBLI-INFORMATION** **SENIOR ALERTE**
- 17 **DOSSIER SPÉCIAL** **Prévention des Chutes : Un enjeu de Santé Publique ?**
- 43 **PUBLI-INFORMATION** **Santé visuelle du Grand Age**
- 44 **COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE** **Agir pour les aidants – Stratégie de mobilisation et de soutien**
- 46 **PUBLI-INFORMATION** **TENTE**
- 48 **Hygiène en milieu de soins en EHPAD**
- 52 **SNITEM : La prévention et la prise en charge des escarres**
- 58 **LE GROUPE Emera**
- 62 **EVÈNEMENT** **Le Salon du Logement Senior et du Maintien à Domicile à Bordeaux et à Nantes**

Restez informés

ABONNEZ-VOUS :
À la newsletter sur notre site

ÉCRIVEZ-NOUS :
info@ehpad-magazine.com

SUIVEZ-NOUS :
/EHPAD_Magazine

Zoom sur la stratégie de soutien aux aidants

En France, 8 à 11 millions de personnes soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, un handicap, une maladie chronique ou invalidante. Afin de mieux les reconnaître et les accompagner, le gouvernement met en place une stratégie de mobilisation et de soutien en faveur des aidants.

À la demande du Premier ministre, 17 mesures ont été définies par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, et Sophie Cluzel, secrétaire d'État auprès du Premier ministre chargée des personnes handicapées. Présentées par Édouard Philippe le 23 octobre 2019, elles seront déployées dès 2020, à l'aide d'un financement de 400 millions d'euros pour 3 ans.

PRIORITÉ N°



Rompre l'isolement des proches aidants et les soutenir au quotidien dans leur rôle.

Un numéro téléphonique national ainsi qu'un réseau de lieux d'accueil labellisés et une plate-forme numérique « Je réponds aux aidants » apporteront à la fois une écoute et des informations sur l'accompagnement possible près de chez soi (actions de formation en présentiel ou à distance, moments d'échanges et de rencontres avec d'autres aidants animés par des professionnels, etc.).

PRIORITÉ N°



Ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives.

Un congé de proche aidant indemnisé sera créé dès octobre 2020. D'une durée de 3 mois sur l'ensemble de la carrière, il pourra être pris en une ou plusieurs fois, et ce dès l'arrivée en entreprise.

PRIORITÉ N°



Permettre aux aidants de concilier vie personnelle et vie professionnelle.

Différentes mesures sont prévues : assouplissement du congé de présence parentale, aide au retour à l'emploi, reconnaissance de l'expérience acquise, création d'un nouveau label Cap'Handéo « Entreprise engagée auprès de ses salariés aidants », etc.

PRIORITÉ N°



Accroître et diversifier les solutions de répit.

Les capacités d'accueil des plateformes de répit vont être au moins doublées et des solutions d'accueil innovantes vont être déployées.

PRIORITÉ N°



Agir pour la santé des proches aidants.

Le rôle de proche aidant sera inscrit dans le dossier médical partagé (DMP) et les professionnels de santé seront formés aux risques associés à ce rôle.

PRIORITÉ N°



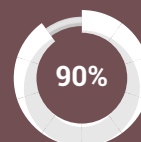
Épauler les jeunes aidants.

Mieux repérés par les personnels de l'Éducation nationale, les jeunes pourront, entre autres, bénéficier d'aménagements pour leurs études.

Encadré : Qui sont les aidants ?



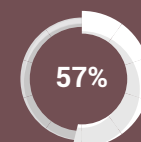
Nombre d'aidants en France : 8 à 11 millions, soit 1 Français sur 6.



aident un membre de leur famille, dont 52 % un de leurs parents.



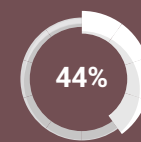
ans des aidants sont âgés de 50 à 64 ans.



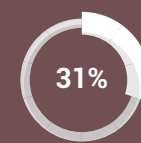
sont des femmes.



aidants sur 10 ont le sentiment de ne pas être suffisamment aidés et considérés par les pouvoirs publics.



des aidants font part de difficultés à concilier leur rôle avec leur vie professionnelle.



des aidants délaissent leur propre santé.

(Baromètre 2019, Fondation April et BVA ; Baromètre 2017, Drees et BVA ; Baromètre 2017, Carac et Opinion Way ; Baromètre BVA APRIL 2018)

En savoir plus :

solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-de-mobilisation-et-de-soutien-en-faveur-des-aidants-2020-2022

Un plaidoyer pour les personnes âgées



Le 24 septembre dernier, la Croix-Rouge française a remis sa contribution au débat en vue de la future loi Grand Age et autonomie : l'association y défend une « société de la longévité », appelant à améliorer l'image et la place des personnes âgées dans notre société à travers 14 propositions concrètes.

Selon la Croix-Rouge, la priorité est de passer d'une culture de la dépendance à celle de la capacité d'agir. Inclusion, participation, prévention, cohésion, personnalisation, décloisonnement, autonomie, autant de mots qui doivent guider et structurer l'accueil, l'accompagnement, la prise en soins des seniors, non plus sur leurs déficiences ou dépendances mais en fonction de leurs « capacités », même pour ceux en perte d'autonomie.

L'association souhaite également renforcer la formation, l'attractivité et l'accompagnement des professionnels des métiers du grand âge, notamment via la revalorisation salariale, la construction de parcours de carrière et le renforcement des perspectives d'évolution professionnelle. Aussi, la place des aidants doit être mieux reconnue.

Lire le plaidoyer de la Croix-Rouge française pour les personnes âgées, « Pour une société de la longévité » : <https://www.croix-rouge.fr/Nos-actions/Action-sociale/Personnes-agees/Pour-une-societe-de-la-longevite-Accompagnement-des-personnes-agees-en-France>

..... Selon l'INSEE, en 2030 les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans en France, et les 85 ans et plus verront leur nombre exploser, passant de 1,8 million aujourd'hui à 2,6 millions. En 2050, ils seront 5,6 millions, dont 2 millions en perte d'autonomie.
.....

Alternance et VAE dans les métiers du grand âge : 2500 personnes formées par le SYNERPA

Alors que Myriam El Khomri, dans le rapport qu'elle a remis à Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, préconise de développer l'accès aux métiers du grand âge et de l'autonomie par le contrat en alternance et la validation des acquis de l'expérience (VAE), le SYNERPA, première confédération de l'hébergement, de l'aide et de l'accompagnement de la personne âgée, s'engage à former 2 500 personnes dans le cadre de ces deux dispositifs d'ici à 2022.

Le SYNERPA souhaite signer une convention avec l'État et s'engage à transmettre chaque année une évaluation de ce dispositif. La confédération rappelle par ailleurs qu'il est essentiel que les crédits de formation professionnelle soient redéployés vers le secteur du grand âge.

Assistant de vie, un métier d'avenir en mutation

La branche professionnelle des salariés du particulier employeur, accompagnée par IPERIA – plateforme nationale de professionnalisation du secteur depuis 25 ans, a réuni professionnels et experts lors d'un événement national, le 2 octobre dernier à Paris, pour échanger sur le « bien vieillir à domicile » et plus particulièrement sur un métier d'avenir et en pleine mutation, celui d'assistant de vie.

Parmi les évolutions récentes de ce métier, 26 « relais assistants de vie » ont été créés pour favoriser l'échange de bonnes pratiques et rompre l'isolement auquel peuvent être confrontés les professionnels sur le terrain. 20 autres sont en projet, l'objectif étant d'en compter un dans chaque département.

Autre évolution en cours : le recours aux nouvelles technologies et à la domotique pour mieux accompagner les particuliers employeurs et améliorer les conditions de travail des assistants de vie. « Utiliser Internet en toute sécurité, gérer la domotique chez les employeurs et accompagner ces derniers dans leur usage numérique font aussi partie des attentes de la profession », explique Baptiste Lenfant, directeur général d'IPERIA.

Le métier d'assistant de vie, c'est :

- un emploi dans les 6 mois pour 70% des titulaires du titre « Assistant(e) de vie et dépendance » ;
- 660 000 postes à pourvoir dans les 10 prochaines années.

Un nouveau Président : Sylvain Rabuel

Le Groupe DomusVi, l'un des leaders de l'accueil, de l'aide et des soins aux personnes fragilisées par l'âge ou la maladie en France, en Espagne et à l'international, a un nouveau Président : Sylvain Rabuel, 48 ans, succède à Bertrand Delannoy. Diplômé de Sciences Po Paris et du Master Marketing de l'ESCP, il a quitté le Club Med où il exerçait dernièrement en tant que Directeur Général des Marchés France, Europe et Afrique. Dans le cadre de ses nouvelles fonctions, Sylvain Rabuel aura pour mission de poursuivre le fort développement des activités de DomusVi en France, en Espagne et à l'international, grâce à son expérience managériale multi-métiers, multisectorielle et multiculturelle et son expertise reconnue au service de la qualité et de la satisfaction des clients.

« Je suis très Per de rejoindre DomusVi et ses collaborateurs à travers le monde [...]. Je suis convaincu que la culture de considération, l'esprit d'innovation et la qualité de notre offre globale de services proposée à nos résidents et nos clients, tout au long de leur parcours de leur domicile à nos résidences services jusqu'à nos résidences médicalisées, nous permettront de répondre avec humanité et performance aux enjeux du vieillissement dans le monde », a déclaré Sylvain Rabuel.

Deux nouvelles résidences en France et en Colombie

C'est au cœur de Melle, commune des Deux-Sèvres (79) qu'ouvrira en septembre 2020 la nouvelle résidence médicalisée Les Jardins de la Béronne. D'une surface de plus de 6 000 m², l'EHPAD pourra accueillir jusqu'à 112 personnes en chambres individuelles. Deux unités de 19 chambres seront réservées aux personnes désorientées.

Le Groupe poursuit également son développement en Amérique latine avec l'ouverture d'un nouvel établissement dans la ville de Medellín, en Colombie. Cette résidence de 122 places rejoint Acalis, la marque sous laquelle DomusVi opère sur le continent sud-américain : née au Chili il y a neuf ans, Acalis devrait proposer plus de 2 000 places à l'horizon 2021 contre 961 aujourd'hui.

Le Groupe DomusVi en bref :

- Création en 1983.
- Près de 400 résidences médicalisées, 17 résidences seniors, plus de 20 hôpitaux psychiatriques et centres dédiés et 60 agences d'aide et de soins à domicile.
- Plus de 55 000 résidents et clients en Europe et en Amérique Latine.
- 35 000 collaborateurs.

Un chiffre d'affaires en hausse pour Korian



Korian, expert des services de soin et d'accompagnement aux seniors, gère le premier réseau européen de maisons de retraite médicalisées, de cliniques spécialisées, de résidences services et colocations seniors, de soins et d'hospitalisation à domicile. Au troisième trimestre 2019, le groupe annonce un chiffre d'affaires en hausse de 8,4 %. Cette forte croissance est liée à la poursuite de l'amélioration du réseau à travers des rénovations et des innovations, à l'accélération de l'élargissement de l'offre de services par bassin de vie et à la poursuite active de la stratégie d'acquisition de proximité.

Depuis le début de l'année 2019, le chiffre d'affaires de Korian s'élève à 2 677,6 M€, soit une hausse de 8,2 % dont 3,8 % en organique, avec une contribution significative des sociétés acquises sur les douze derniers mois. Avec 4 042 lits supplémentaires, le parc total atteint 82 189 lits.

Ainsi se trouvent confirmés les objectifs pour l'exercice 2019, avec une croissance du chiffre d'affaires supérieure ou égale à 8 % et une marge opérationnelle supérieure ou égale à 14,5 %.

Technis Care, une solution innovante pour la sécurité des résidents des établissements médicalisés

Un nouveau dispositif de détection des chutes et des situations à risque des personnes âgées dans les Ehpad et maisons de retraite sera commercialisé début 2020. Intégré aux sols synthétiques, le système Technis Care capte et interprète les événements se produisant à sa surface, grâce à une technologie de capteurs de pression. Nous seulement il alerte en temps réel en cas de chute d'une personne, mais il fournit aussi des données sur sa vitesse de déplacement, le temps passé alité ou hors de la chambre, la fréquence d'utilisation des toilettes, etc. Fiable et discret, il peut être personnalisé pour chaque résident.

Prise en charge des devant roulant : deux mesures contestées

Le gouvernement a introduit dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale une procédure de référencement sélectif des fauteuils roulants éligibles au remboursement et une mesure autorisant la prise en charge de fauteuils roulants de seconde main par l'Assurance Maladie. Les prestataires de santé à domicile dénoncent des mesures peu préparées, prises sans consultation des acteurs et inadaptées voire dangereuses pour les usagers.

Ils considèrent en effet que ce nouveau référencement basé sur des critères de prix ne peut qu'aboutir à une diminution sensible de l'offre et donc de sa parfaite adéquation au besoin de l'utilisateur. Quant à la prise en charge des produits reconditionnés, elle pose la question non seulement de la sécurité sanitaire mais aussi de l'équité : pour Frédéric Piant, administrateur de l'UNPDM, le système de « consigne » financière non prise en charge sur les fauteuils roulants neufs afin d'inciter les usagers à se tourner vers des produits reconditionnés « conduit de facto à un système de santé à deux vitesses : les personnes en capacité de payer une consigne qui peuvent bénéficier d'un fauteuil neuf, et les autres ».

Les demandes d'aide à domicile bientôt simplifiées pour les personnes âgées

Pour simplifier les démarches des personnes âgées ayant besoin d'aide à domicile, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) préparent un formulaire national de demande de prestation, qui devrait être mis en service dès la fin 2019 dans les départements, les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les caisses de retraite.

Un certificat médical type a par ailleurs été élaboré et testé afin de recueillir les informations relatives à la perte d'autonomie de la personne âgée, à ses capacités de déplacement, et d'apprécier l'atteinte du taux de 80 % d'incapacité. Actuellement soumis à l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins, il devrait, lui aussi, être mis en service à la fin de cette année.

L'espoir d'un traitement Alzheimer renaît

Aducanumab : enfin un traitement qui réduirait le déclin cognitif chez les patients Alzheimer ? Le laboratoire pharmaceutique Biogen annonce vouloir demander une autorisation de mise sur le marché auprès des autorités de santé américaines dès 2020 pour son traitement anti-Alzheimer expérimental. D'après de nouveaux résultats de recherche, l'aducanumab serait actif sur le plan pharmacologique et clinique chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade léger. S'il était approuvé, l'aducanumab deviendrait le premier traitement capable de modifier le cours de cette maladie en réduisant le déclin cognitif. « Cela prouve bel et bien que la recherche avance à grand pas », conclut le Dr Mai Panchal, Directrice scientifique de la Fondation Vaincre Alzheimer. Prochaine étape pour Biogen : soumettre un dossier d'autorisation de mise sur le marché en Europe et au Japon.

En savoir plus :

www.vaincrealzheimer.org/2019/10/22/aducanumab-grande-avancee-de-la-recherche/

La maladie d'Alzheimer en chiffres

- Plus de 900 000 Français atteints.
- 225 000 nouveaux cas chaque année.
- 3 millions de personnes touchées en France (malades, proches, aidants).
- Repousser de 5 ans l'apparition des premiers symptômes permettrait de diminuer de 50 % le nombre de patients.

Un MOOC sur la fin de vie

« La fin de vie : s'informer pour en parler » : c'est le titre du MOOC conçu par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV). Ce cours en ligne gratuit met à disposition une information complète sur les droits et aides relatifs à la fin de vie en France, aide à mieux en comprendre les enjeux et donne des clés pour favoriser le dialogue entre patients, proches et soignants. Huit séances de deux heures abordent différents thèmes tels que les droits des malades et des proches aidants, les questions d'obstination déraisonnable et d'arrêt des traitements, l'alimentation et l'hydratation en fin de vie, etc. La démarche, inédite, s'appuie sur des scènes de dialogue entre médecin et malade, commentées par un médecin formateur en soins palliatifs. Le début des cours est fixé au 13 janvier 2020.

Renseignements et inscriptions :

Agathe LOBET
agathe.lobet@conseil.care
 06 26 28 69 66

LONGEVITY, un congrès « pour construire les territoires du bien vieillir »

LONGEVITY, premier évènement national en région au service de la Silver Economy, a rassemblé plus de 500 participants le 8 octobre à Limoges.

Cette édition 2019 a été marquée par différents temps forts et nouveautés. À noter d'abord, parmi les nombreuses conférences et tables rondes au programme, l'intervention d'un grand témoin, Docteur Michèle Delaunay, ancienne ministre chargée des personnes âgées et de la dépendance, autour de la question : « Comment la longévité va-t-elle révolutionner les territoires ? Était aussi présent le Club « PA-PH » qui fédère plus de 10 000 professionnels des collectivités territoriales pour débattre et concevoir la prise en charge des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain. Les aidants ont pu trouver conseils et solutions dans le village qui leur était consacré.

Dans un appartement témoin étaient présentés des aménagements innovants pour le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées. Les visiteurs ont pu découvrir les dernières innovations techniques comme le robot « Zora » de NG2T, les masques de réalité virtuelle de Lumeen, le dossier médical dématérialisé de ID1, le bras de douche de Manea, le plateau de stimulation sensorielle de Ullo, la combinaison de simulation de vieillissement de ReSanté-Vous...

Plus d'infos : www.longevity-congres.com/

Défibrillateurs automatisés externes : leurs modalités de signalisation fixées par un arrêté

A lors que l'équipement en défibrillateurs automatisés externes (DAE) est bientôt rendu obligatoire pour les établissements recevant du public (ERP), un arrêté daté du 29 octobre 2019 en précise les modalités de signalisation :

- Une affiche de signalisation doit être visible à chaque entrée de l'établissement, conformément au modèle présenté en annexe de l'arrêté ;
- L'emplacement et le chemin d'accès au DAE doivent être indiqués à l'aide d'affiches de signalisation conformes aux modèles présentés en annexe de l'arrêté, visibles et en nombre suffisant ;
- Sur le boîtier ou à proximité immédiate de l'appareil doit être apposée une étiquette conforme au modèle présenté en annexe de l'arrêté, avec des informations mises à jour (coordonnées du responsable du DAE, date de la prochaine maintenance, etc.).

Facilement accessible de façon à permettre son utilisation permanente par toute personne présente dans l'établissement, le DAE doit aussi être protégé des intempéries s'il se situe à l'extérieur.

Un second arrêté porte sur le fonctionnement de la base de données nationale des défibrillateurs automatisés externes (DAE).

Consulter ces 2 arrêtés :

www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039363942&categorieLien=id
www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039363959&categorieLien=id

les Français mal informés sur la protection juridique de leurs proches vulnérables

Le rôle d'aidant (proche aidant ou aidant familial) mène souvent à celui de tuteur familial : accompagner dans sa vie quotidienne un proche qui, du fait d'un handicap, d'une maladie ou de son grand âge, n'est plus totalement autonome, c'est aussi, parfois, le protéger sur le plan juridique. De nombreux dispositifs existent : tutelle, curatelle, mandat de protection future, habilitation familiale... Mais les Français les connaissent mal. C'est ce que montre une enquête menée par l'Association France TUTELLE, en partenariat avec Covéa

En France, près de 800 000 personnes vulnérables sont protégées par une mesure de protection judiciaire. Environ 400 000 de ces mesures (tutelle, curatelle) sont directement gérées par les familles, nommées et contrôlées par le juge des tutelles pour administrer les affaires personnelles et patrimoniales de leur proche vulnérable. Ces familles ne sont pas formées à ce rôle. Elles se trouvent souvent démunies et isolées pour trouver les réponses adaptées à la situation de leur proche alors qu'elles engagent leur responsabilité au même titre que les tuteurs professionnels. Or le nombre de ces familles va augmenter dans les années à venir.

Afin de mieux connaître le(s) « regard(s) des Français sur la vulnérabilité et la protection juridique de leurs proches », France TUTELLE, association nationale à but non lucratif de soutien aux aidant-tuteurs familiaux, a interrogé plus de 1000 personnes sur leur degré de connaissance, leur perception, leur vécu, leurs attentes et leur attitude face aux mesures de

protection juridique et, plus globalement, face à l'anticipation et à la projection de leur propre vulnérabilité ou celle d'un proche. Les résultats de cette enquête ont permis la publication, en novembre dernier, du premier baromètre sur ces questions.

Il en ressort d'abord que les Français sont peu informés et sensibilisés sur les dispositifs d'aide aux personnes vulnérables (59 %), et encore moins sur les dispositifs de protection juridique (82 %). C'est particulièrement le cas pour l'habilitation familiale et le mandat de protection future que seules connaissent, respectivement, 13 % et 8 % des personnes interrogées.

Conséquence logique de ce premier constat : seulement 17 % des aidants familiaux ont recours à une aide extérieure, et 58 % ne savent pas qu'ils peuvent bénéficier d'un « statut » de proche aidant. Pourtant leur charge est lourde et s'accroît quand s'ajoute le rôle de tuteur familial et ses nombreuses tâches

administratives, juridiques et financières, avec ses risques et ses responsabilités parfois sous-estimés. Mathieu témoigne de ces difficultés supplémentaires : « Je passe beaucoup de temps à gérer la gestion des dépenses, des assurances... Je ne suis pas assez informé ni formé. »

Jacques Delestre, Président de l'Association France TUTELLE, espère voir évoluer cette situation : « J'émet le vœu que ce baromètre éclairera l'ensemble des acteurs concernés et les décideurs politiques sur les priorités à mettre en œuvre pour davantage sensibiliser le grand public à l'existence de mesures juridiques susceptibles de les protéger et d'anticiper ces situations. Il en va de même concernant l'accompagnement de ces familles qui aident et représentent juridiquement chaque jour un proche vulnérable pour qu'elles ne demeurent pas les oubliées de ces ambitieuses avancées sociétales tant attendues. »

Consulter « Regard(s) des Français sur la vulnérabilité et la protection juridique de leurs proches », le baromètre France TUTELLE 2019 : www.francetutelle.fr/rapport-barometre-2019-france-tutelle/



**L'OPTICIEN
QUI BOUGE**
VOTRE OPTICIEN A DOMICILE



01

Déplacement gratuit et rapide à domicile ou sur le lieu de travail.

02

Un choix de plus de 300 montures.

03

Tous les services d'un magasin d'optique à domicile.

04

Tiers payant avec mutuelle.

05

Une paire de lunettes achetée, la 2ème paire à partir d'1 euro.

06

Livraison et service après-vente personnalisé à domicile.

www.lopticienquibouge.fr



© Crédit photo : gouvernement.fr

Interview

avec Madame

Myriam EL KHOMRI

Nous avons souhaité échanger quelques mots avec Madame Myriam EL KHOMRI dès la remise de son rapport à Madame la Ministre Agnès BUZYN le 29 Octobre 2019 : « Plan de Mobilisation Nationale en faveur de l'Attractivité des Métiers du Grand Age 2020-2024 ».

Madame EL KHOMRI,

Lors de votre conférence de Presse ce 29 Octobre 2019, vous nous avez rappelé les enjeux du Grand Age mais aussi ceux du Handicap lesquels nous amènent aujourd'hui aux défis du courage nécessaire afin de promouvoir la vocation et les compétences des métiers et d'une reconnaissance sociale et matérielle indispensable à l'attractivité du secteur.

Votre rapport démontre un travail de fond et de réforme notamment les actions menées en faveur des professionnels de proximité que sont les aides-soignants et les accompagnants.

Vous semblez concentrée sur ces deux (2) professions. Pensez-vous que la crise du secteur repose essentiellement sur ces professionnels ou selon vous, sont-ils les plus concernés par l'attractivité du secteur ?

Aujourd'hui, il s'agit effectivement de promouvoir les métiers des professionnels de l'accompagnement intervenant en EHPAD mais aussi à domicile.

Certes, nous n'avons pu évoquer en profondeur l'ensemble des autres professions, les gériatres, les médecins coordonnateurs,

les infirmiers, les ergothérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les responsables de secteur mais aussi énormément d'autres professionnels intervenant dans la prévention de la perte d'autonomie. Face aux difficultés qu'ils rencontrent, ils auraient mérités d'être présents dans ce rapport et nous avons constaté beaucoup de frustrations, que nous partageons également.

Cependant, compte tenu du temps qui nous était imparti et face aux difficultés actuelles, s'agissant de ces 2 métiers : 25 % de moins de candidature chez les aides-soignants et de moins en moins de formations pour les professionnels

de l'accompagnement du domicile et en EHPAD, nous avons ciblé nos travaux sur ces 2 professions.

Bien évidemment tous les métiers méritaient une place dans ce rapport, mais si nous n'avons pas réalisé un focus sur ces métiers du soin et de l'accompagnement de proximité à savoir aide soignant et auxiliaire de vie, nous n'aurions que survolé le sujet, alors que là nous avons favorisé une vraie méthode de travail en associant des professionnels dans l'équipe projet, en réalisant plus de 80 heures de visite de terrain et près de 150 auditions. Néanmoins beaucoup d'autres professions sont néanmoins citées, c'est

le cas d'une de nos propositions visant à organiser un stage en gériatrie dans le cadre des études de médecine. ou encore de la reconnaissance de la pratique avancée en gérontologie pour les infirmiers.

Quelles sont les préconisations de votre rapport ?

Il y en a près de 59 ! plus globalement nous proposons une vraie réforme organique en ce sens que chacun de ses piliers (remunération, formation, qualité de vie au travail, innovation) se fait solidaire des autres et permettrait aux salariés d'être dans une dynamique, de retrouver de l'espoir, du soutien et des solutions concrètes face au malaise ressenti actuellement. Toutes les contributions issues de la mission ont été transmises afin d'alimenter les travaux du futur projet de loi sur l'Autonomie et le grand âge porté par la Ministre Agnès Buzyn. Nous avons eu à cœur de conjuguer 2 impératifs : la qualité de vie au travail des professionnels et la qualité de service auprès des personnes en perte d'autonomie.



Vous avez évoqué également lors de la Conférence de Presse la volonté de mettre en place une réforme organique autour de 4 axes que sont :

1. Assurer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération
2. Moderniser les formations
3. Améliorer la qualité de vie au travail et réduire la sinistralité
4. Innover pour transformer les organisations

De quoi s'agit-il plus précisément ?

1 La revalorisation

Vous avez parlé d'homogénéiser la Profession par la valorisation du secteur, pouvez-vous nous en dire plus ?

Il faut déjà créer des postes au nombre de 18 500 par an en moyenne sur les 5 prochaines années

Pourtant la tension du secteur semblait nécessiter 40 000 personnels en plus, quelle est cette différence ?

Vous parlez des objectifs de tous les professionnels intervenant en EHPAD. Dans nos travaux, il s'agit de 18 500 de personnels ciblés aides-soignants et d'accompagnants de personnes âgées en perte d'autonomie intervenant à domicile. Vous verrez en bas de page 58 du rapport, les bases des calculs qui ont permis d'évaluer ce chiffre de 18 500 professionnels par année.

En tous cas, si on rajoute les 60 000 postes aujourd'hui non pourvus et également les départs massifs à la retraite ainsi que les turnovers dans le secteur, c'est près de 352 600 aides-soignants et d'accompagnants de personnes âgées en perte d'autonomie qu'il faudra former dans les 5 prochaines années ; c'est à dire le double du flux actuel d'entrée en formation. Nous nous sommes posé cette question et nous avons réalisé ce travail afin de comprendre comment nous pouvions outiller en dispositifs de formation pour répondre à ces besoins.

Nous préconisons également de remettre à niveau dans les conventions collectives les rémunérations inférieures au SMIC qui ont pour conséquence que les pro-

fessionnels restent payés au SMIC une dizaine d'années. Il nous paraît également urgent de mieux indemniser les temps de trajet entre 2 missions pour les intervenants à domicile.

2 La formation

On préconise de supprimer le concours d'aides-soignants et de rendre gratuites les formations d'aides-soignants mais aussi des professionnels intervenants à domicile. Nous recommandons également de former 10 % des effectifs par la voie de l'alternance.

Le SYNERPA s'est d'ailleurs engagé pour un (1) apprenti par EHPAD ; la mobilisation des employeurs aujourd'hui est relative aux financements de programmes d'investissements dans les compétences et notamment l'apprentissage.

On préconise que 25 % des formations puisse être réalisées au titre de la validation des acquis de l'expérience (VAE). Aujourd'hui, vous avez beaucoup de personnels appelés des « faisant fonction » qui développent ces compétences et qui méritent qu'on leur reconnaisse un diplôme. C'est par cette VAE, que ces professionnels pourront avoir une rémunération associée à leur qualification. Offrir des perspectives de carrières aux professionnels concourent aussi à l'attractivité des métiers.

3 La Qualité de Vie au Travail

En terme de Qualité de Vie au Travail, la sinistralité a atteint un « niveau record » : trois (3) fois plus important que la moyenne nationale : le taux de fréquence des Accidents du Travail est de 100 pour 1000 salariés.

Pour indication, pour l'ensemble des salariés français, nous sommes à un taux de fréquence des AT-MP 34 pour mille et dans le secteur du Bâtiment, nous sommes à 60 pour 1000. Ce dernier secteur a réussi à faire baisser sa sinistralité de 30% sur les 10 dernières années.

Ce que nous préconisons est un Programme National de lutte contre la sinistralité porté et financé par la branche AT-MP dans le cadre des excédents de cotisations à hauteur de 100 millions d'euros afin de porter un plan de prévention national ; ce qui permettrait :

- Des formations sur les « Gestes et postures »
- De recruter des préventeurs et des ergothérapeutes
- De remplacer des salariés lorsqu'ils vont en formation
- De mettre en place des aides techniques soit en EHPAD ou à domicile pour faire baisser la « Pénibilité du Travail » pour les salariés
- Et dans le même sens, de préconiser 4 heures de temps collectifs par mois en EHPAD et en SAAD pour que les professionnels puissent mieux partager sur leur quotidien car nous ne pouvons nier aussi la charge mentale de ce type de métiers

4 L'Innovation

Lors de nos visites terrain, nous avons été particulièrement subjugués par des pratiques innovantes en termes d'organisation du travail ou d'une nouvelle approche de la relation des professionnels avec les personnes en perte d'autonomie telles que :

- La méthode de « Buurtzorg » pour les SAAD

- Les labels « Cap'Handéo » pour le Handicap et Humanitude pour les EHPAD

Ces démarches innovantes doivent à la fois être soutenues financièrement et évaluées Car elles améliorent la qualité de vie au travail (baisse de l'absentéisme) et aussi la qualité de service. Il semble que le CNSA peut jouer un rôle d'impulsion, de financement et d'évaluation.

La déclinaison de l'offre sur les territoires par "Guichet Unique" : pouvez-vous nous en dire plus à ce sujet ?

Dans le rapport, il est question d'une « **Plateforme des métiers du Grand Age** » : Cette plateforme, c'est véritablement « notre bras armé » pour mettre en œuvre notre rapport.

Ce seront précisément des équipes portées par des associations, établissement public ou privé tel que le dispositif « Invie » mis en place dans le département des Yvelines qui a été monté par la Ville des Mureaux au départ. Invie a formé tous les conseillers du Pôle Emploi ainsi que les Missions locales ; sur la réalité des métiers de l'autonomie. Ces acteurs mettent à disposition d'ailleurs des « kits de vieillissement » pour permettre de découvrir les vulnérabilités des seniors en tant que spécificités du grand âge. Ces dispositifs de mises en situation permettent de faire connaître au plus proche de la réalité la profession et la relation d'accompagnement avec la personne âgée en perte d'autonomie.

Ce dispositif « Invie » a pour objectif de communiquer régulièrement auprès des publics sur les questions relatives aux enjeux du grand âge, de faire connaître les métiers et les formations spécifiques

par des réunions d'informations collectives : près de 1 000 personnes par an sont sensibilisées et testées à travers des mises en situation ; une quinzaine de personnes sont suivies en moyenne pendant une semaine sur leur « savoir-être » et leur empathie pour intégrer ces métiers.

Mille (1 000) personnes sont « touchées » par les sensibilisations du secteur chaque année ; Six cent (600) personnes arrivent dans les sas d'orientation en bénéficiant d'un accompagnement pour l'accès à la formation ; au résultat, c'est près de 500 personnes accompagnées chaque année vers ces métiers dans les Yvelines. Ce dispositif nous permet d'identifier les personnes à fortes motivations sans risque d'abandon du parcours de formation puisqu'elles auront été bien préparées à connaître préalablement les caractéristiques de métier. Cela représente bel et bien un « bras armé » pour répondre à cet enjeu de l'attractivité afin de créer avec certitude plus de vocations.

Autre point sur la « Communication » : Nous en avons fait un « levier ». Nous nous sommes inspirés de nos observations sur ce qui se pratiquait dans l'Armée. On prône en effet une « campagne tout secteur et toutes fédérations confondues » autant pour le domicile que sur les EHPAD. Nous avons actuellement dans l'Armée 4 millions d'euros de budget engagés dans la campagne de communication et nous nous en sommes inspirés.

Il faut préciser les objectifs de la campagne de communication institutionnelle que nous avons retenue :

- Prendre soin, l'utilité, l'empathie, être utile aux autres
- Raconter le métier

Nous sommes bien conscients que si ces métiers ont actuellement une « mauvaise

image » c'est aussi le reflet de la place qu'on accorde au vieillissement et à la perte d'autonomie dans notre pays.

Notre défi est avant tout de changer le regard sur la perte d'autonomie et c'est aussi comme cela que nous changerons le regard sur les salariés qui travaillent dans ce cadre-là.

En termes de recrutement, nous recommandons d'utiliser les réseaux sociaux parce qu'aujourd'hui ces moyens de communication numériques représentent un vecteur majeur pour les recruteurs: Les « webs-séries », les « influenceurs » (Expérimenté au SPASAD de Paris 5ème) ; il y a effectivement pleins d'évolutions émergentes dans les pratiques de recrutement.

De façon globale, nous avons estimé le budget du plan de mobilisation pour l'attractivité de ces métiers pour 2020 :

- 170 millions pour la remise à niveau des conventions collectives pour les salaires en dessous du SMIC ;
- 450 millions pour les postes à créer qui prennent en compte les « temps collectifs » et l'augmentation des taux d'encadrement
- 100 millions d'euros de la branche AT-MP pour le Programme de lutte contre la sinistralité
- 100 millions pour les plateformes départementales
- Mais aussi des impacts en formations

- Ce que nous proposons à l'issue de la loi Autonomie, c'est un projet de loi rectificatif de financement de la sécurité sociale afin que nous puissions déployer ces projets dès 2020.

- Le présent rapport sera suivi d'une conférence sociale par la Ministre de la Santé et des Solidarités Agnès BUZYN et d'un accord tripartite avec les Régions & les Départements mené par la Ministre, ainsi que par la Ministre du Travail Muriel PENICAUD.

Avez-vous un message fort à notre lectorat ?

Ce qui m'a semblé essentiel durant cette mission, c'est ce que nous avons ressenti un engagement fort des professionnels, une fierté des personnes rencontrées.

En même temps, nous avons perçu le sentiment d'être « invisible » dans les champs public et médiatique, d'être à la fois dans les métiers d'engagement et de relations humaines, mais que leurs paroles n'étaient pas toujours prises en compte. Beaucoup de responsabilité et d'exigence mais peu de reconnaissance. La bienveillance n'est malheureusement pas la chose la mieux valorisée dans notre société.

On espère que ce rapport contribuera à créer une société de Bienveillance et que les impératifs de la Qualité de Vie au Travail des salariés et des bénéficiaires soient au rendez-vous tout simplement, même si le chemin est encore long.

Un grand merci à tous les professionnels ayant contribué à ce rapport et notamment pour l'accueil qui nous a été réservé dans le cadre de cette mission.

EHPAD Magazine remercie tout particulièrement Madame EL KMORI pour les échanges accordés dans le cadre de la communication institutionnel du rapport.





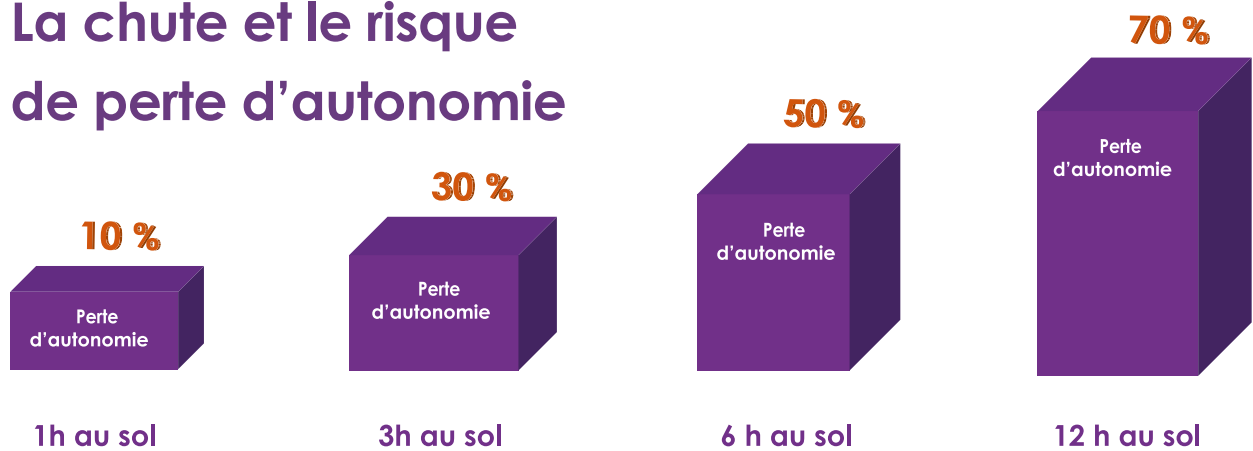
Pour la sécurité de la personne âgée
et des aidants
Une solution intégrative
Pour les professionnels de santé du Grand Age

En France, on compte 9 millions de personnes âgées de plus de 75 ans

- 35 % des personnes âgées sont confrontées à une chute chaque année, soient 3 millions de personnes âgées
- 40 % des personnes âgées sont en perte d'autonomie suite à une chute

La perte d'autonomie est directement liée au temps passé au sol.

La chute et le risque de perte d'autonomie



SENIORALERTE®, COMMENT ÇA MARCHE ?

Le détecteur supervise la zone d'activité normale du bénéficiaire dans son environnement de vie ; celle dans laquelle il évolue dans la station debout ou assis en « Zone A » mais aussi au sol en « Zone B »

Une activité détectée en « zone B » sans rétablissement est détectée comme une situation anormale pour le bénéficiaire. Le détecteur réagit immédiatement de la transition de la « Zone A » à la « Zone B » qui peut être un signal de chute.

Chaque détecteur envoie en permanence dans le système les informations relatives à la situation du bénéficiaire dans son espace de vie. Le système analyse les informations et déclenche une alerte en cas de chute. L'alerte est aussitôt envoyée au plateau de téléassistance qui va faire la levée de doute avec le bénéficiaire en communiquant par interphonie. En cas de besoin, le service de téléassistance envoie les secours et permet d'alerter la famille et les aidants.

Senioralerte® propose aussi un site web sécurisé avec un accès aux pages privées intégrant les graphiques des enregistrements par zone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ce système se présente avec un fonctionnement autonome et économique.

Entretien

avec Mr

Patrick ENSELEM,

Président de Senioralerte® et Mr Bruno GAVAND Ingénieur -
Directeur technique - Créateur de la Téléassistance active®
Senioralerte®

Quel est l'impact de l'I.A. intelligence artificielle pour le secteur médicosocial en EHPAD, notamment votre solution en faveur de la prévention de la perte d'autonomie et en cas de chute ?

L'histoire débute en 2007 par le fondateur qui prend compte l'état de l'art d'un système de protection des personnes âgées qui reposait uniquement sur un seul système de téléalarme. Ce système semblait insuffisant et nécessitait la participation du bénéficiaire pour l'activation du bouton « alarme ».

Nous avons réfléchi à cette problématique et à un cahier des charges simple : Mettre au point un système de déclenchement d'alarme pour l'assistance aux personnes âgées sans demander leur participation active. A partir de ces agrégats, il a fallu effectivement travailler pour trouver une solution autonome qui soit fonctionnelle, réalisable, économique, efficace,

Etant donné qu'il s'agit d'une innovation dans ce domaine et d'intégration dans l'univers de la téléassistance, nous avons eu un travail de développement avec une nouvelle conception de la **Téléassistance active® de Senioralerte®**. Nous avons procédé à la marque déposée pour montrer qu'il s'agit d'une innovation face à un besoin bien identifié. Le principe est d'équiper un lieu de vie avec des détecteurs de mouvements (semblables à ceux utilisés en anti-intrusion) et d'extraire des relevés d'activités à partir des habitudes de vie de la personne. Ces enregistrements permettent d'établir une prédiction à partir des situations recueillies dans le logement, et sont comparés avec la collecte des détecteurs de mouvements : une anomalie entre la réalité et la prédiction permet l'enclenchement de l'alarme.

Il s'agit d'un système complètement autonome sans intervention du bénéficiaire qui n'a d'ailleurs pas besoin d'apprendre à s'en servir, il peut même l'oublier mais l'alerte s'enclenchera automatiquement lorsque la situation sera nécessaire.

La **Téléassistance Active® de Senioralerte®** a été mise au point, améliorée puis perfectionnée depuis 2007, à partir de situations réelles recueillies sur plusieurs années chez plus de 500 personnes âgées vivant seules, dans le respect le plus total de leur vie privée.

Cette année, nous avons introduit le détecteur proactif HYPERION(r), fruit de plusieurs années de développement, qui vient renforcer la performance de la **Téléassistance Active® de Senioralerte®** avec la capacité de la détection de chute sans rien

porter à partir d'une situation anormale ; le détecteur va tout de suite signaler l'alerte auprès des services de téléassistance ou du personnel soignant dans un EHPAD.

L'originalité de ce système innovant consiste à interagir par rapport aux risques. Cette nouvelle détection concerne les situations de chute molle ou violente, de glissade, de malaise ou de blocage au sol/lit/fauteuil, de perte de la verticalité ; à partir des données actimétriques et d'un ensemble de prises de décision qui s'apparentent à la réalité virtuelle d'un environnement et des habitudes de vie de la personne, il y aura lieu de s'inquiéter, en cas de changement ; telle est la conception de ce système conçu en I.A. Intelligence Artificielle.

Nous avons ajouté également au détecteur HYPERION(r) un capteur de température afin d'anticiper les situations à risque climatique en cas de canicule ou de grand froid, information importante pour la qualité de vie d'un bénéficiaire. Nous avons également intégré un capteur de luminosité afin d'enclencher le chemin lumineux la nuit si besoin et de prévenir du risque de circulation dans l'obscurité.

Qu'en est-il de l'utilisation de ce système pour la population spécifique en EHPAD notamment des profils à troubles de comportements neurodégénératives (Déambulation, Agitation, Agressivité, Repli, Dépression, Démences, Autres) et cognitifs associés aux Maladies Alzheimer et apparentées ?

Ce système se focalise en permanence sur les habitudes de la personne âgée. Pour les modifications de comportement, le système s'adapte au bénéficiaire en repérant les différences émergentes relatives à la dégradation de santé de la personne âgée par la variation des habitudes de vie : soit par sa sous activité, soit par sa sur activité voir des dérèglements temporels. Lorsqu'il y a une « rupture franche » de ses activités, ces enregistrements feront l'objet de signalements car les comportements peuvent être significatifs d'une aggravation de l'état de santé liée à des risques poly pathologiques ou neurodégénératifs. Ce système de détection de chute et de variation d'activités représente une avancée pour la qualité et la sécurité des soins pour le secteur en faveur de l'autonomie : la connaissance de l'évolution de santé du résident pour les professionnels en charge des soins peut être assurée par un portail conçu en « Supervision » améliorant ainsi le travail collaboratif, de la continuité et de la coordination des soins et de la qualité de vie au travail.

Quelle est la plus-value de votre solution au regard des usagers et celui des professionnels des établissements ?

Notre système est fiable à 100 % sans levé de doute autant pour la détection des chutes que pour les variations de mouvements liés au changement de comportement ; cette performance inédite permet la sollicitation des soignants au juste besoin (Cas d'urgence et adaptation de soins). Il faut savoir que dès que le système observe un ralentissement de la mouvance ou au contraire une suractivité de la personne âgée, bien souvent cela indique une aggravation de la fragilité et par conséquent des risques de perte d'autonomie. Dans le cas de chute, le système permet la réactivité immédiate du soignant et des conduites à tenir. En faveur de l'autonomie, Le système permet de suivre l'évolution de santé grâce à l'accès aux informations centralisée pour les professionnels de soins avec une véritable continuité et coordination grâce à au portail conçu en « Supervision ». Cette innovation vise également à favoriser la Qualité de Vie au Travail en EHPAD.

Y a-t-il une maintenance à connaître pour assurer la fonctionnalité de ce système de détection ?

La solution **Téléassistance Active® de Senioralerte®** intègre l'installation, la supervision et la maintenance. Ce système ne nécessite pas de compétence technique spécifique sur place c'est-à-dire que le technicien multifonction présent en EHPAD n'a pas besoin de formation ni de connaissances particulières puisque son action de vérification sera juste de s'assurer du bon état de la pile et de la changer si besoin.

Comment les EHPAD peuvent s'équiper de cette nouvelle technologie en I.A. ?

Dans le cas d'un projet de vie institutionnel, la mise en place de ce système s'inscrit dans l'offre du Projet d'Etablissement ou de Service ou encore dans le cadre d'achat mutualisé ; Il s'agit d'équiper chacune des chambres d'une structure ; d'un point de vue « Projet Personnalisé, il s'agit d'un aménagement adapté avec un tarif mensualisé de 13,90 euros ht/mois par chambre avec un nombre dimensionné de capteurs. L'achat de la solution est également possible : pour une chambre type, un système de **Téléassistance Active® de Senioralerte®** dotée de six (6) capteurs maximums est proposée entre 750 et 1 000 euros ht ; il faut comprendre également une maintenance mensuelle de 3 euros ht avec un contrat de 24 mois. L'accès à un portail en « Supervision » en EHPAD vaut les « pages privées » pour les aidants dans le maintien à domicile. Notre équipe se tient à disposition pour l'intégration et la formation à l'utilisation pertinente de notre solution.

Pour de plus amples renseignements :

Mail : pe@senioralerte.fr

www.senioralerte.com

Tél. : 01.43.12.33.94

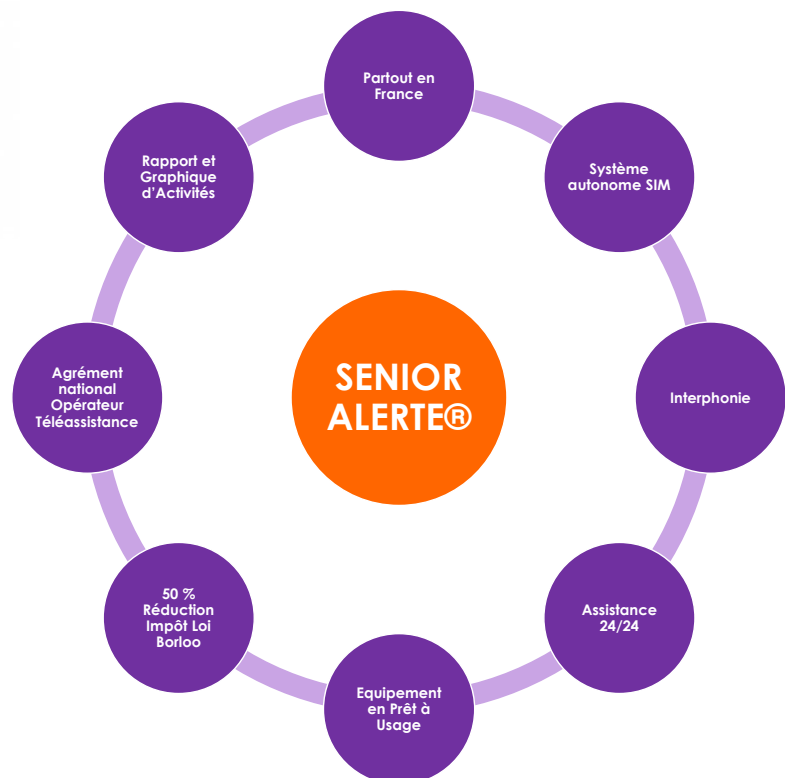


OFFRE DE PROTECTION
Prestations à 13,90 euros ht /Mois
Possibilité d'achat suivant devis
avec contrat de maintenance

Téléassistance active
Plateau d'assistance téléphonique
Souscription & Matériel compris
Accès aux pages privées

Equipements inclus
Centrale détection Senioralerte®
DéTECTEURS proactifs
DéTECTEURS de passage

Renseignements & souscription
01 82 28 71 81
info@senioralerte.com



Prévention des Chutes : Un enjeu de Santé Publique ?



« L'avenir, c'est ce qui dépasse la main tendue »

 Citation de Louis Aragon

Entretiens

Avec la collaboration de Claire JAMROZ

La Prévention de la Chute : Un Enjeu de Santé Publique du Grand Age ?

D'après les données de santé source INSEE de 2017, l'espérance de vie ne cesse de croître au fil des dernières années :

Espérance de vie	1997	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hommes	74,5	77,4	78,5	78,7	79,2	79,0	79,3	79,5*
Femmes	82,3	83,8	84,8	85,0	85,4	85,1	85,4	85,3**

L'espérance de vie à la naissance affiche en 2017 un âge populationnel moyen :

Pour les hommes de 79,5 ans*

- La proportion de la population âgée pour les hommes est estimée avec une perspective à 23,2 % pour les personnes âgées > 60 ans et 19,4 % pour les personnes âgées > 65 ans

Pour les femmes de 85,3 ans**

- La proportion de la population âgée pour les femmes est estimée avec une perspective à 27,6 % pour les personnes âgées > 60 ans et 23,2 % pour les personnes âgées > 65 ans

En terme de prévision de la population âgée, les tranches d'âges : 60-64 ans et 65-74 ans laissent apparaître des proportions stables mais significatives ; **quant à la tranche des personnes âgées de plus de 75 ans, elle présente de doubler jusqu'en 2070.**

Projection de population par grand groupe d'âges en %						
Années	Population au 1er janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2020	67,8	24,4	49,4	6,1	10,8	9,3
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,75	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

Pour 2070, l'INSEE pose l'hypothèse de l'espérance de vie à :



90 ans pour les Hommes



93 ans pour les Femmes

D'autre part, selon les données européennes portant sur l'année 2016, l'espérance de vie en bonne santé est de 64,1 ans chez les femmes et 62,7 ans chez les hommes, alors que la moyenne européenne est respectivement de 64,2 ans et 63,5 ans.

La France se trouve ainsi au 11^{ème} rang européen et en dessous de la moyenne européenne à 63,5 ans pour les hommes et 64,2 ans pour les femmes.

Suivant les données statistiques de source INSEE - Octobre 2008, depuis une dizaine d'années, les indicateurs de l'espérance de vie en bonne santé restent sur des valeurs équivalentes en stagnation.

Espérance de vie en bonne santé à la naissance	2007	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hommes	62,8	62,6	62,9	62,3	62,6	62,7	62,6
Femmes	64,4	63,7	64,9	64,1	64,4	64,1	64,9

Qu'est-ce que l'espérance de vie en bonne santé ?

Il s'agit d'un indicateur de la qualité de vie : « le nombre moyen d'années de bonne santé que l'on peut espérer vivre au sein de l'espérance de vie dans les conditions médicales, sociales et sanitaires du moment » ; celui-ci permet d'ailleurs d'évaluer l'espérance de vie sans incapacité (permanentes ou temporaires) dans les activités quotidiennes ; recommandé par l'Union européenne, cet indicateur sanitaire et démographique dépend de la fiabilité des données médicales d'incapacité (handicap physique ou mental, réversible ou non selon les cas) et donc de la qualité évaluative et des soins.

L'enjeu actuel ne semble vraisemblablement plus porter sur l'espérance de vie mais bien d'améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes en fonction d'une « bonne santé ».

Les progrès de la longévité sont les effets liés à ceux de la médecine : La capacité à ralentir les effets du vieillissement et à soigner les organes dont les fonctions se détériorent progressivement telles que sont les déficiences sensorielles, cognitives et motrices et d'anticiper l'accompagnement du grand âge. Le parcours de vie d'un individu entre également dans les données variables de la santé jusqu'à la fin de vie.

Aussi, est-il important de préciser que le processus du vieillissement physiologique résulte de l'involution inexorable du déclin de la vie et tient compte des impacts liés à l'histoire, du mode de vie (hygiène, sommeil, repos, vie sociale, addictions dont tabagisme et consommation d'alcool, du stress, des épreuves de sa propre existence et de la vie professionnelle dont la pénibilité du travail, la quantité (le nombre d'heures travaillées ainsi que la cadence/rythme) des conditions d'exercice (la charge mentale et physique, la précarité, la sécurité et la qualité de vie au travail) et du repos/récupération.

Le processus du vieillissement comprend la notion de fragilité assimilée aux vulnérabilités induites par l'état de santé pathologique lequel est associé aux risques accrus de la chute chez la personne âgée. De nombreux états chroniques et/ou aigus,

des situations de cancer, des risques cardio-vasculaires, de maladies mentales et neurodégénératives entrent dans le champ de la dépendance dans une dimension de parcours de soins devenant complexe avec la nécessité d'aides et assistances dans les actes de la vie quotidienne.

En 2008, la notion d'un 5^{ème} risque « Dépendance » apparaît dans nos institutions comme une question prioritaire nationale : Le vieillissement de la population est devenu une réalité démographique et sociale. Les questions relatives à la perte d'autonomie, des situations poly pathologiques impliquent autant de besoins que de réponses comme autant de défis auxquels est confronté notre système de Santé Publique, notre Solidarité individuelle et collective, territoriale et nationale appelant notre responsabilité sociétale.

Afin de bien comprendre ces enjeux, il semble essentiel de contextualiser quelques notions fondamentales :

Qu'est-ce qu'une chute ?

Hauer en 2006 accorde une définition consensuelle : « Perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre posturale lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité en faisant tomber la personne sur le sol ou toute surface plus basse où elle se trouvait »

Comment évaluer une chute ?

Il s'agit de comprendre ses causes mais aussi sa gravité en fonction de l'occurrence, la récurrence et les impacts sur la qualité de vie de la personne. En termes de qualité de santé, une chute est considérée comme un « Évènement Indésirable » relativement grave ou critique, non sans conséquence dans la prise en charge en soins et c'est pourquoi, il est essentiel d'en comprendre les facteurs de risques, les causes probables et/ou avérées.

La fragilité d'un patient est le 1^{er} facteur contributif à la survenue d'un EIG « Évènement Indésirable Grave ». Fragilité et comportement du patient sont des facteurs contributifs encore plus fréquents si l'on se restreint aux EIG évitables. Un « Évènement Indésirable Evitable » se définit comme un évé-

nement indésirable qui n'aurait pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue. Le caractère évitable est apprécié à l'issue d'une évaluation précise de la situation clinique du patient et des conditions de sa prise en charge par le système de soins. (2010 Premiers résultats de l'enquête ENEIS 2009 et comparaison avec ENEIS 2004)

Chaque année en France, une personne âgée de plus de 65 ans sur trois est victime de chute accidentelle ayant pour conséquence des impacts sur l'autonomie : Fractures - Santé clinique - Santé psychologique - Alimentation - Vie Sociale - Perte de la mobilité - Décès avec 9 300 personnes par an des suites de chute(s) ainsi que des coûts imputables à la prise en charge post-chutes.

Selon l'EPAC, Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante de 2017 :

- 54.3 % des Accidents de la Vie Courante concernent des chutes dont 49.6 % pour les hommes et 50.4 % pour les femmes.

- La chute est prépondérante pour plus de la moitié des accidents dans une vie mais apparaît plus marquée aux âges extrêmes de la vie :

- Des âges relatifs à l'enfance et préadolescence puis augmente dès les tranches d'âge à partir de la quarantaine,
- Le risque s'accroît à plus de 50 % après la cinquantaine puis de manière exponentielle pour les tranches d'âge à partir de 65 ans, affichant un risque majeur pour les personnes de plus de 75 ans avec un taux de 89.2 % d'accident, avec des taux de lésions éloquentes : Contusion à 31 % - Fracture à 28.7 % ; les fractures apparaissent dès l'âge de la cinquantaine comme la lésion la plus significative.

L'OMS Organisation Mondiale de Santé reconnaît la chute comme la 2^{ème} cause de décès par traumatisme involontaire dans le monde avec une estimation de 646 000 personnes perdant la vie chaque année à la suite de chutes ; la population la plus touchée au plus grand nombre concerne les personnes de plus de 65 ans et la gravité des chutes implique nécessairement des soins médicaux.

Est-ce que la Chute est évitable ou non ?

Jusque quel niveau peut-on la considérer comme un risque « acceptable » ?

La chute peut être occasionnelle, fatale ou fréquente ; dans le cas de « chutes répétées », une investigation approfondie des causes par la recherche clinique et l'identification des facteurs de risques s'impose ; les évaluations, dépistages examens, analyses biologiques sauront éclairer le diagnostic de maladies chroniques et/ou neuro-dégénératives. Plus tôt le diagnostic sera posé, mieux s'organiser le projet de soins, de vie et d'accompagnement. Une chute grave n'est jamais sans conséquence et la sévérité aura pour effet une perte significative de l'autonomie et de chance pour l'état de santé de la personne.

Les chutes sont responsables de la majorité des fractures : Hanche, Col de fémur et de traumatismes crâniens, Les conséquences se trouvent dans l'altération de la santé. Naturellement, le risque de chute augmente avec l'âge ; la probabilité et la récurrence du risque se surajoute aux conséquences.

Le passage aux urgences est devenu le motif d'hospitalisation et d'entrée en EHPAD ; L'arrivée aux services des urgences hospitalières souvent

saturés se voit considérer la personne âgée comme un public non prioritaire.

Le recours aux urgences mobilise d'ailleurs tous les acteurs de territoire intervenants dans la prise en charge des personnes âgées : Médecine de ville et de garde, Urgentistes, SMUR/SAMU, Hôpital, Pompiers, Ambulances, Aidants ou Voisins.

Cela pour incidence un engorgement des services de santé du parcours de soins d'une part, et une aggravation de l'état de santé de la personne âgée : Fracture, Soins intensifs, interventions chirurgicales, Surveillance post-traumatique, Rupture de parcours, (...), Décès. La perte de l'autonomie temporaire ou irréversible nécessitera une orientation de la prise en charge dans sa globalité : Maintien à domicile, Hébergement temporaire, Hospitalisation, Médecine aigue, Séjour de soins de suite et de réadaptation ou de longue durée et de la coordination des acteurs : Collectivités, Médecine de ville, Spécialistes, Structures médicales, médico-sociales et sociales ; ce qui représente autant de besoins en ressources significatives pour notre système de santé déjà éprouvé économiquement et devant faire face à la démographie et au défi du Grand Age.

Pour la personne âgée et ses aidants familiaux, la mobilisation en temps et en ressources finan-

cières devient une contrainte plus qu'un choix autour d'une organisation de vie à domicile plus ou moins sécuritaire ou à défaut, d'une admission en EHPAD « par dépit » dans une situation critique bien souvent « non préparée » avec un parcours de soins « très coûteux » et des conditions peu satisfaisantes.

La crise du secteur, nous la connaissons depuis ces dernières années. Aussi, ne faut-il pas exclure la pire des situations d'une fin de vie dans un état d'urgence qui aurait pu être bien mieux appréhendée et faisant fi de l'évolution du droit de mourir dans la dignité.

La prévention des chutes apparaît donc comme prioritaire pour l'espérance de vie en bonne santé ; l'amélioration de la qualité de vie et des soins ne pourra résulter que par la Responsabilité : Citoyenneté, Bientraitance, Etat des connaissances, Recherche & Développement, Expertise & Innovation, Projet médical et de soins, Gestion & Investissements, Informations, Solutions, Amélioration des Pratiques et de la Coordination, Reconnaissance de « cas complexe », Droits des Usagers, Accompagnement de la personne âgée jusque la fin de vie et de ses aidants familiaux.

Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le Ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place en 2014, un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social : En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisation évitables et en optimisant la coordination des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour de la personne âgée.

Un dispositif articulé autour de 5 actions clé

1. Renforcer le maintien à domicile
2. Améliorer la coordination des intervenants et des interventions
3. Sécuriser la sortie d'hôpital
4. Éviter les hospitalisations inutiles
5. Mieux utiliser les médicaments

Ce dispositif PAERPA « Personnes Agées En Risques de Perte d'Autonomie » déployé par l'ARS est repris dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé en identifiant les **4 risques majeurs du sujet âgé** :

1. Iatrogénie
2. Dénutrition
3. Dépression/Troubles cognitifs
4. **Chute**

Aussi, il semble important d'identifier d'autres facteurs spécifiques augmentant le risque de la chute liée au vieillissement physiologique et pathologique :

Isolement social et familial	Maladies neurodégénératives	Maladies cardio-vasculaires
Accès et Aménagement de l'habitat	Maladies mentales et démences	Troubles musculo-squelettiques
Dentition	Audition	Vision
Incontinence	Inactivité	Ostéoporose
Troubles digestifs	Cognition	Arthrose
Nutrition - Alimentation	Comportement, Humeurs	Conditions physiques

Infections & Epidémies	Déambulation	Sarcopénie
Conditions climatiques	Stress, Anxiété, Dépression	Sommeil
Médicaments dont Psychotropes, Somnifères	Environnement (Propreté, Bruit, Lumière, Circulation,)	Mobilité, Motricité, Equilibre, Marche
Handicap	Hypotension orthostatique ou postural	Musculature
Maladies chroniques	Communication	Habillage, Chaussage, Aides techniques
Manque d'exercice	Solitude - Isolement	Addiction

La chute apparaît comme un risque majeur puisqu'ultime et multifactoriel

Comment promouvoir une meilleure Santé pour les séniors dans ce contexte ?

Il semble opportun d'éclairer les usagers, les professionnels, les acteurs et décideurs des enjeux que recouvre la chute de la personne vieillissante.

Tout d'abord, citons des conditions environnementales et sanitaires de vie favorables à l'accompagnement de la personne âgée :

Habitat – Cadre de vie	Règles de vie	Soins & Accompagnement
Aménagement	Diététique - Nutrition	Accompagnement social
Adaptation des sols et dispositifs anti dérapants	Compléments Vitamines	Services d'aide à domicile
Mobiliser médicalisé	Soins du corps	Aides techniques : Canne, Déambulateurs, Chaise roulante, protection hanche
Rampes, Points et Barre d'appui	Exercice musculaire	Soins de rééducation et de réadaptation
Luminaire, interrupteurs	Hygiène de vie	Santé psychologique
Téléassistance	Sommeil	Activité Physique
Inscription en liste des personnes vulnérable	Santé visuelle	Examens et évaluations périodiques
Moyens de communication	Audition	Pédicure – Podologue
Adaptation aux conditions climatiques	Santé buccale	Chaussage adapté
Ergonomie (Cuisine, Salle de Bain, Chambre)	Activités de vie sociale	Habillage
Le Projet de vie en Hébergement ou structure adapté	Vie privée et familiale	Alimentation – Compléments alimentaires et vitaminiques dont vit D
Accès à la mobilité, Circulation et signalétique	Atelier mémoire	Plan Personnalisé de soins et Projet de Vie

Organiser la prévention de la chute des personnes âgées

Agir en amont de la prise en charge : Il s'agit d'impliquer la personne âgée et ses aidants familiaux dans un projet personnalisé de parcours de santé considérant les risques de la « Perte d'Autonomie » et d'orienter le projet de vie avec les acteurs du parcours de soins et des professionnels de santé pour ainsi réduire le « Risque de l'évènement Indésirable » et des impacts.

Le médecin traitant (Art. L 162-5-3 Code de la Sécurité Sociale) joue un rôle central dans le parcours de soins coordonnés et l'organisation du « Plan Personnalisé de Soins » pour les personnes > 75 ans, le diagnostic, la prise en charge, les prescriptions et protocoles de soins, la gestion du Dossier Médical, la cohésion sociale et familiale ainsi que le représentant légal lors d'une protection juridique. Il contribue à la réflexion du Projet de Vie Personnalisé avec l'ensemble des acteurs y compris institutionnels et sociaux.

La médecine de ville regroupe tous les professionnels de santé libéraux ou salariés, les structures de soins médicaux, médicosociaux et sociaux afin d'organiser la prise en charge en soin primaire intervenant à domicile ou en structure médicosociale.

Le médecin coordonnateur dans les EHPAD : son rôle est essentiellement dans l'organisation de l'offre médicosociale de la structure et de la coordination gériatrique sur le territoire limitrophe. Il travaille conjointement avec le médecin traitant et l'équipe pluri professionnelle intervenant dans

l'organisation du séjour du résident dès son admission notamment sur la base de recueils d'informations relatives aux attentes et besoins et de toutes les données de santé relative à la perte d'autonomie : Evaluation Gérontologique Standardisée, Evaluations clinique et multidimensionnelle, Evaluation du Projet de Vie Personnalisée au sein de l'EHPAD.

Le rôle du médecin hospitalier intervient en appui dans la recherche clinique, de diagnostic ou de prise en charge spécifique ; il oriente le parcours de soins et co-construit le « Plan Personnalisé de Soins » suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé considérant le médecin traitant d'une part et d'une équipe pluri professionnelle d'autre part dans l'orientation du parcours de patient, des démarches évaluatives, d'éducation thérapeutique, de séjours de soins et en structures adaptées si besoin.

L'équipe pluri professionnelle et multidisciplinaire : L'état de santé devient « médicalisée » et « accompagnée », c'est-à-dire évaluée et réévaluée périodiquement par l'ensemble des intervenants de la prise en charge afin de définir les actions de diagnostics, de prescriptions visant la prévention, du plan de soins, l'identification des limites du risques de chute liées à la fragilité ; la « Liberté d'aller et venir » de la personne âgée dans les établissements de santé s'en retrouvera « consensuelle ».

Quels sont les professionnels d'une équipe pluri professionnelle ?

- Médecin traitant
 - Médecin hospitalier
 - Médecin spécialiste
 - Médecin coordonnateur
 - Infirmier(s)
 - Aide-soignant
 - Auxiliaire de vie
 - Agent de l'hôtellerie
 - Psychologue - Neuropsychologue
 - Psychiatre
 - Neurologue
 - Kinésithérapeute
 - Urologue - Néphrologue
 - Psychomotricien
 - Ergothérapeute
 - Orthophoniste
 - Nutritionniste – Diététicien
 - Dentiste
 - Ophtalmologiste
 - Opticien
 - Dermatologue
 - Pédicure-Podologue
 - Assistante sociale
 - Chargé d'admission
 - Laboratoire d'Analyse Médicale
 - Pharmacien de ville et d'établissement
 - Radiologue
 - Directeurs
 - Responsable qualité & Gestion des risques
 - Préventeur des risques professionnels
 - Médecine du travail
 - Psychologue de travail
 - Gestionnaire de cas
 - Cadre de santé ou IDEC
 - animateur gérontologique
 - Autre partie prenante
- **La participation de la personne âgée et de ses proches aidants fait partie prenante du « Projet de soins et de vie ».** L'essentiel de l'aide repose sur un rôle majeur dans le soutien moral, la coordination et la surveillance. Les situations de handicap ou de perte d'autonomie bouleverse la vue de famille et mobilise les proches par une forte contribution et assistance auprès de leur parent. Les solutions de répit deviennent incontournables pour soulager les aidants.

L'évaluation multidimensionnelle en gérontologie

L'EGS : Evaluation de Gériatrie/Gérontologie Standardisée : « L'évaluation gériatrique standardisée est une **méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire**, dont le but est de déterminer les **capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales** d'une personne âgée **fragile**, dans le but de développer un **plan de soin** coordonné et intégré, et un **suivi** à long terme. » - Rubenstein.

Cela consiste à compléter l'évaluation clinique par une approche globale pluri professionnelles. Elle peut être réalisée:

- En consultation gériatrique
- Lors d'une hospitalisation dans un service gériatrique ou par une équipe mobile de gériatrie dans un autre service
- Par le médecin coordonnateur d'un EHPAD
- Par le réseau des professionnels intervenant au domicile (Médecine de ville, MDPPH, CCAS)

Evaluation Gériatrie/Gérontologie Standardisée	
Recueil des attentes et des besoins	Evaluation de la marche et de l'équilibre
Droits des usagers et des aidants	Evaluation de la nutrition/dénutrition
Directives anticipées & Dernières volontés	Evaluation des déficiences sensorielles
Evaluation clinique	Evaluation de la douleur
Examen biologique et radiologique	Evaluation sociale et familiale
Recherche & diagnostic	Evaluation de l'autonomie (Grille AGGIR)
Evaluation de poly pathologie	Evaluation du handicap
Evaluation neuropsychologique	Evaluation du consentement et de l'assentiment
Evaluation psychiatrique	Evaluation du fardeau des aidants
Evaluation de la mémoire (CMRR)	Evaluation de la satisfaction – Conseil de la Vie sociale
Evaluation de l'humeur et troubles comportementaux	Evaluation relatives à l'accompagnement de la fin de vie
	Evaluation des risques et vulnérabilités

L'évaluation multidimensionnelle a pour but d'envisager un Projet de Vie Personnalisé le plus adapté à l'autonomie et les risques au plus acceptable dans une démarche consensuelle entre les professionnels, la personne âgée et ses proches aidants.

Les stratégies de la prévention

Les programmes d'actions entrent dans les champs des évaluations suivies des recommandations de bonnes pratiques et des compétences.

La gestion des risques et des vulnérabilités du sujet âgé consistera à identifier les facteurs de risques endogènes et exogènes suivi de programmes d'actions spécifiques et de réévaluations périodiques.

La pertinence de la démarche contribue à la qualité des services et prestations d'accompagnement portée par une offre institutionnelle perfectible et évolutive.

Identifier les risques de chutes permet de favoriser l'évaluation multidimensionnelle pour agir sur l'autonomie, la qualité de vie et la maîtrise des coûts.

En 2014, L'INSERM publie une synthèse et des recommandations sur le sujet : « L'activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées » - *Extrait*

Dans le cadre du Plan national : « Bien vieillir », l'INSERM a été missionné sur l'opportunité de l'exercice physique en faveur pour les séniors :

- « La fragilité est associée à un risque majoré d'évènements péjoratifs de santé dont les chutes : Après 65 ans 15 à 20 % de la population vivant à domicile seraient fragiles (...)
- La chute est un évènement fréquent aux conséquences multiples et souvent graves (...)
- Les chutes représentent la principale cause de traumatismes physiques chez les plus de 70 ans et ont des conséquences psychiques et sociales sur l'autonomie et la qualité de vie (...)
- Bien que difficile à chiffrer, le coût financier des chutes est considérable (...).

La prise en compte des déterminants de la fragilité s'inscrit dans un processus réversible de ralentissement des impacts. L'intérêt de l'évaluation des fragilités, risques et vulnérabilités permettrait une perspective d'évolution et d'organisation en soins primaires, préventifs de la perte d'autonomie ou d'Evènement Indésirables significatif tel que la Chute et de ses conséquences.

Les chutes résultent de facteurs multifactoriels prédisposant et précipitants

La peur de la chute constitue un autre facteur de risque conduisant à la restriction d'activité et la perte de confiance.

L'évaluation multidimensionnelle et le repérage des personnes âgées à haut risque peuvent être réalisés en continue suivant quatre (4) approches :

1. Interrogation du patient sur ses antécédents de chute
2. Tests physique mono-tâche et multitâches
3. Approche multidimensionnelle avec des outils composites et un repérage des principaux facteurs de risques de chute
4. Epreuve de double-tâche physique et cognitive.

Les interventions multifactorielles auprès d'un patient à haut risque et la pratique d'exercice physique régulière contribue à réduire le nombre de chute.

Il apparait que les programmes d'exercices physiques les plus efficaces sont ceux centrés sur le travail de l'équilibre. La marche nécessite une attention soutenue pour compenser l'affaiblissement musculaire et l'automatisme. Le renforcement musculaire et l'endurance participent aux capacités fonctionnelles de l'autonomie et ont des effets complémentaires au travail de l'équilibre, sur la prévention des chutes et la qualité de vie de la personne âgée. (..) »

En savoir plus :

LA HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ www.has.fr accompagne les acteurs et professionnels par la publication de recommandations, entre autres :

- Prendre en charge une personne âgée polyopathologique en soins primaires
- Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA
- Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées
- Populations spécifiques : Les personnes âgées en établissement de santé
 - Comment réduire les ré hospitalisations évitables des personnes âgées
 - Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD
 - Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?
 - Contention physique de la personne âgée

LA SFGG SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE-GÉRONTOLOGIE www.sfgg.fr met également en accès d'informations ouverte aux professionnels :

- « Seniors : que faire face au risque de chute ? » – Cédric Annweiler, gériatre au CHU d'Angers
- « Les médicaments sont des facteurs précipitants qui vont favoriser les chutes » François Puisieux dans «Senior Actu », 28 juin 2019
- « ALZHEIMER : Pourquoi l'activité physique est si importante pour les personnes souffrant de la maladie » - Yves Rolland, gériatre, Professeur au Gérontopôle de Toulouse

D'UN POINT DE VUE PRATIQUE :

- **Le CNSA Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie www.cnsa.fr** en lien avec le Ministère de la Santé met à disposition le site d'information institutionnelle et professionnelle de l'aide à l'autonomie : **www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr**
- **Le Ministère de la santé** a publié un guide pratique : « Bouger en toute sérénité – Prévenir les chutes dans la vie quotidienne » **www.pourbienvieillir.fr**
- **L'Assurance Maladie** publie également des conseils en ligne sur le site **www.ameli.fr** : Comment prévenir les chutes des personnes âgées ?

La Concertation du Grand Age et de l'Autonomie : La remise du rapport LIBAULT



« La société française de 2050, dans laquelle près de 5 millions de français auront plus de 85 ans et dans laquelle le nombre d'ainés en perte d'autonomie aura presque doublé, cette société se construit aujourd'hui. »

L'enjeu de notre système de santé est de répondre aux défis démographiques du Grand Age : le rapport met en exergue l'accroissement significatif du nombre de personnes âgées dans notre société avec une hausse annuelle du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie qui devrait doubler entre aujourd'hui et 2030, passant de 20 000 à 40 000 personnes par an avec une projection à 2 235 000 en 2050 contre 1 265 000 en 2015.

La concertation qui s'est traduite par des contributions pour le « Bien être du grand âge pour tous » propose des transformations de notre système de santé et de solidarité :

- Des liens intergénérationnels
- De l'offre de soins sanitaires : médicosocial et social
- De la prise en charge des parcours de soins et de santé sans rupture
- De la politique de prévention

Mais aussi des réformes attendues sur :

- Système d'informations & Données de santé
- Valorisation des métiers comme axe prioritaire de la Stratégie Nationale du Grand Age

Le rapport LIBAULT comporte 175 propositions :

1. Gouvernance et Pilotage
2. Panier de biens et de services – Reste à charge
3. Nouveaux financements
4. Parcours des personnes âgées
5. Prévention et bien vieillir
6. Métiers
7. Aidants, Familles et Bénévolats
8. Offre de demain pour les personnes âgées en perte d'autonomie
9. Cadre de vie et inclusion sociale
10. L'Hôpital et la Personne âgée

La complexité des parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie vient accentuer les enjeux de la qualité et la coordination des services de santé.

Pour ce dossier, nous avons souhaité nous entretenir avec des représentants des professionnels de la rééducation – réadaptation en sollicitant leur témoignage : Masseur-Kinésithérapie, Psychomotricité, Ergothérapie, Pédicure-Podologie mais aussi les représentants médicaux de la profession de Gériatre et de Médecin coordonnateur

En quoi, l'intervention de chaque professionnel puisse agir favorablement dans la prévention de la chute ou la limitation de la perte d'autonomie ?

Focus de chaque entretien





Entretien

avec Mr Jean-François DUMAS

Secrétaire Général du Conseil National de l'Ordre des Masseurs
Kinésithérapeutes – Conseiller national, suivi de Mr Alexandre KUBIKI,
Membre du Conseil scientifique – www.ordremk.fr

En quoi l'intervention du kinésithérapeute peut-elle prévenir les chutes, limiter la perte d'autonomie et favoriser la qualité de la prise en charge en soins ?



Le rôle du kinésithérapeute apparaît fondamental dans l'évaluation multidimensionnelle du projet de soin et d'accompagnement suivie de la coordination des programmes de rééducation et de réadaptation : Est-ce que cela signifie de nouvelles pratiques professionnelles pour les kinés ?

Pour rappel, la profession de masseur-kinésithérapeute est instituée depuis la loi 46-857 du 30/04/1946 et définie par l'article L4321-1 du Code de la Santé publique : « La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement ». La kinésithérapie est une pratique paramédicale de soins qui comprend la gymnastique médicale, l'activité physique adaptée et la rééducation-réadaptation. Les activités sont conventionnées par l'Assurance Maladie et les actes prescrits font l'objet de remboursements.

Les pratiques professionnelles évoluent suivant celui du cadre institutionnel. L'évolution dernière a été marquée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé suivant l'article 123 modifiant l'article L4321-1

Une avancée des pratiques de la profession a ouvert le droit à la prescription médicale d'Activités Physique Adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et risques médical du patient, notamment pour les patients reconnus en « ALD » (Affection de Longue Durée) notamment en rapport aux maladies neurodégénératives et/chroniques :

Un décret du 30 décembre 2016 précise que le médecin traitant peut prescrire [au patient atteint d'une affection de longue

durée] une activité physique dispensée par l'un des intervenants suivants :

1° Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1;

2° Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation ;

3° Les professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée.

Pour répondre aux principes de la Prévention de la Perte d'Autonomie et celles de la chute pour les personnes âgées du domicile jusqu'en EHPAD, un bilan initial d'autonomie est l'acte incontournable à réaliser : En prévention, dès l'âge de 65 ans (âge reconnu à risque de chute) ou d'une reconnaissance en ALD, suivi de réévaluations périodiques entre 6 mois et 1 an suivant le cas. Ce bilan évaluatif est la seule manière d'anticiper la perte de l'autonomie pour l'organisation de soins de réadaptation du sujet âgé. Ce bilan est d'autant plus préconisé en EHPAD puisque la perte d'autonomie justifie l'admission et le programme de soins vise à maintenir voire reculer la perte d'autonomie dont la prévention de la chute. Lors de la prise en charge Post-Chutes, le bilan d'auto-

nomie fonctionnel sera d'autant plus utile et suivi pour la récupération au mieux de l'autonomie.

Le kinésithérapeute tient un rôle essentiel dans le domaine de la gériatrie-gérontologie : il contribue effectivement à la réflexion pluri professionnelle de l'évaluation des besoins de la prise en charge de la personne âgée considérant la gestion des risques et vulnérabilités. Ce professionnel paramédical a pris un rôle majeur de praticien conseil auprès du médecin traitant, également du médecin coordonnateur de l'établissement ; partie prenante de la coordination gériatrique et gérontologique, il oriente l'accompagnement auprès de tous les professionnels des soins et des proches intervenants auprès de la personne âgée. Grâce à ses différentes approches et expertises, il recommande des programmes spécifiques auprès d'autres professionnels de la rééducation et de la réadaptation que sont entre autres, l'ergothérapeute, le psychomotricien et le pédicure podologue. En l'absence d'ergothérapeute, il supplée à la fonction en formulant des recommandations d'équipements médicalisés ou de réaménagement adaptés et en ergonomie auprès des gestionnaires ou décideurs. Il travaille également en étroite collaboration auprès des professionnels de soins de proximité que sont les infirmiers, les aides-soignants, les agents hôteliers, les animateurs de la vie sociale afin de favoriser les pratiques de la bienveillance dans l'accompagnement des activités quotidiennes adaptées à la personne âgée.

Il paraît essentiel de préciser ou rappeler les compétences métiers du masseur-kinésithérapeute au rôle de l'Activité Physique Adaptée, puisqu'il est le seul professionnel de santé dans le code du sport habilité à dispenser des actes d'éducation physique. Le médecin prescrit un acte « APA » et le praticien kinésithérapeute peut intervenir en programme individuel ou collectif dans une salle équipée dédiée à l'exercice de la fonction. L'offre médicosociale en la matière peut s'ouvrir vers diverses pratiques sportives : tennis, judo, rameur, piscine, sport collectif (...). Tout peut être envisageable tant que la pratique est adaptée aux capacités et aux risques avec une fonction mobilisatrice d'intérêt et ludique. La kinésithérapie en ce sens est complémentaire et possible avec l'intervention des enseignants sportifs diplômés « APA ».

La mission centrale du kinésithérapeute est d'intervenir auprès de toute personne qui présente un déficit fonctionnel par le soin technique du mouvement.

Il évalue les risques : faibles – moyens – élevé, afin de déterminer selon le niveau les programmes nécessaires suivant le ou les organes déficients visant à adapter la rééducation ou les activités physiques aux capacités de la personne âgée dans un environnement sécuritaire et aménagé.

Les Bonnes Pratiques à Domicile ou en EHPAD font l'objet de protocoles interprofessionnels

Par l'ensemble de ses interventions et de compétences conseil, il contribue auprès du médecin coordonnateur et du gestionnaire d'établissement à la réflexion stratégique de l'offre médicosociale inscrite dans le projet d'établissement et/ou de services.

Les points forts de la profession concernent les actes prescrits et remboursés. La démographie médicale de notre profession est inédite puisque chaque année près de 5 000 nouveaux professionnels sortent diplômés répartis comme suit : 3000 professionnels sont formés sur le territoire français et 2 000 sont issus des cursus européens (Belgique, Espagne, Roumanie, Pologne) – A ce jour sur 97 000 professionnels, 20 000 viennent des filières européennes ; en ce sens, l'Europe permet de couvrir les besoins sur le plan national par anticipation si l'on tient compte du rythme de 5 000 nouveaux professionnels par année.

Les points sensibles de la profession concernent les pratiques professionnelles évoluant vers le Grand Age et de la Perte d'Autonomie puisqu'il paraît fondamental qu'un bilan fonctionnel initial et périodique puisse être réalisé afin de prévenir la perte d'autonomie et les risques de chute(s) ; en ce sens, ce bilan évaluatif mérite d'être reconnu dans le panier de soins du domicile jusqu'en EHPAD par la reconnaissance des actes et la pertinence de soins dans le parcours de santé avec les remboursements des soins du parcours par l'Assurance Maladie.

Il faut savoir que la profession regrette la faible rémunération et le manque de reconnaissance ; pour exemple, la cotation des actes en « 6 » à 14 euros (qui représente les $\frac{3}{4}$ des actes prescrits) et en « 8 » à 19 euros selon les prescriptions avec une inadéquation pour l'exercice ne permettent pas un accès évident pour répondre aux besoins réels en soins kinésithérapie car la prise en charge prescrite est difficilement applicable selon les situations de dépendance et/ou de situation géographique que d'ailleurs, faut-il aussi préciser, se résume à 2 euros pour un déplacement ou de 4 euros dans

le cas d'un déplacement reconnu pour une ALD en visite sans condition kilométrique !

Tout cela limite effectivement l'accès aux soins face aux réels besoins de l'autonomie : des massages, des activités physiques adaptées et de rééducation-réadaptation pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Il faut aussi comprendre que les objectifs de l'ONDAM étant révisés chaque année, cette enveloppe se traduit par une réduction de la rémunération du professionnel ; c'est-à-dire comparativement à un statut d'infirmier dont le revenu moyen annuel représente 49 k€, le professionnel kinésithérapeute affiche à ce jour un revenu moyen de 41 k€.

Tout cela contribue à un désengagement de la profession vis à vis des soins en EHPAD et les praticiens sont souvent confrontés au « grognement des familles », et à l'incompréhension de nos institutions.

La profession ne cesse de faire valoir l'évolution de nos pratiques professionnelles et de nos compétences face aux défis de la santé du Grand Age et de la Perte d'Autonomie. Notre portail est d'ailleurs fourni d'informations très utiles pour le secteur. Un groupe de travail a été récemment constitué suivant l'appel de Madame EL KHOMRI pour la mission visant la valorisation des métiers du Grand Age auquel le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a participé.

Nous souhaitons vivement que soient reconnus les actes essentiels, la rémunération et l'innovation de nos pratiques en gériatrie-gérontologie ainsi que le rôle majeur porté par notre profession sur les enjeux de la prévention à la perte d'autonomie et de la chute non sans conséquence pour la personne âgée et ses proches aidants et pour l'ensemble des acteurs de notre système de santé, si nous souhaitons une qualité de vie d'une part pour tous et garantir une qualité & sécurité des prestations soins pour les séniors.



Entretien

avec Mr Alexandre KUBICKI

Kinésithérapeute, Conseiller scientifique auprès du Conseil National de L'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes – Co-responsable du Groupe d'Intérêt sur la Gériatrie intégré au sein de la SFP, Société Française de la Physiothérapie et Enseignant-Chercheur en rééducation gériatrique
www.sfp.fr ; www.Physio-4-frail.com

? En quoi, l'intervention du Masseur-Kinésithérapeute puisse agir favorablement dans la prévention de la chute ou la limitation de la perte d'autonomies de la personne âgée en EHPAD ainsi que sur le plan de la «Coordination» ?

La prévention de la chute de la personne âgée représente de façon plausible l'enjeu actuel des pratiques en rééducation gériatrique. La manière d'exercer la kinésithérapie ne peut se réaliser sans une certaine prise de recul par rapport à la chute en elle-même : En effet, il faut éviter de croire que l'on sera en mesure d'éviter la survenue des chutes de la personne âgée mais reconnaître que le risque existe dans le processus du vieillissement. Ainsi, le kinésithérapeute tente d'identifier les risques de chute, de retarder ou d'éviter la survenue de celle-ci, mais il travaille aussi et surtout sur la dédramatisation de l'évènement et sur les moyens à mettre en œuvre pour réussir à se relever et ainsi passer moins de temps au sol.

Il est important de noter que les problèmes moteurs sont source de perte d'indépendance fonctionnelle, pas de la perte d'autonomie. D'autres facteurs interdépendants tels que le médicament, la dénutrition, l'environnement, les rapports sociaux contribuent à la fragilité. L'approche interprofessionnelle s'impose donc de fait.

L'entrée d'une personne âgée en EHPAD est souvent consécutive à une hospitalisation due à une chute signifiant une dépendance. Dans ce cadre, le professionnel de la rééducation est en capacité de réaliser un diagnostic individualisé à partir duquel il orientera un programme adapté pour la récupération et la prévention des récidives.

Mais c'est surtout à partir de la prescription médicale, que ce bilan de kinésithérapie se définira dans des contraintes : sur la base des actes de soins prescrits et remboursables. L'intervention de la kinésithérapie dans ce contexte ne peut se positionner qu'en termes de rééducation avec pour objectif, une récupération de l'indépendance fonctionnelle. C'est pourquoi, la prévention des décompensations motrices en EHPAD est difficile à inscrire véritablement pour répondre favorablement aux problématiques du grand âge.

Malgré que cette offre d'hébergement médicosociale soit peu flatteuse actuellement pour les résidents, la profession s'est interrogée sur les évolutions des pratiques en Gériatrie, à savoir comment améliorer les pratiques professionnelles quotidiennes et le rôle du professionnel intervenant en EHPAD ?

- Les enjeux du vieillissement physiologique et pathologique représentent autant de défis indéniables ; les patients « chuteurs » sont atteints de maladies neurodégénératives, de maladie d'Alzheimer et apparentées, de troubles sensori-moteurs, de troubles de comportement ; ils représentent une population spécifique et significative en EHPAD ;
- Le mode d'exercice du praticien kinésithérapeute est soumis à la tarification à l'acte, ce qui contribue à rendre la

vision globale du patient fragile peu évidente en rééducation gériatrique. De plus, le mode d'activité libéral rend difficile la nécessaire inter-professionnalité en EHPAD, le praticien libéral n'étant pas un membre intégré de l'équipe soignante ;

- Les pratiques professionnelles en gériatrie comprennent la rééducation des déficiences, la lutte contre la sédentarité, la prévention des troubles musculo-squelettiques du personnel et la formation spécifique pour l'ensemble des professionnels du soin à des gestes sollicitant les capacités restantes des résidents ;
- L'existence aujourd'hui de « D.I.U. Diplôme Interuniversitaire de Kinésithérapie en Rééducation Gériatrique » démontre l'intérêt de la profession pour les besoins du Grand Age.
- La prévention secondaire est fondamentale : il faut solliciter les capacités sensori-motrices des résidents avant la survenue des premières chutes lorsque cela est possible, ou dans les suites immédiates pour lutter contre l'installation du syndrome post-chute.

On ne peut pas dire que la prévention de la chute est l'activité principale de nos pratiques ; A ce jour, les soins restent curatifs et correctifs subordonnés à la prescription.

La coordination de la filière gériatrique souffre tout autant des défaillances d'exercice interprofessionnel où le temps dédié à l'expertise gériatrique pour les professionnels de l'autonomie fait défaut dans le parcours de santé du domicile, à l'hôpital et en EHPAD. Pourtant, les échanges interprofessionnels entraînent une dynamique d'équipe autour des « bons gestes » sollicitant le résident dans une action participative à ses déplacements. Même dans le cas d'alitement, la mobilisation active est possible en sollicitant la musculature du patient et contribuant ainsi à la bienveillance dans toute la dimension du soin, tout en entretenant les capacités de la personne.

Il est intéressant de noter la récente « prescription d'activité physique », ouvrant probablement une porte vers une approche préventive des troubles liés à la sédentarité. Mais le financement des soins reste un point critique de notre système face aux réels besoins.

Le rôle de la kinésithérapie est pourtant fondamental en termes de prévention car cette discipline physique appelant à de grandes capacités dans les relations humaines consiste à compenser le déficit fonctionnel pour retarder la dépendance parfois inéluctable, réduire la pénibilité pour tous les acteurs du soin et l'anxiété de la personne âgée face au risque de la chute.

Quatre objectifs semblent saillants pour la profession :

- L'hétérogénéité des approches nécessite une harmonisation des pratiques évaluatives, des programmes thérapeutiques et des financements ;
- L'évolution de l'exercice libéral vers l'activité gériatrique au statut de salarié en EHPAD favoriserait probablement l'interprofessionnalité dans la coordination de la filière gériatrique ;

- Développer une approche globale de la physiothérapie et de programmes d'activité physique adaptées : Cardio-respiratoire, troubles de l'équilibre, troubles sensoriels, motricité, cognition, vie sociale (...)

- Prendre en compte l'état de la connaissance : La Recherche permet des avancées en rééducation gériatrique :

- La plasticité du cerveau est conservée chez la personne âgée : Il est possible de réapprendre lorsqu'on est fragile ;
- Les techniques de soins en gériatrie évoluent de pair ;
- L'importance de prendre en compte les troubles cognitifs comme annonciateurs de risques moteurs ;
- La prise de conscience des enjeux démographiques participe à la recherche et au développement du soin et de l'accompagnement.

Les conditions actuelles de l'exercice libéral de la profession rendent contraignantes les interventions de professionnels dans les EHPAD :

- Organisation du temps de travail et la planification des programmes de soins :

Les déplacements au domicile, à l'Hôpital et en EHPAD sont peu valorisés dans un contexte où les cabinets de kinésithérapie en ville sont remplis (L'indemnisation

actuelle et ceux relatifs aux déplacements est un frein réel) ;

- La gériatrie n'est pas une spécialité mais un centre d'intérêt d'un point de vue légal ;
- Les patients âgés très fragiles se présentent peu en cabinet.

Sortir du principe de la « Prescription médicale » est une nécessaire réflexion à mener par la reconnaissance des compétences métiers du kinésithérapeute : l'approche globale des évaluations et des pratiques de soins dans la prise en charge gériatrique du patient âgé. Aujourd'hui, les codifications d'acte rendent trop isolant l'action de la rééducation et de sa pertinence. L'approche globale de la kinésithérapie en gériatrie prend en compte l'état « holistique » de la santé : cardio-respiratoire, musculo-squelettique, l'équilibre et la motricité, (...) pour définir, réévaluer et réajuster le plan personnalisé de soins.

Trouver des solutions dans les pratiques et l'accompagnement est un travail d'équipe pluri professionnelle et d'acteurs institutionnels.

Les kinésithérapeutes sont demandeurs de l'accès direct pour les patients à leur exercice et souhaitent une amélioration de l'organisation de parcours de soins adaptée à cette population spécifique avec des modalités de prise en charge couvertes par l'Assurance Maladie pour l'accès aux soins mais aussi en faveur de la qualité des soins et d'accompagnement.



Entretien

avec Monsieur Yannick THOMAS

Directeur SNUP - Syndicat National d'Union des Psychomotriciens
www.snup.fr

? En quoi, l'intervention du psychomotricien puisse agir favorablement dans la prévention de la chute ou la limitation de la perte d'autonomie ?

Nous pouvons également repositionner cette question à la fois au contexte de la médecine de ville et des pratiques en EHPAD ?

Tout d'abord pour aborder ce sujet, il semble fondamental de présenter le métier de psychomotricien dans l'histoire du soin paramédical. La profession est apparue en 1964 par la reconnaissance de la compétence du Certificat de Psycho-rééducateur puis en 1974, le Diplôme d'Etat de Psychomotricien est référencé au répertoire des métiers avec une reconnaissance des actes en 1988.

A ce jour, le professionnel de santé de « Psychomotricien » est inscrit au livre 3 du Code de la Santé Publique. On peut recenser actuellement 15 000 professionnels dont 2 000 travaillant au statut de profession libérale ; compte tenu d'une intégration progressive des actes auprès des personnes âgées et notamment dans les EHPAD, il est évident que la profession mérite une revalorisation et une promotion du métier pour les secteurs d'activités auxquels il est de plus en plus sollicité : Petite enfance et Personnes âgées. D'ailleurs l'approche du jeune enfant et de la personne vieillissement présente un développement psychomoteur inversé avec des risques relatifs aux modifications physiologiques et sensorielles liée à la vie humaine ; alors que l'enfant est en devenir, le processus du vieillissement se traduit par l'involution des sens et des capacités de la personne ; les pratiques d'accompagnement et de prévention des risques de chute évoluant avec la gérontologie, les métiers de la rééducation et de la réadaptation se

retrouvent également en plein essor de développement.

Dans le cadre des missions d'interventions en EHPAD, les prescriptions requises pour les soins s'inscrivent dans le Projet d'Etablissement du Volet du soin et de la coordination gériatrique ; le professionnel psychomotricien intervenant peut-être salarié mais bien souvent il travaille sur la base d'une convention signée entre l'établissement et le psychomotricien au statut libéral.

La prise en compte du risque de chute de la personne âgée entre absolument dans ses domaines de compétences. L'approche globale est bien évidemment portée par une équipe pluridisciplinaire et l'expertise du psychomotricien entre en complémentarité avec les autres professionnels de la rééducation & réadaptation que sont : le kinésithérapeute, le pédicure-podologue, l'ergothérapeute mais aussi les autres professionnels de la vie psychosociale tels que la psychologue, la socio-esthéticienne et l'animateur gérontologique mais aussi les prestataires extérieurs du bien-être. On se retrouve dans un travail collaboratif indispensable visant à parfaire l'accompagnement de la personne âgée dans son projet thérapeutique.

Une personne âgée devient vulnérable et se retrouve progressivement dans une incapacité physique ; la spirale de la dépendance apparaît dès lors que des actes de soins et de rééducation font défaut. Le risque de chute du sujet âgé se retrouve bien au cœur des débats !

Comment intervient le professionnel dans l'équipe soignante d'un EHPAD ?

Sur la base des recueils de données de santé :

- Il précise et rappelle le rôle de la psychomotricité dans la rééducation nécessaire à la prévention de la perte d'autonomie : Verticalité, Equilibration, Sensorialité, Senso-motricité
- Il travaille avec l'état d'esprit et les émotions du patient – résident : Stress – Anxiété – Détente – Relaxation
- Il réévalue périodiquement les besoins et les aspirations de la personne afin de réajuster ses soins de rééducation et de réadaptation et de son accompagnement pour les actes quotidiens de la vie
- Il travaille en étroite collaboration avec tous les professionnels en EHPAD y compris le gestionnaire d'établissement mais aussi les aidants.
- Il contribue également à la prévention des troubles musculo-squelettiques pour les professionnels intervenants.

Pour le champ du grand âge, il est important de comprendre la modification du schéma corporel vécu par le sujet âgé : Des douleurs articulaires et musculaires épuisent son habilité et sa posture. La personne devient « perturbée » par l'altération de son système sensoriel : Vision (Acuité visuelle diminuée), Audition (Capacité Auditive amoindrie), Toucher (Santé de la peau qui devient de plus en plus fine) – Goût (Alimentation-Nutrition), Olfaction (Odeur) : Un regard enroulé suit la courbe de la colonne vertébrale – Une démarche fragilisée est accentuée par l'état émotionnel de la peur, l'anxiété, la crainte face à cette « perte de contrôle ».

L'être humain dans sa verticalité marche, court, se déplace, se meut. Dans son déclin, il se retrouve face à cette « perte d'autonomie » parfois brutale. La recherche de l'équilibre et d'appuis devient le souci de la mobilité et de ses déplacements.

Quel rôle prend le Psychomotricien en EHPAD : Sur la base d'évaluations, le programme de la rééducation consistera à répondre à ses besoins en tenant compte de ses motivations par des moyens d'adaptation et des exercices physiologiques ciblés : L'accompagnement individuel s'occupera de pérenniser les praxies comme pour exemple, des ateliers d'écriture. La psychomotricité fine a pour but de maintenir l'agilité du geste et de l'équilibre ciblant la santé physiologique de l'os et des muscles.

En effet, les fractures du col de fémur sont prédominantes chez la personne âgée ; c'est pourquoi, il est fondamental d'agir sur la santé du système osseux en le renforçant par des exercices techniques tels que : La « théorie du cabas », l'enracinement du corps, l'escalier. Des séances d'exercices collectifs sont également pratiquées afin de favoriser la simulation de groupe, favoriser les échanges sociaux et la relation à l'autre. Enfin, les aides techniques visant à modifier et accompagner les appuis sont essentiels.

La créativité illustre aussi les pratiques innovantes du métier, telle la réminiscence dans des exercices « personnalisés » : une expérience par des gestes chorégraphiques a été démontrée positive pour deux personnes âgées « anciennes danseuses ».

Sur la dimension des maladies Alzheimer et des troubles apparentés, le psychomotricien est devenu un professionnel spécialiste du travail de la mémoire à la fois sur les plans : cognitif et corporel avec des actions dorénavant reconnues positives sur le recul de la perte d'autonomie ; travail tout autant préventif sur le risque de chute que l'on sait « multifactoriel »

Pour contribuer à la prévention ou à la récupération des effets de la chute ; il s'agit de réduire les facteurs de risques prédisposant ou précipitants ; chaque professionnel intervient dans le champ de ses compétences. Toutefois, c'est par la réflexion pluridisciplinaire que la complémentarité et la coordination des soins est possible et pour chaque professionnel : la détermination et la réévaluation de ses actions.

Des points faibles résident dans l'offre médicosociale : Il faut reconnaître que certains métiers du soin de la gérontologie restent méconnus du public et même des acteurs de santé !

Ces « professions invisibles » que sont les : ergothérapeutes, diététiciens, neuropsychologues, pédicure-podologue portent en leur sein l'expertise nécessaire à l'évolution de nos pratiques en gérontologie et par incidence l'offre de soins.

SNUP, Syndicat National d'Union des Psychomotricien s'efforce de faire reconnaître la profession et des pratiques auprès de tous les acteurs du secteur des personnes âgées et a participé à la Concertation du Grand Age et de l'Autonomie.



Entretien

avec Monsieur Nicolas BIARD

Directeur technique de l'ANFE - Association Nationale Française
des Ergothérapeutes – www.anfe.fr

? En quoi, l'intervention d'un ergothérapeute puisse agir favorablement dans la prévention de la chute ou la limitation de la perte d'autonomie ?

Nous pouvons également repositionner cette question à la fois au contexte du domicile et des interventions nécessaires en EHPAD ?

Nous aimerions connaître votre avis sur le plan institutionnel mais aussi du métier dans les différents secteurs de la personne âgée.

Pour présenter le métier d'ergothérapeute, on peut remonter jusqu'à 20 années d'histoire de pratiques avec une 1ère approche biomédicale. La prise en charge d'une personne âgée présentant un handicap consistait à proposer de l'aide technique dans son environnement.

L'arrêté du 5 juillet 2010 inscrit la profession comme suit : « L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace et de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes en tenant compte de leur habitude de vie et de leur environnement »

La profession à ce jour a élargi son champ de compétences interventionnel en « Occupational therapy » c'est-à-dire par la thérapie occupationnelle de la personne en interaction avec son environnement : son lieu de vie, du maintien à domicile, de la promotion de santé et du bien-être dans ses activités ; cette profession de santé met la personne au centre du soin de rééducation et de réadaptation dans sa dimension sociale et affective.

Il faut savoir que le nombre d'ergothérapeutes augmente de manière constante depuis ces dix dernières années à plus de 70 %. Ils exercent à 88 % en tant que salarié et l'exercice libéral se développe ces dernières années.

Il faut aussi préciser que la profession est une activité libérale non conventionnée et ne donne pas lieu à des remboursements de l'Assurance Maladie ; les financements sont au dépend d'acteurs institutionnels tels que le Ministère, la CNSA, les collectivités territoriales dont les CCAS, certaines caisses de retraite telles que AGIR ARRCO.

Suite au Plan Alzheimer 2008-2012, les dispositifs ESA Equipe Spécialisée Alzheimer ont permis un accès financé à l'ergothérapie ; ce qui a permis l'entrée de la profession dans les problématiques pathologiques liées au grand âge.

L'ergothérapeute évalue par ateliers d'activités, favorise le parcours de santé et oriente le projet de vie : Il intervient bien souvent à la demande des familles suivant l'avis des professionnels de santé dès le domicile par des évaluations personnalisées tout en prenant soin de l'implication de la personne âgée et de ses aidants. Son rôle est d'apporter des solutions fonctionnelles et des conseils d'aménagement pour l'environnement.

L'aménagement et l'apport de moyens de compensation permet de préserver ou d'améliorer la qualité de vie de la personne âgée dans ses activités quotidiennes. Une participation active lui permettra de maintenir ses capacités physiques, cognitives et sensorielles. L'environnement humain et matériel influence de manière significative

l'autonomie par son aspect facilitateur ou inhibiteur.

Prévenir la chute pour une personne vulnérable en perte d'autonomie est effectivement le risque sur lequel tout le travail va se fonder :

Le domicile est le lieu de vie le plus problématique : Souvent « encombré », non adapté à la mobilité réduite, il présente des zones d'insécurité. Pour exemple, la salle de bain représente une zone à risque nécessitant des adaptations sécuritaires.

En EHPAD, le lieu de vie est beaucoup plus adapté mais nécessite parfois des interventions en fonction des situations particulières de santé. Pour autant, tous les EHPAD ne sont pas aménagés de la même manière et c'est pourquoi, l'ergothérapeute intervenant dans ces établissements orientera ses conseils en faveur des hébergements, des unités spécifiques tels les UHR (Unité d'Hébergement Renforcé), des espaces communs tels la circulation par des sols lumineux ou encore des rampes et des barres d'appui. Il s'attachera à faciliter les activités de la vie quotidienne pour la personne âgée mais aussi l'accompagnement des professionnels et des aidants

Comment les missions d'ergothérapeutes contribuent-elles significativement dans la prévention de la chute de la personne âgée ?

En effectuant une évaluation globale des capacités de la personne dans son environnement et en évaluant les restrictions d'activités

En améliorant les capacités de la personne à l'appui d'une intervention d'ergothérapie suivant un programme d'adaptation et/ou de compensation tenant compte des avis de professionnels intervenants, dont le médecin, le spécialiste, l'infirmier, la psychologue, le pédicure-podologue, mais aussi les rééducateurs tel que le kinésithérapeute et le psychomotricien mais aussi les aidants

En réduisant les risques de chute par la correction ou la compensation de points critiques de l'environnement.

Il intervient en « prévention primaire » considérant des chutes antérieures et/ou des hospitalisations et en optimisant les capacités fonctionnelles de la personne et de

la remise en confiance. Il réalise des actes de prévention.

Il met en œuvre des dispositifs appropriés en faveur de :

- La rééducation de l'équilibre et de la motricité
- Le contrôle de la sécurité
- L'apport d'équipements spécifiques et des adaptations
- L'entraînement à se relever du sol et des sessions de formation

En EHPAD, les missions sont ciblées dans les zones de vie, de la chambre mais aussi du déplacement, plus particulièrement de déambulation et la sécurisation des espaces communs : accueil, couloir, escalier, restauration, espaces extérieurs, (...).

Il conseille sur les dispositifs de prévention et de récupération de la chute par des moyens techniques : Orthèses, Verticalisation, Manipulation, Prévention des troubles musculo-squelettiques, type de sols ou encore apporter un avis sur le chaussage ; mais aussi de l'utilisation de nouvelles technologies tels que : Caméra de surveillance, Bracelet de surveillance, Capteur de Chambre ou de Chaussure, Détecteur de chute, Moyen d'alerte, (...) cependant, ces dernières questions soulèvent la réflexion éthique dans les pratiques.

Il fait également appel à tout professionnel du bâtiment susceptible de concevoir des améliorations à l'habitat et des mises en conformité à la mobilité.

Les objectifs du métier étant la prévention du handicap et de la dépendance, l'ergothérapeute définira son programme d'intervention technique et thérapeutique en vue de satisfaire au maintien des actes de la vie quotidienne. Il accompagne la personne dans un changement et une reconfiguration de son espace de vie au plus sécuritaire.

Il coordonne également les actions avec les différents professionnels en favorisant un maillage des intervenants et une réflexion globale autour de l'accessibilité, y compris dans le champ de l'habitat et de l'urbanisation, pour la mise en œuvre d'une société inclusive.

Pour références, des études et programmes ont démontré l'efficacité de l'ergothérapie développée pour les seniors au Canada :

Le Lifestyle Redesign® consiste en une intervention ergothérapeute préventive auprès des seniors afin de promouvoir le développement d'un mode de vie sains et personnellement signifiant auprès des aînés.

Des essais cliniques ont démontré que cette intervention est rentable et favorise une amélioration significative et durable de la qualité des interactions sociales des aînés, leur vitalité, leur santé mentale et leur satisfaction envers la vie.

L'ANFE - Association Nationale Française des ergothérapeutes a remis une note de synthèse « Contribution des ergothérapeutes dans le cadre de la Concertation Grand Age et Autonomie » dans le but de faire progresser le parcours de santé de la personne âgée en perte d'autonomie en termes de prévention, de recommandations, de la prise en charge et de l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie et des aidants.



Entretien avec Monsieur Eric PROU

Président du CNOPP - Conseil National de l'Ordre des Pédiatres-Podologues
suivi de Monsieur Jean-Paul SUPLOT, Chargé de projet URPP
www.onpp.fr

? En quoi, l'intervention d'un pédicure-podologue puisse agir favorablement dans la prévention de la chute ou la limitation de la perte d'autonomie ?

Nous pouvons également repositionner cette question à la fois au contexte du domicile et des pratiques en EHPAD ? Pourrions-nous échanger à ce sujet ?

Tout d'abord, il semble essentiel de préciser les compétences d'un pédicure-podologue défini par l'article L 4322-1 du Code de la Santé Publique :

Article L4322-1 Modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019

Les pédicures-podologues, à partir d'un diagnostic de pédicurie-podologie qu'ils ont préalablement établi, ont seuls qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention chirurgicale.

Ils ont également seuls qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à prévenir ou à soulager les affections épidermiques.

Sur ordonnance et sous contrôle médical, les pédicures-podologues peuvent traiter les cas pathologiques de leur domaine de compétence.

Les pédicures-podologues analysent et évaluent les troubles morphostatiques et dynamiques du pied et élaborent un diagnostic de pédicurie-podologie en tenant compte de la statique et de la dynamique du pied ainsi que de leurs interactions avec l'appareil locomoteur.

Les pédicures-podologues peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin.

Article R4322-1 - Modifié par Décret n°2008-768 du 30 juillet 2008 - art. 1

Les pédicures-podologues accomplissent, sans prescription médicale préalable et dans les conditions fixées par l'article L. 4322-1, les actes professionnels suivants :

1° Diagnostic et traitement des :

- a) Hyperkératoses mécaniques ou non, d'étiologie ou de localisations diverses ;
- b) Verrues plantaires ;
- c) Ongles incarnés, onychopathies mécaniques ou non, et des autres affections épidermiques ou unguéales du pied, à l'exclusion des interventions impliquant l'effusion de sang ;

2° Exfoliation et abrasion des téguments et phanères par rabotage, fraisage et meulage ;

3° Soins des conséquences des troubles sudoraux ;

4° Soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité à l'occasion de ces soins, lorsque des signes de perte de sensibilité du pied sont constatés, signalement au médecin traitant ; surveillance et soins des personnes, valides ou non, pouvant

présenter des complications spécifiques entrant dans le champ de compétence des pédicures-podologues ;

5° Prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;

6° Prescription et pose de pansements figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;

7° Prescription, confection et application des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties externes, chaussures thérapeutiques de série, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied.

Comment intervient le pédicure-podologue dans le soin du pied du sujet âgé et pourquoi est-ce si important ?

Le professionnel pédicure-podologue réalise un diagnostic pour évaluer les affections épidermiques, unguéales, les déformations des pieds et les troubles statiques et dynamiques du patient âgé. En effet, chez le sujet âgé, bien souvent les pieds présentent des déformations causant un conflit avec les chaussures. Par conséquent, l'état pathologique rend douloureux les articulations du pied et rend plus difficile la mobilité de la personne vieillissante.

On peut diagnostiquer de nombreuses pathologies qu'elles soient au niveau de la peau : cors, durillons... ou au niveau des ongles en effet, des caractéristiques symptomatiques apparaissent tels que « l'onychogryfose » - autrement dit : un ongle très épais qui nécessite des soins techniques avec l'usage d'instruments spécifiques rotatifs destiné à fraiser l'ongle. Cette situation est le résultat de traumatismes et/ou de mycose(s) qui n'ont pas été soignés plus tôt, dès l'apparition des 1ers signes ; ce qui rend difficile la correction mais nécessitent des soins techniques.

La réalisation d'un « bilan diagnostique en pédicure-podologie » est fondamentale pour connaître l'état physiologique et clinique du pied mais aussi pour étudier la statique et la dynamique du pied et ses

répercussions sur l'appareil locomoteur (Troubles trophiques et neurologiques du pied – Artériopathie) ; cette évaluation représente l'axe essentiel et préalable à une prise en charge efficace définissant le protocole de soins à prodiguer.

Les compétences du professionnel ne se limitent pas à cette étape : il s'occupe également des soins d'hygiène afin de limiter la dégradation dermatologique du pied ; la peau devenant très fine et sensible. Il a la possibilité de prescrire des topiques à usage externe, des pansements ou encore des orthèses plantaires.

Il s'occupe ainsi d'évaluer les dispositifs médicaux ou appareillages podologiques nécessaires qu'il prescrit et conçoit afin de soulager les points d'appui, favoriser la stabilité du pied au sol et ainsi contribuer à l'équilibre et la marche ; ces appareillages individualisés sont la semelle orthopédique et les appareillages d'orteils (orthoplasties) ou d'ongles (orthonyxies). Ces éléments sont donc des orthèses, des prothèses, des semelles, composés de matériaux complexes, techniques et variés, de densité et de souplesse variables dont l'assemblage permet de retrouver une fonctionnalité du pied dans le fonctionnement de l'appareil locomoteur.

Depuis cette année 2019, il intervient également dans le renouvellement de prescription d'une orthèse avec une périodicité de 3 ans.

Enfin, sur le plan de la sécurité de la marche, il prescrit le chaussage adapté. Il faut savoir que ce processus de prévention et d'adaptation à la perte d'autonomie implique des évaluations régulières périodiques afin de réajuster le type chaussage :

- CHUP : Chaussure Thérapeutique à Usage Prolongé
- CHUT : Chaussure Thérapeutique à Usage Temporaire

Depuis ces dernières années, le pédicure-podologue entre progressivement dans la réflexion pluri professionnelle de la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées dès que le risque de la perte d'autonomie est évalué par le médecin traitant et les professionnels de santé en médecine de ville et dans le milieu des EHPAD.

Les actes de soins sont peu pris en charge par la sécurité sociale ; seule la situation

du cas du pied du patient diabétique est prise en charge par la sécurité sociale et suivant le grade du pied : à ce jour, 4 consultations pour le grade 2 et 6 pour le grade 3 (reconnus comme particulièrement critique). Le chaussage peut faire l'objet d'un remboursement que si cet acte est prescrit par le professionnel médical, discuté et suivi par le pédicure-podologue. Dès qu'un chaussage spécifique (CHUP ou CHUT) est prescrit, la délivrance se réalise auprès d'un pharmacien d'officine ou d'un podo-orthésiste lequel réalise la « chaussure adaptée » au pied du patient. Il est à noter qu'en la matière, les matériaux utilisés sont selon la conception du pied comme par exemple à l'avant pied, une matière thermoformée. C'est pourquoi, il est tout autant fondamental de travailler ces projets avec les fabricants de chaussures adaptées et les spécialistes de chaussures thérapeutiques.

Ces types de chaussage sont bien évidemment conçus pour la prévention des chutes, pour un meilleur maintien du pied et un meilleur confort alliant la sécurité de la marche, comme les chaussures ou chaussons à volume variable avec attache « velcro » ; cela nécessite d'ailleurs une aide à l'enfilage de la chaussure.

La prévention des chutes constitue un des premiers leviers pour maintenir l'autonomie de la personne âgée et c'est un levier sur lequel le pédicure-podologue agit :

L'association entre les troubles de l'équilibre, les troubles statiques et les risques de chute est étroite. Le rôle du chaussage est fondamentalement associé. Les savoirs faire du pédicure-podologue, le dépistage et le traitement des affections podologiques, liés à l'évaluation de l'environnement jouent un rôle essentiel dans la prévention des chutes.

Enfin, le pédicure-podologue a un rôle de conseil auprès du patient tout en prenant en considération des pratiques professionnelles du soin.

Deux niveaux de compétences définissent le rôle de cette spécialité :

1. Soins instrumentaux
2. Soins orthétiques



Lors de l'évaluation gérontologique Standardisée, le bilan clinique apporte des précisions d'un point de vue de la motricité par l'analyse de la marche statique et la détection des troubles de la marche. Les conséquences locomotrices ne sont pas anodines tant sur l'équilibre que sur les risques liés à la vulnérabilité de la personne âgée : Œdèmes, Ecchymoses, Escarre, Alitement, Mobilité, Dénutrition, Décompensation (..) représentent autant de facteurs de risques prioritaires chez le sujet âgé dont la conséquence est celle de la chute.

Actuellement l'évolution de la profession est en pleine essor ; les recommandations 2005 portants sur le rôle du pédicure-podologue auprès de la personne âgée sont en cours de réactualisation à la Haute Autorité de Santé avec une publication prévue à la fin de l'année 2019. Ces recommandations précisent l'approche médicale et la prise en charge en pédicurie-podologie pour la personne âgée présentant une incapacité à assurer elle-même ou par les aidants des soins de pieds ; ces recommandations s'adressent à l'attention des pédicures-podologues d'une part et des médecins & autres professionnels intervenants suivant les indications suivantes :

- Troubles trophiques
- Affections podologiques
- Indications d'orthèse(s)
- Réduction d'hyperkératoses
- Antécédents médicaux et chirurgicaux (Diabète, Maladie vasculaire, neuropathies, allergies, infections,).
- Antécédents de chute(s) et d'hospitalisations

Une annexe de la « Fiche didactique » à l'attention des professionnels est également en cours d'élaboration. Ces nouvelles recommandations portées par le collège national de pédicurie-podologie apparaîtront « très complètes » pour répondre de la qualité et sécurité de la prise en charge du pied du sujet âgé. En effet, les pratiques professionnelles et les techniques d'appareillage évoluent.

Les enjeux du métier concernent la valorisation des compétences et des actes, la facilitation à l'accès aux données de santé telles que le dossier médical et de soins, et l'organisation de soins coordonnés avec d'autres professionnels de santé. Le professionnel intervient également dans l'éducation thérapeutique, le chaussage, la marche, la mobilité en collaboration avec les professionnels de l'autonomie. Il agit également en conseils et recommandations auprès de la personne âgée dans les actes de la vie quotidienne nécessitant la vigilance pour l'hygiène et l'usage des pieds dans ses gestes et déplacements auxquels d'ailleurs d'autres professionnels de l'autonomie interviennent en complémentarité tels que l'ergothérapeute, le kinésithérapeute.

Le CNOPP promeut auprès des pouvoirs publics et autres acteurs de santé, les compétences métiers de la profession et la participation à des projets pluridisciplinaires visant l'amélioration des pratiques pour la prise en charge des aînés : Recommandations des Pratiques Professionnelles dans le cadre d'une convention avec la HAS – Partenariats et Informations de Santé Publique : CNSA – Sociétés savantes – Usagers et récemment une enquête nationale réalisée avec la fondation Médéric Alzheimer.



Dans le cadre de la « Concertation du Grand Age et de l'Autonomie », le CNOPP a apporté sa contribution en remettant ses recommandations : « Comment le pédicure-podologue peut-il contribuer à l'amélioration du parcours de soins de la personne âgée et prévenir la perte d'autonomie ? » ; ce qui vaut un avis inscrit à l'article 75 qui stipule la nécessité de contribuer à la prise en charge globale de la personne âgée en perte d'autonomie.

Les portails internet des sites :

- De l'Ordre – www.onpp.fr avec un onglet « Prévention des chutes de la personne âgée » : www.onpp.fr/espace-patient/pourquoi-consulter-un-pedicure-podologue/ et un autre sur le pied de la personne âgée avec des conseils pour une « bonne santé du pied de la personne âgée »
- De la CNSA - www.cnsa.fr – Portail d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches : <https://pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

La prévention de la chute représente un risque de santé publique dont les impacts peuvent être irréversibles voir fatals. **L'Ordre souhaite promouvoir et faire reconnaître la profession intervenant dans la prévention de la perte de l'autonomie et c'est pourquoi, la prescription d'un bilan podologique annuel et systématique dès l'âge de 65 ans a été demandée et est vivement recommandée dans la prise en charge visant la prévention et les soins correspondants.**



Entretien avec Monsieur Jean-Paul SUPIOT

Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pédiçures-Podologues de la Région Pays de la Loire et Chargé de projet à l'URPS, Union Régionale des Professionnels de santé des Pays de la Loire sur l'expérimentation « Bilans de pédicurie-podologie en EHPAD : évaluation de l'intérêt d'une prise en charge par les pédicurie-podologues dans la prévention des chutes des personnes âgées dans les Pays de la Loire – 2017 » - www.santepaysdelaloire.com/ors

Cette expérimentation a été réalisée à la demande de l'URPS dans le cadre d'un Contrat Pluri annuel d'Objectif et de Moyen avec l'ARS.

L'étude s'est réalisée entre juin 2014 et septembre 2016 dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle entre les personnels des EHPAD, les médecins coordonnateurs et les pédicurie-podologues et menée en deux (2) étapes :

1^{ère} phase d'évaluations et de recueils de données entre juin 2014 et septembre 2015

- Par la réalisation d'un 1er bilan podologique auprès des personnes âgées > 75 ans
- À la suite de ce 1er bilan, 90 % des bilans préconisent des soins continus en pédicure podologie, des séances de rééducation thérapeutique, des préconisations d'orthèses et des chaussages adaptés voir de la prescription possible de CHUP et de CHUT (Ce sont des chaussures thérapeutiques que le pédicure-podologue peut prescrire, mais sans parler de ce type de chaussures le simple conseil pour choisir des chaussures mieux adaptées est parfois suffisant)
- Les problématiques podologiques pour la population ont été identifiées : Troubles articulaires et déformation osseuse, état cutané des pieds, troubles de la marche et de l'équilibre, mais aussi les ulcérations, l'état vasculaire et neurologique

2^{nde} Phase de réévaluations à + d'un an entre octobre 2015 et septembre 2016

- Par la réévaluation d'un bilan podologique un an après.

Les investigations sur la région des Pays de la Loire se sont traduites par une participation significative des EHPAD des régions : Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée. Les investigations sur la région des Pays de la Loire se sont traduites par une participation significative des EHPAD des régions : Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée.

Le but de cette étude était de comparer le risque de chute sans prise en charge podologique et versus prise en charge podologique afin d'apprécier l'intervention des pédicurie-podologues et l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

L'enquête a consisté à favoriser l'intégration des pédicurie podologues dans les équipes soignantes des EHPAD et de la pertinence de leurs actions sur l'autonomie et la prévention de la chute de la personne âgée.

Il faut préciser que ce sont les « chutes répétées » et leurs conséquences qui sont les motifs d'entrée en EHPAD pour plus de 54 % des personnes âgées reconnues en perte d'autonomie. Cette même population ayant déjà fait une chute l'année qui précède l'entrée et représente aussi les sujets les plus à risques durant la 1^{ère} année de l'admission en EHPAD.

Cette étude a permis de mettre en lumière les problèmes de santé* corrélés aux risques podologiques en identifiant 6 grandes catégories :

1. Pathologies rhumatismales
2. Neuropathies
3. Artériopathies
4. Pathologiques s neurodégénératives
5. Neuro-ischémies
6. Polyarthrite
7. Il apparait que le nombre de risques podologiques augmente suivant les pathologies neurodégénératives et les artériopathies

Les principaux facteurs de risques concernent :

- Le poids – Maigre ou Obésité
- Le GIR 1,2, 3
- Au moins deux (2) problèmes de santé*
- Les ulcérations et prévalences d'hyperkératoses

L'étude montre une baisse du nombre de chutes à état de santé constant pour les personnes ayant bénéficié de séances de soins entre le 1er et le 2d bilan podologique.

La question fondamentale du financement de ces prestations de santé en EHPAD a été mise en évidence comme un frein au maintien à l'autonomie en EHPAD.

Les chutes ne sont pas sans conséquence pour l'organisation des soins et la coordination des professionnels de la filière et induits une augmentation des coûts dans le secteur.

Des améliorations de la prise en charge par l'Assurance Maladie sont attendues. La comparaison de la prise en charge par la sécurité sociale pour un soin est de 0.63 centimes pour un acte codifié AMP1 et de 1.26 centimes pour un acte codifié AMP2 alors que la prise en charge du pied diabétique de grade 2 est de 27 € remboursé par l'Assurance Maladie.

L'utilisation du plateau technique est la même ainsi que le temps pour le soin. Cela montre qu'une revalorisation des actes pour la prise en charge des soins pour les personnes âgées serait bénéfique dans le milieu des EHPAD où l'état de précarité de santé est augmenté par la chute.

La prévention des chutes apparait bel et bien comme un enjeu de Santé publique ; la déclinaison de l'offre médicosociale et de la qualité des prestations de santé pour les patients résidents en EHPAD. Est portée avant tout par le Projet régional de Santé avec une possibilité de contractualisation par le biais de CPOM auprès de l'ARS. L'ARS a financé le CPOM (Contrat pluri annuel d'objectif et de Moyen) dans le cadre d'une expérimentation, mais n'a pas pris en compte les soins, seulement les bilans dans le cadre d'une enquête de santé publique

La publication est disponible sur le site de l'ORS des Pays de la Loire : www.santepaysdelaloire.com/ors.



Entretien

avec professeur François PUISEUX

Gériatre au CHU de Lille " Spécialiste de la chute et des troubles de l'équilibre de la personne âgée " - Société Française de Gériatrie Gérontologie - www.sfgg.fr
Expert auprès de l'ARS pour la campagne " Pare à chute "

La chute de la personne âgée est devenue une problématique de santé publique. Ce risque apparaît dès l'âge moyen de 65 ans lié au vieillissement ; il ne fait que s'accroître par des facteurs de risques aggravants selon l'état clinique de la santé et l'apparition ou l'aggravation de pathologies dans un environnement devenant lacunaire.

En tant qu'expert, quel est votre avis sur la prévention actuelle de la chute des personnes âgées ?

Répondre à la question de la prévention du risque de chute revient à soulever la question de la dépendance autrement appelée le « 5ème risque » car il s'agit aujourd'hui d'une question sociétale : Est-on capable collectivement d'apporter les réponses nécessaires ?

La chute est un sujet qui mérite toute notre attention : elle représente le résultat de toutes les défaillances qui font défaut. Identifier le risque de chute chez le sujet âgé, consiste à évaluer son autonomie certes mais aussi à identifier les facteurs contributifs à cet « Evènement Indésirable » à caractère grave, non sans conséquence sur l'état de santé post-chute. En secteur hospitalier la chute apparaît comme le « Evènement Indésirable » le plus fréquent, dans tous les services d'ailleurs ! Il est évident qu'en terme gériatrique, la chute est prédominante et mobilise bien des personnels ; la prise en charge hospitalière est multidisciplinaire : orthopédie, vasculaire, cancérologie, cardiologie (...). Le risque « zéro » n'existe pas, cependant certaines chutes peuvent être évitables quand d'autres apparaissent « non évitables » ; C'est à partir de leurs analyses que le travail de la prévention se portera par l'anticipation où la décision collégiale de la balance : Bénéfice / Risque aura tout intérêt de réduire les impacts.

Pour exemple, le médicament chez la personne âgée représente un facteur à

haut risque en termes d'iatrogénie d'une part et de prescription de psychotropes, d'autre part. (« Les psychotropes sont les premiers responsables des chutes chez les personnes âgées » - www.sfgg.org/espace-presse/interviews). Il paraît essentiel d'intégrer des pratiques préventives d'actions générales mais aussi d'actions ciblées autour de la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé pour agir sur les causes racine.

La population à risque majeur est bien souvent des sujets atteints de maladies à démenances, neurodégénératives et de maladies apparentées dont l'évolution sont réputées instables et variantes d'un sujet à l'autre entraînant des troubles de comportements, des agitations, des déambulations, des dépressions et de l'agressivité.

Quels sont les enjeux ?

- Cause 1ère de mortalité accidentelle
- Conséquence principale : Fracture de l'extrémité supérieure du fémur

Quelles sont les conséquences ?

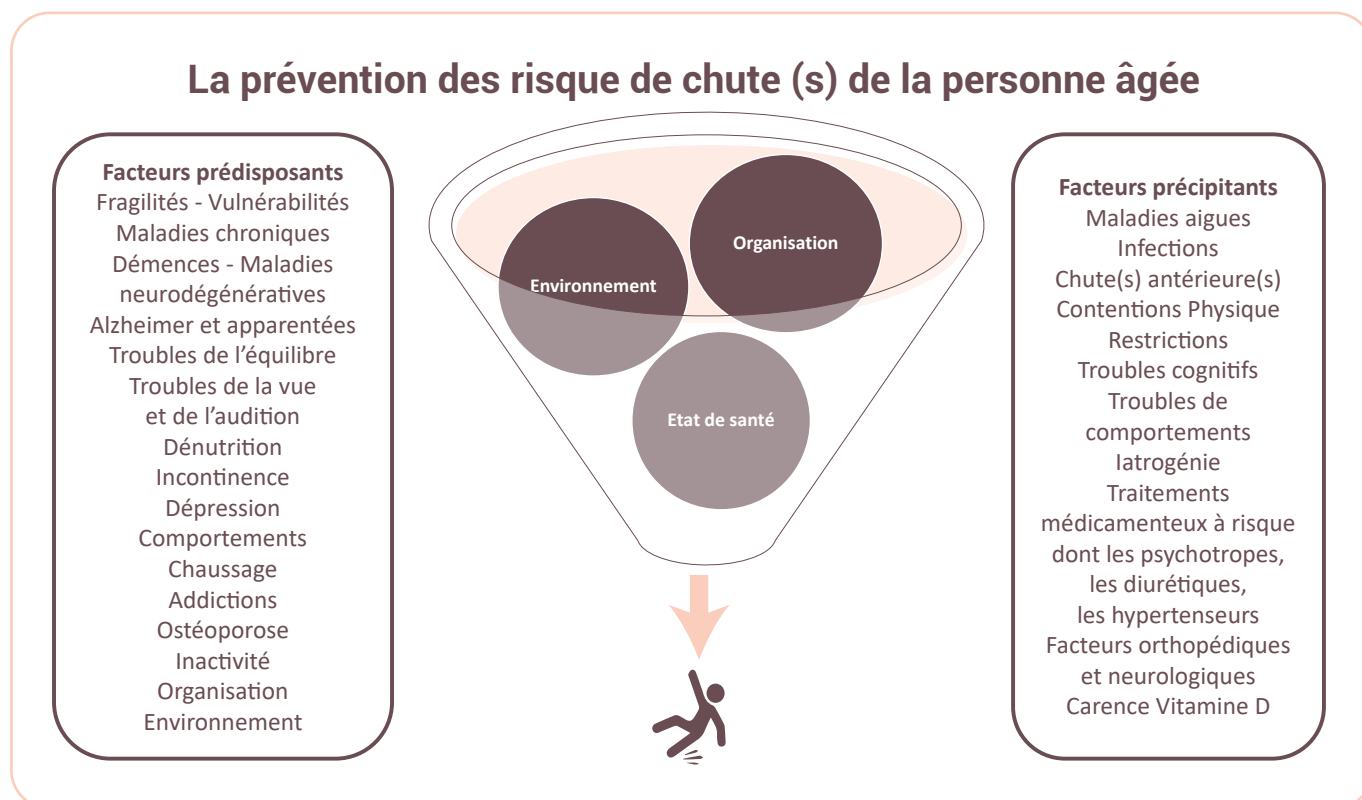
- Syndrome post-chute avec perte de la marche ou désadaptation psychomotrice : Il s'agit d'une urgence gériatrique avec un risque de cascade pathologique voir dramatique et/ou de phobie de la station debout
- Station prolongée au sol
- Récidive de chute

Comment peut s'organiser la prévention de la chute en EHPAD ?

Il s'agira bien évidemment d'analyser les circonstances et facteurs de risques à partir d'un recueil et d'analyse de données par l'équipe soignante.

- Des facteurs pré-disposants ont-ils été identifiés et quelles sont les actions à mener ?
- Des facteurs précipitants ont-ils été bien évalués et quelles sont les réajustements à apporter ?
- S'agit-il d'une problématique environnementale ou organisationnelle ?

La prévention des risque de chute (s) de la personne âgée



L'arrivée d'une personne âgée en EHPAD est principalement occasionnée par une chute à caractère grave dont le maintien à domicile est apparu insécurisant, un contexte défaillant avec des conséquences significatives telles des fractures, voir irréversibles sur la santé allant parfois jusqu'au décès.

La réflexion de l'action à mener est « globale » puisque y répondre signifie de structurer une offre d'hébergement médicosociale suivant les capacités à accueillir et soigner favorablement une personne âgée poly pathologique, prévenir ou accompagner sa perte d'autonomie avec des personnels compétents. Le risque de chute est un risque prioritaire chez le sujet âgé reconnu en gériatrie par les institu-

tions de la santé dont la Haute Autorité de Santé s'attelle d'ailleurs à des recommandations de bonnes pratiques aussi bien pour le secteur sanitaire que médicosocial.

Actuellement la crise du secteur des EHPAD au même titre que les USLD révèle un manque de moyens et de ressources humaines car notre système ne s'y est pas vraiment préparé. Il faut bien le dire : Les personnes âgées arrivent sont de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes ; cela nécessite d'autant plus de ressources techniques et humaines. Un modèle comparable au Service de Soins de Suite et de Réadaptation serait à concevoir sur le plan structurel et des financements. Les besoins de santé nécessitent une prise en charge de

plus en plus spécifique pour des « cas complexes » ; Une nouvelle configuration pour une offre innovante devient nécessaire : Il serait souhaitable de réduire la volumétrie d'accueil de personnes âgées dans une infrastructure spécifiquement adaptée et une gestion des compétences compatible à la qualité et la sécurité des soins.

La gériatrie est une discipline médicale avec une légitimité sur les questions du grand âge ; cependant, cette médecine peine à motiver les étudiants dans cette filière par rapport aux problématiques de la dépendance et la situation actuelle particulièrement critique pour les EHPAD.

Du côté des professionnels, la démographie médicale en gériatre se pose également comme une inquiétude : Nous avons deux (2) fois moins de gériatres formés par rapport aux besoins actuels et imminents ! Les possibilités d'accès en formation continue s'amoindrissent et la formation du médecin coordonnateur pose une véritable question pour l'avenir des EHPAD dans un contexte de démographie médicale déjà en déclin. Les nouvelles technologies telle que la télémédecine ne peuvent remplacer la compétence et la ressource humaine !

En termes de cursus de formation, le DES, Diplôme d'Etudes Spécialisées en Gériatrie est accessible en formation initiale à la suite des 6 années des études de médecine. Ce diplôme a remplacé le DECS, Diplôme d'Etude Complémentaire Spécialisé en Gériatrie de la médecine interne.

Auparavant, la « capacité en gériatrie » était accessible aux professionnels médicaux confrontés à une réalité nécessaire de la prise en charge spécifique des personnes âgées poly-pathologiques et intéressait notamment : Les médecins urgentistes, les médecins généralistes (à vocation de médecin coordonnateur) et les médecins recrutés en provenance de l'étranger.

Comment s'assurer de l'avenir de cette discipline ?

Aujourd'hui, les grandes difficultés de la profession se situent d'ores et déjà à toutes les étapes du parcours de santé du patient : Ville – Hôpital – EHPAD dont la coordination est pourtant inscrite dans le cadre institutionnel de la filière gériatrique. Les équipes mobiles ne représentent pas une solution transverse égalitaire. L'ancrage territorial reste difficile à porter par

les professionnels de la médecine de ville qui méconnaissent la gériatrie. La rencontre des professionnels de proximité est une réalité conditionnelle pour l'avenir de ce secteur médical et médicosocial : Se constituer en équipe avec un projet d'offre de soins, en cohésion, en pluridisciplinarité, avec une réflexion éthique pour toutes les dimensions du soin, de l'accompagnement et de la fin de vie.

Ainsi, la prise de conscience des risques par l'ensemble communautaire saura probablement apporter une réponse organisée pour prévenir le risque de la chute dans le parcours de santé suivant les évaluations nécessaires au projet de soins dans son ensemble.

En établissement, l'effort doit se poursuivre dans le projet institutionnel.

Il est possible de réduire le risque de la chute et d'inscrire cet objectif dans le projet d'établissement :

- **L'environnement** : Infrastructure - Accès à la mobilité - Ergonomie – Eclairage – Aménagement – Equipements – Circulation – Sols - Chambre – Appuis – Mobilier médicalisés – Poignées – Sécurité - Autres
- **L'évaluation multidimensionnelle** : Clinique - Orthopédique – Postural – Equilibre - Marche - Psychologique - Dénutrition – Déshydratation – Poly médication – Troubles de comportement – Sensoriel (Vision, Audition) - Vie sociale – Relations avec les aidants – Accompagnement - Autres
- **Les pratiques professionnelles multi dimensionnelles et réévaluations** : Médecins - Psychologue – Neurologue – Ergothérapeute – Kinésithérapeute – Psychomotricien – Pédiacre-Podologie – Dermatologue - Enseignant en Activité Physique Adaptée – Pharmacien - Diététique – Animateurs – Agents hôteliers – Infirmiers – Aide-soignant – Personnels techniques - Autres
- **L'équipement de la personne** : Habillage – Chaussage – Aide techniques – Optique – Appareil auditif – Appareil dentaire - Autres
- **Les ressources humaines** : Compétences – Sensibilisation – Formation – Soutien psychologique – Prévention des risques professionnels

Il est possible de prévenir les blessures en cas de chute :

- Risque de fracture
 - Ostéodensitométrie en cas d'antécédent de fracture
 - Supplémentation en vitamines D
 - Protecteur de hanche
- Risque d'accident hémorragique
 - Traitement anticoagulant et antiagrégants avec réévaluations
- Risque de station prolongée au sol
 - Relevé au sol
 - Alarme
- Maintien d'un bon état nutritionnel et d'hydratation
- Lutter contre la sédentarité

Les chutes ont lieu majoritairement dans la chambre lors de transfert ou dans la salle de bain ; l'aide-soignant est le 1er professionnel confronté aux premiers gestes et à une conduite à tenir face à une complexité de prise en charge dont il ne connaît pas toute la dimension ! Il faut d'ailleurs valoriser cette profession qui souffre de la pénibilité, de maladies professionnelles causant autant de turn-over !

Nous savons aussi que la « contention physique » est une réelle problématique en termes de pertinence de pratiques professionnelles et de réflexion éthique. On ne peut pas isoler la prévention de la chute sans aborder la limite d'utilisation de la contention ou de barrières de lit croisant celle de la liberté d'aller et venir.

Contention : Risque et alternatives

- Limitation de la mobilité chimique ou physique augmentant le risque de chute grave
 - o Barrières de lit
 - o Attaches au fauteuil
- Ethique : Réfléchir aux bénéfices et au risque
 - o Répercussions physiques, psychologiques et sociales
 - o Discussion avec la famille (Explications et consensus)
- Alternatives à la contention
 - o Aménagement de la chambre, éviter les roulettes
 - o Détection de lever nocturne par des nouvelles technologies
- Il existe des solutions alternatives comme des dispositifs de « Lits Alzheimer » qui permettent de régler le lit dans une condition basse avec / ou de matelas posés à même le sol pour limiter les blessures et les effets de chute inévitable.

Les familles sont plutôt désireuses de solutions, le dialogue avec les aidants est reconnu et possible ; nous sommes tous d'accord de la nécessité d'améliorer la qualité de vie de nos séniors et pour nous même.

Un retour sur la campagne « Pare à Chute, maîtriser le risque » réalisée en ile de France entre 02/2016 à 04/2017 :

L'objectif de cette démarche est de réduire le risque de chute grave par l'amélioration du dépistage, l'adaptation de la prévention et le partage d'expérience sur les chutes graves.

En établissement sanitaire et surtout médicosocial, la chute est un événement fréquent et une préoccupation quotidienne pour les patients, leurs proches et les professionnels. L'étude s'est portée sur les bonnes pratiques : l'évaluation du risque de chute, la formation des patients et du personnel, la mise en place de signes d'alerte et de repérage au chevet du patient, des conseils sur le chaussage, la gestion des temps de toilette et une révision de la médication.

Le Programme Universel contre les chutes (PUC) de la campagne comprend 6 items :

1. Bon pied
2. Bon œil
3. Nutrition adaptée
4. Révision de la pertinence des prescriptions
5. Accompagner la mobilité
6. Sécuriser l'environnement.

Les enquêtes évaluatives ont été menées avec succès : le soutien par l'équipe dirigeante, l'engagement du personnel clinique de première ligne dans la conception de l'intervention, l'orientation par un comité multidisciplinaire, l'essai pilote de l'intervention et le changement des attitudes fatalistes concernant les chutes

Le retour de cette expérience : Une appréciation par plus de 90% des professionnels, la valorisation de la pluridisciplinarité, l'expertise des professionnels de la rééducation, l'amélioration des pratiques institutionnelles

- o Mise en œuvre d'une politique de gestion du risque de chute
- o Formation des professionnels
- o Communication entre professionnels et vis-à-vis des patients & entourage.

Les pratiques de dépistage et de prévention ont progressé pour tous les patients et pour ceux à risque de chute et de blessures, avec une meilleure réévaluation de la contention, de sa traçabilité, la mise en place d'un plan de soin individualisé, des aires de déplacement non encombrées dans la chambre.

Le bénéfice de cette étude a été la prise de conscience de la part « évitable » des chutes, des solutions alternatives à la contention et de favoriser la mobilité des patients.

Les documents Bilans et Outils relatifs à la campagne « Pare à Chute » sont disponibles sur le site de l'ARSIF : www.iledefrance.ars.sante.fr/pare-chute-maitriser-le-risque-de-chute

Une formation « MOOC chute : éviter les chutes graves chez les personnes âgées » en ligne est disponible sur le site de l'ARSIF : www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves-chez-les-personnes-agees

Conclusion : Contrôler le risque de chute nécessite la réflexion et les pratiques de tous acteurs de la chaîne de responsabilités d'un parcours territorial de santé, considérant une anticipation des besoins et une capacité d'une offre de soins adaptée aux enjeux du vieillissement. La prévention n'est pas opposable à la Santé Publique ; au contraire, elle permet le progrès sanitaire.

Face aux problèmes de la démographie et des financements, il reste à savoir si l'orientation politique actuellement menée en faveur du Grand Age et de l'Autonomie favorisera l'évolution gérontologique indispensable à notre système de santé ?

Conclusion

de Monsieur

**STÉPHAN
MEYER**

Vice-Président du MCOOR,
Association Nationale des Médecins
Coordonnateur et du Secteur
Médico-Social – www.mcoor.fr

La chute est une urgence sanitaire qui tue davantage que les accidents de la route. Dans nos EHPAD, cet incident est souvent considéré comme banal et l'évaluation des chutes montre qu'il existe des multirécidivistes qui pour autant n'ont pas été explorés.

Le développement de consultations / chutes dans les services de gériatrie a permis de limiter les récurrences. Cependant, cette consultation est encore trop rare sur notre territoire.

Il est à noter également, que si certains traumatismes consécutifs aux chutes nécessitent un passage aux urgences, cette décision de transfert doit être réfléchi et éviter autant que faire se peut. Il est plus utile de proposer éventuel-

lement un bilan en hôpital de jour pour cette urgence retardée.

La liberté d'aller et venir est un droit indéfectible de chaque résident. L'éthique dans ce domaine a fait son chemin et aujourd'hui, la contention, dans nos établissements, doit rester exceptionnelle.

Les médecins coordonnateurs sont en première ligne pour limiter les patients chuteurs en concertation avec les médecins traitants, ils doivent inciter la réalisation de bilans étiologiques, limiter les causes iatrogéniques et garder toujours à l'esprit que chaque résident doit être regardé avec dignité et respect quel que soit son état de dépendance.

Pour clôturer ce dossier :

Il faut se rappeler des progrès de la science, des pratiques, de la qualité et de la gestion des risques au sein des établissements de santé promue par nos institutions représentent des points forts pour améliorer, voir transformer nos approches.

La chute apparait comme un indicateur de la fragilité liée à la perte d'autonomie et de chance impactant la qualité de vie de la personne âgée.

Organiser sa prévention, c'est anticiper les besoins et les réponses sociétales voir de limiter la complexité des parcours.

La Gériatrie se trouve face au défi du vieillissement. La spécialité de la gérontologie bénéficie des progrès de recherche et d'expertise dans l'amélioration innovante des pratiques.

Les orientations stratégiques de l'offre gérontologique appellent les compétences de toutes les parties prenantes que sont les Institutions, Collectivités, Hôpitaux, Filières, Réseaux, Professionnels, EHPAD, Foyer-Résidences, Prestataires, L'Assurance Maladie, les assurances & mutuelles, Les caisses de retraites, les banques mais aussi les associations des usagers.

Les dernières politiques initiées « Plan Ma Santé 2022 » portent les promesses d'une prochaine réforme du secteur. Si l'on s'en tient au PLFSS 2020, la Concertation du Grand Age & Autonomie a mis en évidence les préoccupations à l'égard du Grand Age suivant cinq (5) aspirations :

- Repousser la perte d'autonomie par la prévention, en particulier des hospitalisations inutiles et des chutes ;
- Rester chez soi le plus longtemps possible grâce à des services à domicile renforcés ;
- Pouvoir choisir un lieu de vie intermédiaire entre le domicile et l'établissement ;
- Être accueillis dans des EHPAD rénovés et où œuvrent davantage de professionnels ;
- Être en capacité d'assurer le coût d'un hébergement en établissement.

La réforme des retraites, l'accès à la complémentarité santé solidaire, la couverture financière pour les proches aidants, l'attractivité des métiers du Grand Age, un grand plan d'investissement en faveur de la rénovation et de la transformation des établissements médico-sociaux, (...).

Autant de réformes fortes attendues ... nous espérons connaître hâtivement l'issue de la prochaine loi Autonomie prévue cette fin d'année. A suivre

EHPAD Magazine remercie particulièrement les personnalités représentantes et professionnels ayant contribué à ce dossier.

Santé visuelle du grand âge : de *nouveaux services*

Dans une récente étude, l'Inserm a mis en évidence que 40 % des personnes âgées de 78 ans et plus portaient des lunettes inadaptées à leur vue¹.

Or la baisse de l'acuité visuelle est, selon la Société Française de Gériatrie, l'un des 14 facteurs prédisposant au risque de chutes chez les personnes âgées et, de ce fait, accroît fortement la dépendance.

Ce chiffre alarmant s'explique par les nombreux obstacles qui empêchent l'accès aux soins optiques pour les personnes âgées. Aux problèmes du déplacement et de l'isolement social et géographique s'ajoute celui du délai d'attente : en 2018, il fallait en moyenne 80 jours pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste.

Faute de personnel formé et disponible, seuls 33 % des EHPAD réalisent un repérage systématique des déficiences visuelles (et auditives) et seuls 34 % d'entre eux sensibilisent leurs équipes sur ces déficits.

Pour répondre à cet enjeu majeur de santé visuelle, le réseau Optic 2000 propose un nouveau service, « Optic 2000 à domicile », particulièrement adapté aux besoins des personnes âgées à domicile ou en Ehpad.

Après un entretien téléphonique pour évaluer les besoins, l'opticien.n.e se déplace avec l'ensemble du matériel nécessaire, une sélection de montures adaptées aux besoins, envies et budget et réalise l'équipement optique d'après l'ordonnance. Celui-ci sera livré, toujours à domicile ou en EHPAD, quelques jours plus tard.

La prestation est identique à celle délivrée en magasin en termes de qualité, de produits, d'offres commerciales et de tarifs.

Grâce à la densité de son réseau qui compte 1200 centres optiques, ce sont 660 d'entre eux répartis dans toute la France, qui proposent aujourd'hui ce service.

Les opticiens Optic 2000 interviennent depuis longtemps en EHPAD. Ils peuvent organiser des journées de dépistage visuel et auditif, sensibiliser le personnel soignant aux pathologies grâce à des lunettes de simulation, et aussi bien sûr vérifier, réparer voire renouveler les équipements grâce au service Optic 2000 à domicile.

L'enseigne a également développé d'autres outils et services destinés aux personnes âgées, y compris en situation de handicap visuel mais également aux équipes soignantes en établissements.

Une grille de repérage des troubles visuels et auditifs

Pour les équipes soignantes, en collaboration avec la Fondation Médéric Alzheimer, Optic 2000 propose la grille AVEC, (Audition, Vision, Équilibre, Cognition), outil de repérage des troubles visuels et auditifs en Ehpad qui a été testé auprès de 422 résident.e.s d'Ehpad. Cette grille facilite le repérage dès l'entrée en Ehpad. Elle est téléchargeable gratuitement sur le site de l'Observatoire de la santé visuelle et auditive.

www.observatoire-groupeoptic2000.fr/



Une expertise en basse vision

Pour les personnes en situation de handicap visuel, trois centres Cecom Basse vision situés à Paris, Lille et Besançon les accueillent gratuitement pour un rendez-vous pluridisciplinaire avec un.e opticien.ne et un.e orthoptiste spécialisé.e.s. A l'issue de ce rendez-vous est proposé un parcours personnalisé incluant si nécessaire des aides visuelles adaptées.

Au sein du réseau Optic 2000, 200 magasins ont également fait le choix de devenir points experts basse vision et de se former spécifiquement à l'accueil et à la prise en charge des personnes malvoyantes, le plus souvent à la suite d'une DMLA, d'une rétinite pigmentaire...ou d'une autre pathologie oculaire liée à l'âge.

L'enseigne a pour objectif d'accompagner ses client.e.s à tous les âges de la vie et de donner accès aux soins visuels et auditifs à toutes et à tous, quel que soit leur âge.

Certains points restent à améliorer pour une meilleure prise en charge de la vision des plus âgés. Les opticien.ne.s ne sont pas autorisé.e.s aujourd'hui à pratiquer l'examen de réfraction hors de leur magasin. La loi visant à améliorer la santé visuelle des personnes âgées en perte d'autonomie publiée en février 2019 prévoit une expérimentation sur quatre régions afin que les opticien.ne.s puissent pratiquer l'examen de vue dans les Ehpad. Les décrets d'application sont attendus pour le mois de décembre. Cette mesure facilitera l'accès aux lunettes pour les plus âgé.e.s pour qui l'accès au bien voir est encore parfois difficile.

PAR / Céline HERBETTE - OPTIC 2000

« Agir pour les aidants – Stratégie de mobilisation et de soutien »

Le 23 octobre dernier, le 1er Ministre Edouard Philippe a annoncé la stratégie de mobilisation et de soutien en faveur des aidants en présence d'Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé et de Sophie Cluzel, Secrétaire d'État chargée des personnes handicapées.

En France, 8 à 11 millions de personnes soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, un handicap, une maladie chronique ou invalidante. Leur nombre ira croissant dans les années à venir : sur le seul champ des personnes âgées, il y aura trois fois plus de personnes de plus de 85 ans en 2050.

Cette stratégie est issue de plusieurs mois de travail et d'échanges avec les aidants eux-mêmes et les associations qui les représentent. Elle est entièrement destinée à répondre à leurs besoins quotidiens : besoin de reconnaissance, d'accompagnement, d'aide, de répit et sera déployée sur trois ans.

Cette stratégie vise à prévenir l'épuisement et l'isolement des aidants, en diversifiant et en augmentant les capacités d'accueil des lieux de répit, en proposant des solutions de relais, en leur ouvrant de nouveaux droits.

Elle se déploie autour de 6 priorités et 17 mesures

<p>1</p> <p>Rompre l'isolement des Proches Aidants</p> <p><i>Mesure complémentaire :</i></p> <p>Anticiper l'accompagnement de la personne aidée en cas de disparition du proche aidant</p>	<p>Mesure n° 1 : La mise en place d'un numéro de téléphone nationale, dès 2020</p> <p>Mesure n° 2 : La création d'un réseau de lieux d'accueil labellisés « Je réponds aux aidants », dès 2020</p> <p>Mesure n° 3 : La création d'une plateforme numérique « Je réponds aux aidants » dès, 2022</p> <p>Mesure n° 4 : La diversification et le déploiement des offres d'accompagnement par des professionnels et des pairs sur tous les territoires, + 450 000 aidants accompagnés d'ici 2022</p>
<p>2</p> <p>Ouvrir de nouveaux droits sociaux</p> <p><i>Mesure complémentaire :</i></p> <p>Simplification des déclarations des proches aidants de personnes handicapées bénéficiaires du dédommagement versé dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (...), janvier 2020</p> <p>Confirmation en Droit de cumuler le dédommagement de l'aidant familial avec le revenu de Solidarité Active (...), Mai 2020</p> <p>Revue permanente des normes et des pratiques pour simplifier en continu les démarches des proches aidants</p>	<p>Mesure n°5 : Le congé de proche aidant indemnisé pour les salariés, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les chômeurs indemnisés d'ici 2020.</p> <p>Mesure n° 6 : Un congé de proche aidant qui pourra désormais être pris tout de suite à l'arrivée en entreprise sans attendre un an comme auparavant, dès Janvier 2020</p> <p>Mesure n° 7 : Des périodes de congés des proches aidants qui ne compteront plus dans les calculs des droits au chômage pour éviter une baisse des allocations, dès novembre 2019</p> <p>Mesure n° 8 : Une prise en compte automatique du congé de proche aidant indemnisé au titre des droits à la retraite, sans formalités à accomplir, dès Octobre 2020.</p> <p>Au-delà, la concertation en cours sur le <u>système universel des retraites</u> intègre ce sujet majeur de la prise en compte des périodes d'aide.</p>
<p>3</p> <p>Permettre aux aidants de concilier Vie personnelle et vie professionnelle</p>	<p>Mesure n° 9 : L'assouplissement du congé de présence parentale et de l'allocation journalière de présence parentale, qui pourront être pris de façon fractionnée, par demi-journée, dès janvier 2020</p> <p>Mesure n°10 : La facilitation des parcours professionnels des aidants qui ont dû arrêter de travailler pendant longtemps pour accompagner un proche avec notamment un nouveau système de reconnaissance de l'expérience acquise en tant que proche aidants, en 2020</p> <p>Mesure n° 11 : Le soutien aux proches aidants inscrit parmi les thèmes de la négociation obligatoire dans les entreprises et parmi les critères de la responsabilité sociale et environnementale des entreprises, en 2020</p> <p>A titre d'exemple le nouveau label « Camp'Handéo »</p>

<p>4</p> <p>Accroître et diversifier les solutions de répit</p> <p><i>Mesure complémentaire :</i></p> <p>Simplification des démarches administratives pour l'accès à des solutions d'accueil temporaire de personne en situation de handicap, 2020</p> <p>Expérimentation pour favoriser l'accueil dans les centres de vacances de « droit commun » des familles avec enfants en situation de handicap</p>	<p>Mesure n° 12 : Le lancement d'un plan de renforcement et de diversification des solutions de répit, adossé à un financement supplémentaire de 10 M€ sur la période 2020-2022</p> <p>Focus : Plan national de renforcement et de diversification des solutions de répit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacités d'accueil des plateformes de répit (objectif double, 2022) • Effort de diversification de l'offre territoriale de répit. Développement et mobilisation de l'accueil temporaire (Objectif de doublement du nombre d'aidants soutenues d'ici 2020). Déploiement de solutions de répit innovantes en partenariat public-privé. Pour 2022, une perspective de généralisation de relayage à domicile sur le modèle du baluchonnage québécois, en fonction de l'expérimentation menée dans 54 départements. • Une garantie d'information des proches aidants sur l'offre existante sur internet et dans les lieux labellisés « Je réponds aux aidants ». • Prise en compte des spécificités des territoires outre-mer et des dispositifs spécifiques existants tels que l'accueil familiale temporaire ».
<p>5</p> <p>Agir pour la santé des Proches Aidants</p>	<p>Mesure n° 13 : La compréhension des risques qui pèsent sur la santé des proches aidants, à travers une enquête de Santé publique France en 2020</p> <p>Mesure n° 14 : L'instauration d'un « réflexe proches aidants » chez les professionnels de santé ou d'accompagnement à compter de 2020, à travers plusieurs canaux</p> <p>Mesure n° 15 : L'identification du rôle de proche aidant dans le dossier médical partagé en 2020, en application de la loi du 22 mai 2019</p> <p>Focus : Instauration d'un « réflexe proche aidants » chez les professionnels de santé ou d'accompagnement</p> <p>Plusieurs canaux seront mobilisés, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation initiale et continue des professionnels de santé, à compter de 2020 • L'inscription systématique du repérage et de l'orientation des proches aidants au moment des de leur passage à la retraite, dans le cadre du « rendez-vous » de prévention qui sera généralisé en 2020 • La production d'outils d'évaluation de la santé des proches aidants et leur diffusion vers les professionnels de santé à compter de 2021 • Le déploiement d'une formation à distance renforcée pour les professionnels des établissements et services médico-sociaux, en partenariat avec les universités, en 2021
<p>6</p> <p>Epauler les jeunes Aidants</p> <p><i>Mesure complémentaire :</i></p> <p>Le déploiement de solutions de répit adaptées aux besoins des jeunes aidants, après évaluation de l'expérimentation en cours des ateliers cinéma-répit</p> <p>La mobilisation du service national universel et du service militaire adapté comme leviers de repérage systématique des jeunes aidants, dès 2020</p> <p>Un accent particulier mis sur la santé aidants dans tous les efforts en faveur de la santé des aidants</p>	<p>Mesure n° 16 : La sensibilisation des personnels de l'Education Nationale, pour repérer et orienter les jeunes aidants, grâce à des outils efficace et co-construits avec le monde associatif. Dans un premier temps, une expérimentation sera lancée en 2020 dans deux régions (Ile-de-France et Occitanie)</p> <p>Mesure n° 17 : L'aménagement des rythmes d'étude (Conditions d'assiduité et examen) pour les étudiants aidants, dès fin 2019</p>

Pour en savoir plus, consultez le dossier de presse sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-de-mobilisation-et-de-soutien-en-faveur-des-aidants-2020-2022> & <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/agir-pour-les-aidants-annonce-de-la-strategie-de-mobilisation-et-de-soutien-en-leur-faveur>

TENTE E-DRIVE, la roulette motorisée qui améliore les conditions de travail et réduit les risques de TMS



Un système sur mesure pour l'amélioration de la qualité de vie au travail en EHPAD



Direction les Landes, Saint-Martin-de-Seignanx, près de Bayonne, dans le sud-ouest de la France, à l'EHPAD LÉON LAFOURCADE, un établissement public hospitalier dirigé par Madame Magalie Boutet qui a à cœur d'améliorer la vie au travail dans son établissement. C'est un EHPAD à dimension humaine qui comporte 66 lits dont 3 en accueil de jour pour 50 équivalents temps plein (ETP).

Cet établissement relativement ancien a la particularité d'avoir un long couloir légèrement en pente et des étages. Cette spécificité ne facilite en rien le travail du personnel chargé de desservir régulièrement les étages pour distribuer le linge, les repas ou encore les médicaments aux résidents. Après avoir constaté la pénibilité du poste de la lingère notamment, la directrice de l'EHPAD a cherché des solutions pour optimiser cette fonction et simplifier la tâche au quotidien pour l'ensemble de ses équipes, accompagnée dans cette étude par son responsable technique, M. Gaëtan Saint-Martin. Rendez-vous est pris avec la société TENTE, spécialiste des roues et roulettes et créateur d'une roulette motorisée pour chariot de transport.

L'expérience de l'EHPAD Léon Lafourcade

La directrice de l'établissement, Madame Boutet, décide de faire une demande spontanée de financement dans le cadre des crédits non reconductibles (CNR) auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine : « La demande a été faite mi-2018 et la validation obtenue pour la fin d'année. Ensuite, Gaëtan Saint-Martin, agent technique de l'EHPAD, a parfaitement assuré le lien avec la société TENTE et l'intégrateur dans le cadre de la mise en œuvre. Il aura fallu 6 mois pour obtenir le financement et 2 mois pour la réalisation. La directrice souligne la souplesse de la mise en œuvre et un nouveau système pleinement intégré et approprié par les équipes. »

À la base, l'idée était surtout de motoriser les chariots à linge pour soulager le travail de la lingère, Madame Labadie. Mais lors de la démonstration de Monsieur Olivier, délégué technico-commercial pour la région chez TENTE, Madame Boutet a demandé le financement pour l'ensemble des chariots (chariots à linges, chariot distribution Petit-déjeuner, chariots nursing et médicaments), convaincue par la pertinence du système, tant l'application motorisée facilite la manipulation des chariots.



Témoignage de Madame Labadie responsable de la fonction linge de l'établissement

Quelle différence avez-vous observée depuis que les chariots ont été motorisés par TENTE ?

“

J'ai 33 ans de maison de retraite derrière moi : c'est un métier que je connais bien, maintenant. Déjà, on sent moins le poids du chariot, et puis aussi, il est plus facile pour moi de manipuler et mobiliser le chariot. Surtout lorsque que l'on amorce la montée des couloirs de l'établissement. L'EHPAD compte tout de même 66 résidents, chaque chariot contient 22 casiers. Lorsqu'il est rempli, il pèse environ 50 kg de plus. Je distribue 1 fois par semaine et il faut également que je prenne l'ascenseur, ce qui nécessite un effort supplémentaire de manipulation du chariot.

L'installation du système de TENTE m'a littéralement changé la vie au quotidien dans l'EHPAD. Avant, aussitôt que je manipulais le chariot, je ressentais de la douleur dans le dos. Tandis que là, effectivement, aujourd'hui, je n'ai plus qu'à le guider. Le chariot avance tout seul, c'est formidable et c'est très maniable. J'en ai retrouvé le plaisir au travail.

”

TENTE, En quoi consiste votre système de motorisation ?

Il s'agit du système E-Drive, la roulette motorisée qui améliore les conditions de travail et réduit les risques de TMS.

L'ensemble se compose d'un moteur, d'une unité centrale, d'une paire de poignées, d'une batterie et d'un chargeur.

Le tout peut s'adapter aisément sur tout type de chariot pour autant qu'il dispose d'une hauteur d'au moins 170mm sous le chariot pour pouvoir y fixer la roue motorisée. Il est aussi préférable que le poids du chariot en utilisation soit supérieur à 40kg.

Une fois l'ensemble monté, cela permet d'absorber l'intégralité de la force de poussée si elle est inférieure ou égale à 25 daN (= 25kg).

Pour rappel, la norme NF X35-109 indique que la force maximale acceptable sous conditions pour la poussée initiale est de 24 daN (= 24kg).

Le système est quasiment invisible et ne modifie en rien le chariot. L'application est rapidement prise en main par les équipes. Au niveau sécurité, si le chariot reste immobilisé plus de 2 minutes, le système se met en veille automatiquement pour éviter qu'il soit manipulé intempestivement. Une simple pression sur une commande par le personnel peut réactiver le système en toute sécurité. Il serait impossible pour un résident de le rallumer.

Au niveau de la maintenance, les batteries ont une autonomie de 3 heures en fonctionnement (ce qui, en fonction de l'usage peut permettre de n'avoir à les recharger qu'une fois par semaine). Il faut en moyenne 5 heures pour les recharger pleinement.



À propos de TENTE

Fabricant de roues et roulettes depuis 1923, TENTE est un groupe familial allemand comptabilisant 30 filiales dans 25 pays. TENTE en France c'est 89 salariés dont 11 commerciaux et un chiffre d'affaires de 32 millions d'euros en 2018.

Plus d'infos : www.tente.com // 01.60.65.23.00 // info.fr@tente.com

Hygiène : Quelques règles de base



L'hygiène visant la maîtrise des risques infectieux sont des enjeux d'une importance capitale en EHPAD. En raison de leur état de santé souvent déclinant, les personnes âgées accueillies dans les établissements sont plus exposées aux infections, ce qui instaure la mise en place de précautions adaptées. Les agents pathogènes comme les virus, les parasites, les bactéries et autres champignons susceptibles d'être responsables d'infections peuvent se dissimuler et se propager partout, c'est pourquoi les protocoles en établissement englobent de nombreux champs.

L'organisation des moyens de prévention, la gestion de l'environnement ainsi que l'hygiène des soins et du matériel entre autres sont soumises à des recommandations de bonnes pratiques et des procédures spécifiques émanant de divers organismes comme la Société Française d'Hygiène Hospitalière SF2H et du réseau des Cpias ou réseau national de prévention des infections associées aux soins. Avec EHPAD Magazine, retrouvez l'entretien réalisé avec le Dr David Narbey, Praticien hospitalier hygiéniste et responsable du Cpias Auvergne Rhône Alpes, autour de la gestion de l'environnement en établissement.

Coup d'œil sur des solutions efficaces pour aider les professionnels à maîtriser davantage le risque infectieux

Plusieurs obligations pour les professionnels, dont l'une des plus importantes est celle liée à la qualité d'une prise en charge en soins et d'un accompagnement individualisé pour les résidents. Les lieux d'accueil, de vie et de soins destinés aux personnes âgées sont par ailleurs tenus de garantir la meilleure sécurité sanitaire à tous : aussi bien les résidents et leurs proches que l'ensemble des professionnels intervenant en établissement. L'application de règles d'hygiène et de sécurité sanitaire est systématique, et elle s'étend à de nombreux volets, dont celui de l'environnement dans lequel se situe l'établissement.

Avec EHPAD Magazine, le Dr David Narbey, met l'accent sur l'importance des protocoles de bio nettoyage des locaux et du circuit du linge en EHPAD.



EM : La gestion de l'environnement, à l'instar de l'entretien des locaux et du circuit du linge, est-elle un levier important pour maîtriser davantage le risque infectieux ?

Dr David NARBÉY : Nombreuses sont les références de la littérature qui confirment le rôle des réservoirs environnementaux dans la transmission croisée des bactéries. La description d'épidémie de gastro-entérites aiguës à *Clostridium difficile* dan illustre bien le rôle de l'environnement dans cette transmission. La diffusion peut se faire par les mains des professionnels ou des résidents, au contact des surfaces contaminées, par exemple poignée de porte, plans de travail, interrupteurs de lumière, sanitaires. De plus, les personnes âgées sont plus sensibles aux infections du fait de la diminution de leurs défenses cutanées, immunitaires et de la dépendance ou de maladies chroniques associées ; de ce fait, maîtriser le risque infectieux est primordial.

En prévention des phénomènes épidémiques et de gestion de crise sanitaire, l'entretien des locaux doit être continu par le bio nettoyage

suivant des procédures et formulaires précisant la fréquence, les méthodes d'entretien, et une organisation qui prend en compte les ressources humaines, les moyens matériels, les produits nécessaires (incluant la formation des agents) et en assurent la traçabilité et le suivi.

Ainsi, la gestion de l'environnement par la réduction des réservoirs environnementaux constitue un des piliers de la prévention du risque infectieux avec bien sûr les tenues professionnelles adaptées, l'hygiène corporelle, l'état de propreté et la désinfection, l'hygiène des mains mais aussi les précautions standard et complémentaires, qui entrent dans un ensemble de règles d'hygiène à mettre en œuvre par les professionnels, les usagers et les résidents. On notera également des procédures spécifiques à la gestion quotidiennes des excréta et celles aux déchets notamment des DASRI.

EM : Quelles sont les bonnes pratiques et/ou des normes dans le circuit du linge en EHPAD ?

Dr David NARBÉY : Le risque infectieux existe potentiellement lors de toute manipulation du linge souillé. Il existe des recommandations « prévention des infections en EHPAD » de juin 2009 élaborées sous l'égide de la SF2H (société française d'hygiène hospitalière) qui mentionnent que le circuit du linge soit organisé afin que le linge propre et le linge sale ne se rencontrent pas. En effet il existe, là aussi, quelques preuves du rôle du linge dans la transmission des infections. Le but de la mise en place d'un circuit du linge est de protéger le personnel de l'exposition à du matériel infectieux durant le recueil, la manipulation et le tri du linge contaminé. Ainsi, si le circuit du linge est mis en œuvre, le risque de contamination par le linge devient négligeable.

La prestation du linge propre confiée à un fournisseur doit être

également garante de ces références de qualité et de sécurité

La norme NF EN 14065 Décembre 2016 qui annule et remplace la version de mai 2003, dite méthode RABC (Analyse et maîtrise des risques de bio contamination), constitue un des vecteurs importants pour améliorer l'hygiène et réduire significativement les risques de contamination liés au linge. Il existe également le référentiel 2004 des bonnes pratiques BP G.07.223 (Textiles traités en blanchisserie, référentiel de bonnes pratiques professionnelles qui décrit les bonnes pratiques liées à la qualité microbiologique des textiles à appliquer dans les blanchisseries s'adressant aux secteurs spécifiques, dont les établissements de santé) et le guide d'application GA. G.07.224 qui décrit les lignes directrices pour l'application de la norme NF EN 14065 dans les blanchisseries.

La prévention du risque infectieux liée au linge repose sur des règles simples à respecter :

Linge sale :

- Manipuler le linge sale avec des gants, en évitant tout contact avec la tenue professionnelle (tablier de protection de préférence)
- Ne pas secouer le linge, ne pas déposer le linge sale sur le sol
- Transporter le linge dans des sacs fermés et dans des charriots nettoyés entre chaque collecte
- Ne pas stocker dans le service plus de 24 heures
- Réaliser une hygiène des mains après manipulation du linge sale.

Linge propre :

- Éviter le stationnement des conteneurs de livraison dans les couloirs
- Stocker le linge propre dans un local spécifique, nettoyé une fois par semaine et dans des armoires fermées
- Nettoyer et désinfecter les surfaces et les matériels en contact avec le linge propre
- Organiser la rotation des stocks (principe du premier entré, premier sorti)
- Éviter le stockage excessif et les réserves « sauvages »
- Dans tous les cas se désinfecter les mains avant manipulation du linge propre

EM : Quels conseils donneriez-vous pour améliorer davantage la maîtrise du risque infectieux en lien avec la gestion de l'environnement ?

Dr David NARBÉY : La prise de conscience du risque infectieux dans les EHPAD est relativement récente. Plusieurs enquêtes ont montré la réalité des infections associées aux soins chez les résidents. Depuis quelques années, différents groupes professionnels ont participé à l'amélioration de la prévention du risque infectieux. Le GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) a publié en 2011 un manuel d'auto-évaluation

pour la maîtrise du risque infectieux en EHPAD. Afin de maîtriser le risque infectieux en lien avec la gestion de l'environnement, il convient de former les professionnels afin qu'ils comprennent l'importance et l'utilité des tâches qu'ils font. En effet, comme nous l'avons évoqué, l'entretien des locaux et la gestion du linge convenablement réalisés ont une grande importance dans la prévention des transmissions des germes et de la contamination.

Il est nécessaire pour cela :

- de désigner un responsable ou référent de la prévention du risque infectieux et/ou savoir vers qui se tourner en cas de problème (Équipe Mobile d'Hygiène, Équipe opérationnelle d'Hygiène, CPias (Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins),
- d'assurer un suivi régulier des formations des professionnels, sans oublier les intérimaires,
- d'avoir à disposition des procédures validées et à jour,
- de limiter le nombre de produits
- d'avoir un suivi (traçabilité et évaluation des pratiques)
- Contrôles, Audits et Evaluations périodiques

Actuellement dans un souci écologique, nous sommes dans l'ère de l'utilisation raisonnée des détergents désinfectants sur les sols et les surfaces ainsi que des techniques d'entretien compatibles avec l'environnement (microfibres ou nettoyage vapeur) considérant les enjeux écologiques du développement durable.

De plus, des mesures essentielles pour limiter la contamination par l'environnement et les transmissions reposent sur la sensibilisation et la communication aux professionnels et publics relatives aux conduites à tenir et des protocoles relatifs à la précaution standard et complémentaires qui permet la protection de tous : résidents, visiteurs, personnels et leur famille.

Hygiène en EHPAD : allier équipements de pointe et savoir-faire des professionnels pour se conformer aux protocoles

Structures médicalisées, les établissements médico-sociaux fournissent également aux personnes âgées résidentes un ensemble de prestations complémentaires dans le cadre d'un accompagnement global. Les EHPAD assurent ainsi le gîte et le couvert à leurs résidents, tout en organisant diverses animations, avec en toile de fond l'accompagnement médical orienté autour des soins et des traitements.

Dans ce cadre, pour répondre aux besoins spécifiques des résidents du grand âge, les EHPAD sont généralement équipés de matériels adaptés. Dans les chambres par exemple, les lève-personne et les fauteuils de repos gériatriques sont ainsi généralement présents, en fonction du niveau d'autonomie de la personne âgée résidente. Ces

équipements répondent parfaitement aux besoins liés à la mobilité lorsque l'état de santé des seniors nécessite des aides techniques et mobiliers médicalisés assurant à la fois leur sécurité et leur confort.

En matière de restauration également, les EHPAD sont appelés à mettre en place une organisation efficace tout en étant irréprochables en matière d'hygiène. La sécurité alimentaire est ainsi primordiale et les bonnes pratiques d'hygiène HACCP en restauration sont à appliquer en tout temps. Le réseau national de prévention des infections associées aux soins passe ainsi au crible toutes les étapes de la restauration en établissement, et de la préparation des repas à leur distribution en passant par le nettoyage de la

salle à manger, des recommandations particulières sont à respecter. En ce qui concerne le débarrassage des repas et du nettoyage de la vaisselle, les procédures à respecter sont par exemple les suivantes :

- Desservir les tables.
- Éliminer les reliefs alimentaires = déchets assimilés ordures ménagères (DAOM).
- Nettoyer selon deux possibilités, de préférence en lave-vaisselle (voir tableau ci-dessous).
- Contrôler la propreté et le séchage de la vaisselle avant de la ranger.
- Ranger la vaisselle dans des placards propres et ordonnés.

Lavage en machine	Lavage manuel
Respecter les cycles de lavage	Laver au détergent (eau chaude > 40°C)
Respecter les cycles de séchage	Rincer à l'eau tiède ou froide
Contrôler la propreté et le séchage de la vaisselle	Préférer le séchage spontané ou essuyer* et ranger dès que la vaisselle est sèche
Respecter les consignes d'entretien du lave-vaisselle	Nettoyer l'évier et son environnement immédiatement après (détergent et rinçage)
<p>Nettoyer les carafes et les verres de chevet au moins 1 fois par jour *En cas d'utilisation de torchons : les changer entre chaque utilisation N.B. : aucune situation de soins ne nécessite une désinfection préalable de la vaisselle avant nettoyage</p>	

Pour assister au mieux les professionnels en établissement dans leur obligation d'instaurer une hygiène impeccable, les fabricants mettent en place des solutions innovantes. La restauration en EHPAD est notamment concernée, comme l'illustre la gamme de produits conçus par le leader de la technique de laverie professionnelle Hobart. Des lave-vaisselle intelligents permettent ainsi aux équipes chargées de la restauration en établissement d'assurer une hygiène maximale aux ustensiles dédiés au service des repas.

D'autres domaines sont également concernés, et au-delà des produits innovants destinés à la restauration, les équipements de douche de dernière génération sont aujourd'hui conçus pour allier à la fois une sécurité et une hygiène optimales. Les mitigeurs de douche thermostatique Delabie sont ainsi conçus pour une maîtrise de la prolifération bactérienne grâce à une absence totale d'intercommunication entre l'eau chaude et l'eau froide. Conforme aux exigences des normes médicales, ce système breveté ne nécessite aucune maintenance spécifique et correspond aux besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Lita Rakotondramanitra

www.cpias.fr/EMS/referentiel/EHPAD/V2015/restauration.docx

www.hobart.fr/solutions-metiers/restauration-collective/maison-de-retraite/

www.hobart.fr/produits/laverie/lave-vaisselle/ouverture-a-capot/translate-to-fr-product/?tx_hobartproducts_productdetail%5Bmodel%5D=722&cHash=f68ed0de9d96cc6ea4395893a5719f20

www.delabie.fr/s3bucket/documents/fre-FR/presse/SECURITHERM%20DOUCHE%20SECURITOUCH%20SANS%20INTERCOMMUNICATION.pdf

La prévention et la prise en charge des escarres



Sous la responsabilité médicale et paramédicale, la prévention et la prise en charge des escarres représente les défis de cette pathologie reconnue chronique en gériatrie ; l'escarre nécessite des soins spécifiques appelant des compétences, un savoir et savoir-faire en termes de d'actes de prévention et de soins techniques liant les soins à l'utilisation de nouvelles technologies et/ou d'innovation en matière de produits de santé.

Le secteur des dispositifs médicaux restent le domaine dans lequel moult évolutions sont attendues. Nous avons souhaité questionner les experts du **SNITEM, Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales** www.snitem.fr des domaines de l'innovation technologique médicale pour la prévention d'une part, et des solutions en « Plaies et cicatrisation » d'autre part.

Les champs des interventions en soins du domicile, en hôpital ou en EHPAD représentent autant d'enjeux de santé face aux risques de la perte d'autonomie de la personne âgée poly pathologique en fonction du lieu de vie et de l'environnement avec des professionnels de santé de plus en plus contraints en ressources et en temps.

Se préparer aux défis du Grand Age et de l'Autonomie devient une question cruciale pour les acteurs du secteur et des professionnels de soins dans les EHPAD qui se voient déjà accueillir des personnes âgées de plus en plus dépendantes.

Nous souhaitons savoir comment le SNITEM apporte leur contribution dans l'efficacité et la pertinence de soins pour le patient bénéficiaire :



Contact service de presse

Mme **Nathalie JARRY**

E-mail : nathalie.jarry.web@snitem.fr

Site-web : www.snitem.fr

La Prévention des escarres

§ Livret « Aide à la prévention des escarres »

Source : www.snitem.fr/le-snitem-en-action/les-publications/le-livret-aide-a-la-prevention-des-escarres

Comment définir une escarre ?

Une escarre aussi appelée ulcère de décubitus se manifeste par une lésion ou une destruction tissulaire localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents. Cette plaie dite chronique peut présenter un temps de cicatrisation important en fonction de son étendue et de sa profondeur. L'un des signes précurseurs est une rougeur au niveau de la peau. L'apparition d'une escarre est liée la plupart du temps à une compression des tissus mous entre un plan « dur » sur lequel repose le patient et les saillies osseuses.

Comment s'intègrent la prévention et la prise en charge dans un plan de soins ?

Un plan de soins identifie un ensemble d'objectifs à atteindre. Lorsqu'un risque d'escarre de décubitus a été détecté chez une personne, des moyens humains et matériels doivent être mis en œuvre pour préserver l'intégrité de sa peau. La détection et la mise en place des mesures de prévention doivent être précoces et la dynamique de soins personnalisés.

Comment évaluer sa gravité et son évolution ?

Un système de classification internationale permet de caractériser la gravité de l'escarre et son évolution. Quatre stades sont identifiés selon le niveau d'atteinte tissulaire soit du stade 1 où la peau est intacte avec un érythème qui ne blanchit pas à la pression jusqu'au stade 4 se manifestant par une perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. Il existe parfois des dommages tissulaires profonds pour lesquels la profondeur est inconnue et donc non classable.

Comment la réévaluer et apprécier sa régression ?

La réévaluation doit considérer avant tout celle du niveau de l'état de santé de la personne identifiée à risque ou porteuse d'escarre(s) et de ses facteurs de risque puis celle de la plaie. La surveillance locale consiste à observer l'aspect de la peau périlésionnelle, le lit de la plaie et sa profondeur pour évaluer l'évolution de la cicatrisation et la poursuite du traitement en cours.

Quels sont les impacts ?

En fonction de l'évolution de la personne soignée et de la plaie il s'agit de réajuster le plan de soins et de mettre en œuvre les

moyens appropriés en termes de soins médicaux, chirurgicaux, paramédicaux et éviter les complications locales et générales.

Quels sont les plus grands risques pathologiques ?

Les complications peuvent conduire à l'atteinte des tendons et de l'os jusqu'à certains organes par tunnellisations, la prolongation de soins douloureux, des retards de rééducation fonctionnelle, une septicémie, une amputation, le décès de la personne.

Description supplémentaire :

Quels sont les causes et les facteurs de risques ?

Le processus d'altération tissulaire est le résultat d'un phénomène de pression qui combiné ou non à des forces de cisaillement altérant les vaisseaux sanguins, conduit à une hypoxie tissulaire. Certains facteurs peuvent être favorissants. La plupart des escarres graves et profondes sont causées par une pression excessive au regard d'une proéminence osseuse mais une pression faible et prolongée peut avoir les mêmes effets. Les facteurs de risque sont principalement l'altération de la mobilité physique au lit et/ou au fauteuil, le déficit sensoriel, l'altération de la circulation, le déficit nutritionnel, des excréments ou sécrétions corporelles irritantes. A noter que des vaisseaux sanguins en « mauvais état », notamment à cause d'un diabète, d'une hypertension artérielle, ou du tabagisme peuvent avoir un impact négatif sur le processus d'altération et de réparation tissulaire.

Quels sont les SAPTES : Support d'Aide à la prévention et au traitement des escarres (Matelas, Coussins, Chausson, Chaussage orthopédique, Autres)

Les supports d'aide à la prévention des escarres regroupent plusieurs catégories techniques qui vont de la mousse de polyuréthane à haute spécificité à des systèmes à air motorisé. Le mode d'action est mécanique et vise selon le besoin du patient et la catégorie technique adaptée la diminution de la pression par immersion, enveloppement, ou décharge de la zone en contact. La réponse technique peut être un matelas thérapeutique, un coussin d'assise, un dispositif de décharge, un système de positionnement. Ces produits viennent en association avec un lit médical, un fauteuil roulant ou pas dont les fonctionnalités peuvent compléter le niveau de prise en charge.

Quelles sont les dernières avancées techniques et/ou technologiques dans ce domaine ?

Les dernières avancées portent notamment sur des solutions exploratoires des processus physiopathologiques (modélisation 3D lien entre déformations internes aux tissus et risques d'escarres, suppléances perceptives, système de capteurs

analysant le niveau de mobilité, ...), des moyens informatiques permettant une meilleure traçabilité des soins et de communication pluridisciplinaire, des techniques chirurgicales moins invasives et traumatisantes qui réduisent les durées de séjour, des principes d'anesthésie moins sédatives. En matière de supports thérapeutiques, les évolutions technologiques portent notamment sur l'automatisation des produits électromédicaux, l'application de solutions digitales collectant et analysant des données visant la priorisation et la traçabilité des soins, la mobilité et l'activité de la personne. Des solutions algorithmiques sont en cours de validation pour contribuer à plus d'efficacité en termes de réactivité, de pertinence et de qualité des soins. En termes de pansement, les évolutions portent sur le développement de pansements permettant le traitement séquentiel d'une plaie en fonction de son évolution, l'ergonomie des pansements, la diminution du temps de cicatrisation, des technologies spécifiques fiables (thérapie par pression négative, la stimulation électrique)... La recherche sur les pansements est constante avec la mise au point de système automatisé de détection microbienne intra pansement ou par fluorescence. (à vérifier sinon à enlever)

Qui sont les prescripteurs ?

Si l'évaluation et la préconisation est fréquemment du fait de l'infirmier(e), du kinésithérapeute ou de l'ergothérapeute, la prescription reste principalement médicale.

Qui sont les utilisateurs ?

Les utilisateurs sont toutes les personnes soignantes mais aussi les aidants.

Quelles sont les prises en charge possibles par l'Assurance Maladie à titre individuel, c'est-à-dire intégrées dans le Plan Personnalisé de soins ?

L'Assurance Maladie prend en charge les produits qui sont inscrits en nom de marque ou en ligne générique dans la liste des produits et prestations remboursables.

Comment les DM sont pris en compte dans le forfait soins des EHPAD ?

Les matelas ou surmatelas d'aide à la prévention d'escarres et accessoires de protection du matelas ou surmatelas, compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée, coussins d'aide à la prévention d'escarres font partie de la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins. Le législateur recommande que les produits utilisés respectent

les spécifications techniques imposées par la liste des produits et prestations remboursables.

Quels sont les financements possibles pour le projet d'établissement ou de service ?

Des financements par les agences régionales de santé concernées pour la réalisation d'enquêtes de prévalence et de suivi, de formations à la prise en charge des personnes porteurs d'escarres et/ou à risque, au bon usage des produits (...), des équipements spécifiques pour favoriser l'aide à la mobilité des personnes autant que d'améliorer les conditions de travail des professionnels (exemple : CARSAT)

Quels sont les prestataires intervenants dans la mise en place dans l'accompagnement à l'utilisation, la formation, la maintenance, (...) ?

Les prestataires de services et distributeurs de matériel médical, les répartiteurs pharmaceutiques interviennent au domicile autant que dans les établissements. Ils agissent dans le respect des modalités de la délivrance fixée par la Loi. Leurs activités concernent notamment l'information, la livraison, la vérification et la récupération du matériel, la formation au bon usage, l'entretien-désinfection des produits, le service après-vente, la maintenance et les réparations, le signalement, le contrôle du bon usage, le signalement des incidents, la gestion administrative et la facturation.

Comment apprécier la pertinence ?

Moins de 20% des intervenants ont été certifiés selon un référentiel normalisé (exemple : ISO 9001, ISO 13485) ou spécifique (exemple : Qualipsad, référentiel qualité fabricant). Le conventionnement implique l'engagement à respecter la convention nationale signée entre les caisses d'Assurance Maladie et les organisations professionnelles représentatives de la profession mais le niveau d'exigences en matière de compétence et d'installation reste faible. Seule la formation médico-technique est une obligation pour des intervenants nouveaux. Il n'y a pas d'audit des pratiques.

La prise en charge des escarres

§ Livret « Pansements : Plaies & Cicatrisation »

Source : www.snitem.fr/le-snitem-en-action/les-publications/le-livret-plaies-et-cicatrisation

Comment définir une plaie et/ou lésion ?

L'escarre se définit comme une lésion cutanée ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. (Q1 - Michel JM, Willebois S, Ribinik P et al. *As of 2012, what are the key predictive factors for pressure ulcers? Developing french guidelines for clinical practice. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 2012; 55:454-465.*)

Que faut-il comprendre des différents niveaux de gravité ?

(§ Conférence de consensus ANAES - Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus. Novembre 2001, HEGP, Paris.)

On peut décrire trois types d'escarres selon la situation :

- l'escarre « accidentelle » liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience ;
- l'escarre « neurologique », conséquence d'une pathologie chronique motrice et/ou sensitive ;
- l'escarre « plurifactorielle » du sujet poly pathologique, confiné au lit et/ou au fauteuil.

Comment s'intègrent la prévention et la prise en charge dans un plan de soins personnalisés ?

La mise en place des mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque. Elle s'applique à tout patient dont l'état cutané est intact mais estimé à risque (stade 0 de l'escarre, classification de Garches) et vise à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients déjà porteurs d'escarre. Elle concerne l'ensemble des professionnels de santé en contact avec le patient.

Les mesures de prévention sont les suivantes :

- Identifier les facteurs de risque
- Diminuer la pression
- Utiliser des supports
- Observer de manière régulière l'état cutané et les zones à risque
- Maintenir l'hygiène de la peau et éviter la macération
- Assurer un équilibre nutritionnel
- Favoriser la participation du patient et de son entourage

Comment évaluer sa gravité et son évolution ?

(§ p 6-8 de la Conférence de Consensus ANAES 2001) Différentes échelles permettent de déterminer le stade de l'escarre et donc sa gravité ainsi que le suivi à réaliser concernant l'évolution de la plaie.

Comment la réévaluer et apprécier sa régression et quels sont les impacts ?

(§ Conférence de Consensus ANAES). Les escarres entraînent une gêne douloureuse et une souffrance morale et physique, une limitation des capacités fonctionnelles (marche ou station assise impossible) avec comme conséquences une limitation de l'autonomie, des sorties et donc une diminution de la liberté. L'escarre a également pour conséquences une altération de l'image de soi et de la relation à autrui liée à la présence de la plaie, aux éventuels écoulements et odeurs de celle-ci. Même si la qualité de vie du patient souffrant d'escarres et les conséquences psycho-sociales de l'escarre sont mal connues aujourd'hui, l'escarre doit être considérée comme une maladie lourde et dévalorisante pour le patient : sentiment de mort progressive chez le sujet âgé ou gêne douloureuse, morale ou physique, chez l'adulte. Le respect de l'image positive et le souci de la dignité du patient doivent toujours guider l'action du soignant. La prise en charge de l'escarre doit prévenir la survenue d'un syndrome dépressif ou éviter son accentuation.

Quels sont les plus grands risques pathologiques ?

Les complications peuvent conduire à l'aggravation de l'escarre, la dénutrition, la déshydratation la prolongation de soins douloureux, un traitement ou des supports mal-adaptés, une infection voire une septicémie, une amputation, le décès de la personne. (S. Conférence de Consensus ANAES 2001 - Plaies et Cicatrisations - Editions Masson S. Meaume et al. 2005 : chapitre 8 : prise en charge de l'escarre.)

Quels sont les causes et les facteurs de risques ?

Les facteurs considérés aujourd'hui comme facteurs de risque sont issus de l'expérience clinique, leur pertinence et leur poids relatif ne sont pas définis et nécessiteraient des études. Les principaux facteurs de risque d'escarre sont explicatifs et peuvent être classés en facteurs extrinsèques ou mécaniques et facteurs intrinsèques ou cliniques : pression, friction, cisaillement, macération, immobilité, état nutritionnel, incontinence urinaire et fécale, état de la peau, baisse du débit circulatoire, neuropathie, état psychologique, âge, antécédent d'escarres, déshydratation, maladies aiguës, pathologies chroniques graves et leur phase terminale. Seules l'immobilisation et la dénutrition sont réellement des facteurs prédictifs du risque d'escarre. Dans quelques situations cliniques, certains facteurs sont

plus spécifiques : en neurologie, orthopédie et traumatologie, on peut retenir trois facteurs de risques fondamentaux : la pression, la perte de mobilité et le déficit neurologique auxquels s'ajoutent la spasticité, l'incontinence, le risque opératoire et le manque de coopération du patient. En cas de chirurgie reconstructrice, l'âge, le tabagisme, la corticothérapie, le diabète, les troubles de la microcirculation et de la coagulation sont péjoratifs pour la cicatrisation ; -en gériatrie, la fragilité particulière de la peau et du tissu sous-cutané et l'insuffisance d'apports protido-caloriques augmentent le risque d'escarre en cas de maladies cardio-vasculaires, d'hypotension artérielle ou d'hyperthermie ; -en soins intensifs, la fréquence des collapsus, la gravité de l'état initial, l'incontinence fécale, l'anémie et la longueur du séjour sont des facteurs prédictifs du risque d'escarre.

Tenez-vous compte de la relation Nutrition et Cicatrisation ?

La dénutrition représente un facteur prédictif de la survenue d'escarre au même titre que l'immobilisation. Les bénéfices cliniques de la prise en charge nutritionnelle sont aussi nécessaires dans la prévention que dans la cicatrisation d'escarres. L'apport de suppléments caloriques par voie orale ou entérale permet de diminuer de manière significative l'incidence des escarres. Le recours à un médecin nutritionniste ou une diététicienne est à considérer.

Comment expliquez-vous l'opportunité d'un livret de pansements en EHPAD ?

Il existe de très nombreuses sources d'informations rédigées par les soignants, fournies par les fabricants mais très peu ont été validés par les sociétés savantes. C'est pourquoi la prise en charge concertée d'un patient porteur d'escarre est un travail d'équipe au sein d'un établissement afin de faciliter le suivi de la plaie et de son évolution. Pour se faire l'équipe doit avoir une approche holistique du patient afin de prendre en compte tous les facteurs participant à la cicatrisation de la plaie.

Comment les pansements sont-ils pris en compte dans le forfait soins des EHPAD ?

Les articles pour pansement font partie du petit matériel et fournitures médicales. Le matériel nécessaire pour sutures et pansements fait partie du matériel médical amortissable. Ces matériels sont compris dans le tarif afférent aux soins.

Quels sont les modalités à savoir dans l'accompagnement à l'utilisation, la formation, la pertinence, (...) ?

Les pansements étant compris dans le tarif afférent aux soins, il est important que l'équipe soignante puisse disposer des pansements adéquats pour la prise en charge de chaque stade de l'escarre et de l'état de la peau périlésionnelle. De même, elle doit être formée la prise en charge des patients porteurs d'escarres pour mettre en place les actions de prévention et au bon usage de chacun des produits pour éviter tout retard de cicatrisation

Quelles sont les dernières informations utiles à connaître ?

L'escarre est une pathologie complexe qui atteint tout particulièrement la personne en perte d'autonomie du fait de l'altération de son état de santé, de son âge ou de son handicap. La prévention et le traitement de cette plaie chronique est source de souffrance et de surcoûts. Il est nécessaire de toujours considérer la personne soignée et son environnement pour optimiser la cicatrisation de la plaie. Le plan de soins personnalisé doit être rédigé par une équipe pluridisciplinaire formée et doit identifier précisément le niveau de risque d'atteinte à l'intégrité de la peau et des tissus, les facteurs favorisants et les moyens humains et matériels adaptés. Il prend en compte la prise en charge globale, un dépistage précoce, une réaction immédiate et la réduction des pressions des zones à risque et la gestion rigoureuse du processus de réparation tissulaire s'il y a lieu.

Les produits utilisés doivent avoir apporté la preuve de leur intérêt clinique et être en adéquation avec l'évolution de l'état de l'art. L'efficacité du plan de soins doit être réévaluée aussi souvent que nécessaire jusqu'à la cicatrisation de l'escarre et l'amélioration concomitante de la personne soignée.

EHPAD Magazine remercie le SNITEM pour sa contribution sur les travaux et sujets relatifs à la prévention de la perte d'autonomie.

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

VOUS PRENEZ SOIN D'EUX CHAQUE JOUR, PROTÉGEZ-LES AUSSI DE LA GRIPPE. VACCINEZ-VOUS.

La grippe peut entraîner des complications graves chez les personnes âgées.
Pour les protéger, la vaccination contre la grippe est recommandée
pour tous les professionnels travaillant en Ehpad.
Parlez-en au médecin coordonnateur.

CONTRE LA GRIPPE, PROTÉGEZ-VOUS, VACCINEZ-VOUS.



santé
famille
retraite
services

ameli.fr



Emera, les sens en éveil

En savoir plus sur le groupe
www.emera.fr

Fondé en 1987, le groupe Emera s'est développé sur le marché des **Résidences de Retraite Médicalisées (EHPAD)** et des **Résidences Séniors**. Avec plus de 80 établissements au positionnement haut de gamme, Emera est présent en France et en Europe (Luxembourg, Belgique, Suisse, Italie et Espagne).

Une offre de résidences haut de gamme

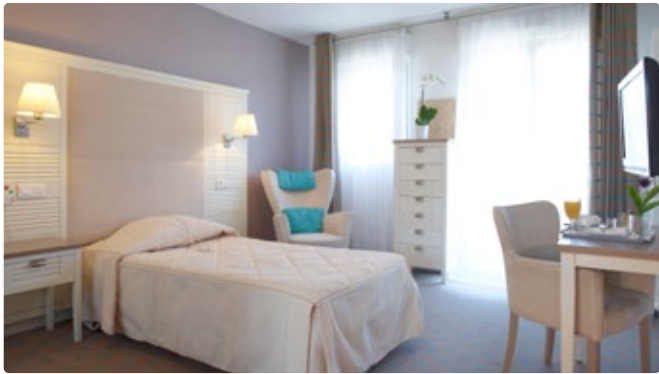
Le positionnement haut de gamme de l'offre du groupe Emera repose sur la qualité des prestations proposées ; des établissements au confort hôtelier avec des espaces chaleureux, lumineux et une décoration soignée, une vie sociale rythmée adaptée aux envies des résidents pour maintenir le lien social, stimuler l'autonomie, une restauration gourmande pour le plaisir des papilles.

En EHPAD, une prise en soin individualisée est assurée par une équipe de professionnels pluridisciplinaire à l'écoute des résidents et de leur famille.

Des équipes spécifiquement formées sont dédiées à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Elles utilisent notamment la Méthode Montessori adaptée aux séniors, une prise en charge non médicamenteuse qui facilite l'investissement de chaque résident dans sa vie quotidienne et lui permet de garder un rôle social s'il le souhaite.



Un confort hôtelier



Emera attache une importance toute particulière à l'aménagement des espaces de vie. Les équipes issues de l'hôtellerie de prestige (chaque résidence dispose d'un poste de gouvernante), régulièrement formées notamment à la qualité du service, sont soucieuses du sens du détail. Douceur des tissus, literie de qualité, moquettes épaisses et couleurs chaudes caractérisent les résidences Emera.



Une restauration gourmande

Le plaisir des sens passe par le plaisir des papilles ! La table est un moment privilégié pour les séniors. La cuisine est préparée sur place par un chef et son équipe issus de la restauration traditionnelle.. Chaque chef élabore ses menus en fonction des habitudes de sa région, des goûts et des régimes alimentaires des résidents. La notion d'appétence avec une belle présentation à l'assiette et l'art de la table font partie intégrante de la culture culinaire Emera.

Le groupe Emera a d'ailleurs lancé, en septembre dernier, sa 3^{ème} édition du « Challenge des Chefs ». Un concours interne organisé tous les deux ans dont l'objectif est de mettre à l'honneur les Chefs Emera et l'offre de restauration « haut de gamme proposée » aux résidents comme au restaurant



Une vie sociale rythmée

Coordonnée dans chaque établissement par un responsable de la vie sociale, portée par une équipe pluridisciplinaire et rythmée par des activités variées (sensorielles, physiques, artistiques...), la vie sociale contribue au bien-être et à l'épanouissement des résidents en répondant à leurs besoins et à leurs envies en fonction de leurs capacités physiques et sensorielles. La vie sociale a pour objectif de maintenir l'autonomie, redonner un rôle social aux résidents et les reconnaître en qualité d'individus quelle que soit leur dépendance. Pour favoriser les échanges intergénérationnels des espaces pour enfants ont été aménagés au sein des résidences (borne interactive avec un écran tactile intégré comprenant des jeux répartis par tranche d'âge, table à jouer intégrant un jeu de l'oie, une boule de loterie et un plateau à billes...).



Des équipes formées régulièrement

A travers son organisme de formation interne créé il y a deux ans, En 2018 Emera a déployé 72 formations destinées à former plus de 500 collaborateurs des soins aux à l'hôtellerie en passant par la restauration afin d'enrichir le professionnalisme de chaque collaborateur, de valoriser les compétences et les pratiques collaboratives en équipe, de contribuer à la coordination et à l'amélioration de la qualité des prestations.

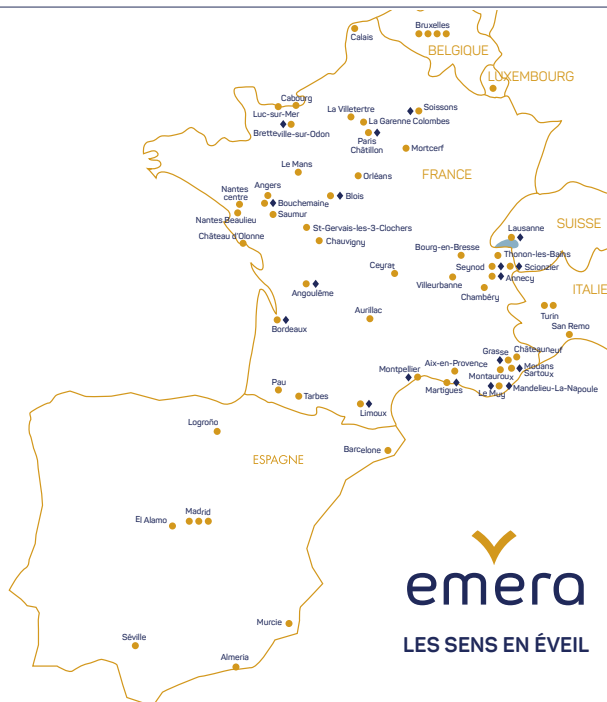
Le parcours résidentiel : un concept rassurant et sécurisant

Emera a été précurseur en France du parcours résidentiel. Rassurant et sécurisant ce concept propose sur un même site deux structures d'accueil : une Résidence Séniors dédiée aux plus autonomes et un EHPAD en cas de dépendance. Quand l'entretien d'une maison, l'éloignement avec les proches deviennent trop pesants, Emera propose une nouvelle façon de vivre avec des solutions de services. La résidence séniors avec ses appartements équipés pour cuisiner, ses chambres simples ou doubles, ses salons d'étage pour recevoir amis et famille, des activités, un espace bien être pour prendre soin de soi, permet de recréer une vie de quartier ou chacun garde ses habitudes vie et sa liberté.



Lorsque la fatigue demande à être prise en charge et qu'une aide médicale plus importante, temporaire ou durable s'avère nécessaire, les résidents ne se retrouvent pas sans solution et peuvent s'installer en douceur dans l'ehpad attendant.

Le parcours résidentiel correspond aussi parfaitement à des couples dont l'un des conjoints serait autonome et l'autre moins, évitant ainsi une séparation et soulageant la personne la plus autonome.



L'ENGAGEMENT D'EMERA ?

Offrir un nouveau confort de vie fondé sur le bien-être des résidents pour un séjour temporaire ou permanent, quelle que soit leur autonomie.

◆ RÉSIDENCES SÉNIORS ● EHPAD

0 800 104 022 Service & appel gratuits

www.emera.fr

Le Salon du Logement Senior et du Maintien à Domicile à Bordeaux et à Nantes



Le Salon du Logement Senior et du Maintien à Domicile est le rendez-vous pour bien vieillir en toute autonomie. Il se tiendra pour sa deuxième édition à Bordeaux les 7 et 8 février 2020, et pour la première fois à Nantes les 14 et 15 février 2020. Chacun pourra y préparer son avenir (aménagement du logement, défiscalisation, viager) et trouver des solutions immédiates pour soi ou pour ses proches plus âgés (résidences seniors, EPHAD, services à la personne, portage de repas, etc.).

De nombreux professionnels seront présents pour informer et conseiller les visiteurs, de l'ergothérapeute au notaire en passant par l'expert en viager, les services à domicile ou la téléassistance.

Tout au long des deux journées, des conférences et des tables rondes seront animées par des professionnels du secteur et des associations. Les thèmes traités seront très larges : la vie sociale, le bon usage des médicaments, l'alimentation, la gestion du patrimoine, etc. Les visiteurs pourront également participer à des ateliers mémoire ou prévention des chutes. Un parcours santé leur permettra non seulement de tester leur vue, leur audition et leur équilibre, mais aussi d'être sensibilisés à la nutrition, au sommeil et à l'insuffisance cardiaque.

La visite pourra se poursuivre avec celle du Salon Thalasso Cures Thermales qui se déroulera aux mêmes dates et aux mêmes lieux.

Infos pratiques :

Salon du Logement Senior et du Maintien à Domicile

- Au Hangar 14 de Bordeaux, le vendredi 7 février (13h-19h) et le vendredi 8 février 2020 (10h-18h)
- À la Cité des Congrès de Nantes, le jeudi 14 février (13h-19h) et le vendredi 15 février 2020 (10h-18h)

ENTRÉE GRATUITE

Demandez votre invitation en ligne :

- Salon de Nantes : www.salon-logement-seniors.com/nantes-sls
- Salon de Bordeaux : www.salon-logement-seniors.com/nouveau-bordeaux



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

 **Optic 2000**

**À
DOMICILE**

Une nouvelle vision de la vie

MON OPTICIEN VIENT



Chez moi

POUR EN SAVOIR PLUS

08 09 54 2000

Service gratuit
+ prix appel*