

INTERVIEW

Mme Pascale Boistard

Secrétaire d'Etat auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie

« C'est une loi d'avenir, la France doit être fière d'être à l'avant-garde sur le sujet, fière d'être la nation solidaire qu'elle est. »

ACHATS

Les GHT bouleversent la fonction achat

RISQUE

Quels sont les risques professionnels liés aux préconisations d'hygiène dans les établissements ?

SOINS

Comment assurer le bien-être du résident

HYGIÈNE

Mettre en place du cuivre antimicrobien en EHPAD : pourquoi ?

DOSSIER

Permanence des soins en Ehpad

Le moment de mieux faire





LUMINAIRES DAL'IMAGIN™
LUMINAIRES COMTEMPORAINS
"Peut satisfaire au 1% artistique."

"Apportez la nature dans vos intérieurs..."

• Made in France • Images remplaçables • Catalogue d'images disponible •

Contacts :

Andrew

0033 643 425 402

andrew@simar-design.com

WWW.SIMAR-DESIGN.COM

EDITO

Les Salons Santé Autonomie s'internationalisent et deviennent un rendez-vous global des acteurs du secteur, sous le nom de Paris Healthcare Week.

L'événement accueille désormais, en plus d'HôpitalExpo, GérontHandicapExpo et Health-IT, le premier salon Intermeditech et le salon Infirmier. La Paris Healthcare Week devient un laboratoire d'idées et de solutions pour l'hôpital et le secteur médico-social.

Et tout cela dans un contexte en pleine évolution. L'année 2016 sera marquée par la mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dont la Secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie, Madame Pascale Boistard, nous livre les grandes lignes dans ce numéro : réforme de la tarification, politique de bientraitance, signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, plan maladies neuro dégénératives... ➔

La rédaction

360°

2 En bref

8 L'interview Madame Pascale Boistard

Secrétaire d'Etat auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie. Pour la Secrétaire D'Etat, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement se met en œuvre progressivement. De nombreuses évolutions sont attendues pour les EHPAD et "portent sur les différents champs essentiels pour les résidents ainsi que pour les gestionnaires".

Dossier

13 Permanence des soins en Ehpad
Le moment de mieux faire

La permanence des soins est assurément l'un des sujets que les Ehpads maîtrisent le moins bien. Confrontés à un manque de personnels soignants en dehors des heures ouvrables, à un manque de formation de leurs équipes ou encore à des procédures lourdes et inadaptées, les établissements peinent à assurer ce qui est pourtant une de leurs missions. La remise à plat de l'offre de soins autour de Groupements hospitaliers de territoire (GHT) est l'occasion d'améliorer une situation insatisfaisante.



Focus

18 Clubster Santé

Cœur de métier

21 Achats

Les GHT bouleversent la fonction achat

25 Hygiène

Au cœur du métier de l'EHPAD, l'hygiène des résidents

28 Risque

Quels sont les risques professionnels liés aux préconisations d'hygiène dans les établissements ?

30 Soins

Comment assurer le bien-être du résident

32 Hygiène du linge

L'hygiène du linge vu par un fabricant de textile professionnel

34 Hygiène

Mettre en place du cuivre antimicrobien en EHPAD : pourquoi ?



Budget de la CNSA : le GR 31 souhaite une « bonne utilisation » des réserves de la caisse

Le Conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a approuvé, le 12 avril, ses comptes 2015 et un budget rectificatif pour 2016. « Le budget 2015 s'établit à 22,1 Mds €. Il a notamment permis d'allouer 449 M€ supplémentaires aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées et 23,3 M€ supplémentaires aux départements pour compenser leurs dépenses sociales, par rapport à 2014. Il présente un excédent de 303,4 M€ qui s'explique en particulier par la consommation limitée des recettes de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) en raison du vote tardif de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. L'excédent s'ajoute aux réserves de la Caisse qui s'élèvent ainsi, fin 2015, à 744,10 M€ », précise la CNSA. Le budget rectificatif 2016 de la Caisse intègre la nouvelle recette qui remplace la CSG, le montant exact des nouveaux concours que la CNSA versera aux départements en 2016 en application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, une augmentation du montant du plan d'aide à l'investissement (110 M€ au lieu de 100 M€) et quelques dépenses nouvelles.

Lors de ce conseil, le GR31 - qui réunit les associations représentant les personnes âgées, les personnes handicapées et les professionnels qui sont à leur service - fédérations d'établissements et de services médico-sociaux - a présenté une motion visant à s'assurer "de la bonne utilisation" des réserves de la Caisse.

Même s'il est « conscient des difficultés que rencontrent les départements face au financement des politiques sociales et de compensation », le GR 31 a souhaité « une totale transparence sur l'utilisation des aides aux départements ». Il estime que « les besoins de financement des conseils départementaux ne doivent pas être comblés par des ponctions sur les réserves de la CNSA et que des réponses pérennes doivent être mises en œuvre. »

Dans sa motion, le GR 31 a proposé d'utiliser, dès 2016, une partie des réserves de la CNSA issues de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) pour mieux doter le plan d'aide à l'investissement de façon à augmenter le montant des subventions versées aux structures ; renforcer le soutien au secteur de l'aide à domicile et les financements pour le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ; accompagner les établissements et services médico-sociaux dans les réformes de financements (état prévisionnel des recettes et des dépenses) et le passage au nouveau mode de contractualisation (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en remplacement des conventions



tripartites). La motion a été approuvée par les membres du GR 31, les départements, les personnalités qualifiées et certaines organisations syndicales. L'Etat s'est, quant à

lui, abstenu. Paulette Guinchard, présidente de la CNSA, « s'est engagée à relayer ces propositions auprès des ministres concernés ». ②

Loi Santé : le décret sur les GHT publié

Le décret donnant le « coup d'envoi » à la création d'ici au 1er juillet des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) a été publié au Journal Officiel du 29 avril. Instaurés par la loi Santé, les GHT visent à développer une prise en charge « graduée » des patients en mutualisant les moyens des établissements au niveau d'un territoire. Le décret définit « les conditions de création, les modalités de gouvernance de chaque groupement, ainsi que le périmètre de mutualisation des fonctions et activités » relatives au projet médical partagé, résume le ministère des Affaires sociales et de la Santé.

« Il prévoit un déploiement progressif du dispositif », jusqu'en janvier 2021, « pour permettre aux établisse-

ments de construire des projets médicaux sur l'ensemble de leurs activités », ajoute-t-il.

Côté financement, Marisol Touraine, la ministre de la Santé a annoncé la mobilisation de 10 millions d'euros de crédits supplémentaires en 2016 pour accompagner la mise en place des GHT. Pour rappel, chaque GHT sera associé un centre hospitalier universitaire (CHU). Les Ehpad publics pourront participer aux GHT sans que cela ne soit obligatoire. En revanche, les établissements privés, à but lucratif ou non, ne pourront pas être membres des GHT mais pourront intervenir dans le cadre d'un partenariat. ②

Baisse des dotations des EHPAD : l'Etat et les départements se renvoient la balle



Alors que la grogne ne cesse d'enfler dans les établissements suite aux coupes franches décidées par de nombreux conseils départementaux dans les dotations pour l'hébergement des personnes âgées, l'Etat et les départements se renvoient la balle.

Du côté, de l'Assemblée des départements de France (ADF), le coupable de ce marasme financier est tout désigné : c'est l'Etat. « La loi vieillissement du 28 décembre 2015, présentée comme généreuse par le Gouvernement, n'est possible qu'au prix d'un nouvel effort des Conseils départementaux, tant sur le plan financier qu'au sein de leur équipes, qui devront être renforcées », critiquait l'ADF, dans un communiqué en date du 8 mars.

Réponse du berger à la bergère le 29 mars. Lors des Assises nationales des EHPAD à Paris, Pascale Boistard, Secrétaire d'Etat aux Personnes âgées et à l'Autonomie a pointé à son tour un doigt accusateur en direction des conseils départementaux. « Une petite musique est en train de monter selon laquelle le gouvernement imposerait des dépenses supplémentaires aux départements sur l'accompagnement des personnes âgées. Cette agitation,

alors que les départements doivent avoir bouclé leurs budgets dans deux jours, est fausse et s'inscrit dans une posture politicienne. Elle vise à un seul résultat : prendre en otage les plus précaires et les plus fragiles de nos concitoyennes et concitoyens » ? a-t-elle rétorqué. « Cette loi est entièrement financée, elle l'est à hauteur de 700 millions d'euros pour plus de 700.000 bénéficiaires. Alors ne tombons pas dans de basses polémiques et veillons à ce que chacun puisse se saisir des opportunités que cette loi contient dans sa transversalité qui permettra une prise en charge globale du vieillissement de la population. »

Reste à charge en EHPAD : trois résidents sur quatre en difficultés

L'épineuse question du reste à charge en EHPAD n'a pas trouvé sa solution dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Dans une étude intitulée « Dépendance : qui paie quoi ? », la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) se penche sur la part des dépenses qui reste à la charge de ces personnes âgées à domicile comme en EHPAD avant l'entrée en vigueur en 2016 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur en 2016.

Le constat est clair : même avec l'ensemble des aides financières publiques, les résidents en EHPAD doivent mettre la main à la poche pour couvrir une partie des frais de séjour. Un effort encore très important.

Ainsi, au niveau individuel, les frais de séjour s'élèvent en moyenne à 2171€ par mois : 1713€ pour l'hébergement et 458€ pour la dépendance. Les personnes âgées touchent ensuite un montant moyen d'aides (toutes aides confondues, avant prise en compte de l'ASH) de 413€ par mois : 292€ d'APA, 69€ d'aides au logement et 53€ de réduction d'impôt. Le reste à charge moyen

(avant prise en compte de l'ASH) est ainsi de 1758€ par mois. Le reste à charge est en moyenne supérieur aux ressources jusqu'à environ 1800€ de ressources mensuelles. Avant la prise en compte de l'Aide sociale d'hébergement (ASH), trois résidents sur quatre sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes ». Une partie de ces résidents recourt à l'ASH, mais relativement peu (20% en moyenne) par rapport à l'ampleur du phénomène. Une fois décomptés les bénéficiaires de l'ASH, il reste plus d'un résident sur deux dont le reste à charge est supérieur aux ressources « courantes ».

Les principales options possibles alors pour financer ce reste à charge sont la mobilisation du patrimoine ou le financement par la famille ou des proches. Un effort financier à tenir sur la durée puisqu'en moyenne les séjours en établissement durent 3 ans et 4 mois.

Aucune statistique nationale n'est disponible sur le sujet mais le volet institution de l'enquête Capacités, Aides et Ressources des séniors (CARE-I) qui sera réalisée en 2016 devrait apporter de l'information sur ce point.

Seuls 22% des Français préparent financièrement leur perte d'autonomie

Selon une enquête « Argent et entraide familiale : une réalité quotidienne entre les générations ? »* menée par TNS Sofres pour le compte de la Carac, mutuelle d'épargne et de retraite, si 64% des Français interrogés craignent que leurs parents ou grands-parents deviennent dépendants, ils sont encore peu nombreux à en discuter avec leurs proches. Encore 65% n'en ont jamais parlé à leur famille », souligne l'étude. 22% ont commencé à préparer financièrement leur perte d'autonomie (33% des 65/75 ans). Quant à celle de leurs parents, ils sont 13% à déclarer l'avoir préparée. Que ce soit pour soi-même ou bien pour ses parents, l'épargne reste privilégiée comme solution de préparation (60%), loin devant la prévoyance et l'assurance dépendance.

* Etude réalisée auprès de 1000 individus âgés de 18 à 75 ans, ayant au moins 1 enfant, frère, sœur, parent ou grand parent au sein de son cercle familial actuel. Ces individus sont issus d'un échantillon national représentatif de la population française.

Fin de vie : la HAS propose un formulaire pour les directives anticipées

Actuellement, seuls 28 % des résidents en Ehpad disposent de directives anticipées, selon les premiers résultats de l'enquête bientraitance 2015 de l'Anesm. « Rédiger ses directives anticipées et désigner une personne de confiance sont des droits pour tous les citoyens mais ces démarches peuvent être difficiles, en particulier la réflexion et la rédaction de ses directives anticipées », constate la Haute autorité de santé (HAS).

De fait, la HAS met à la disposition des professionnels de santé et du secteur médico-social différents outils pour faciliter à la mise en œuvre de la loi votée en février 2016 qui complète la loi Leonetti de 2005 en apportant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Un modèle de formulaire de directives anticipées est disponible sur le site internet de la HAS. « Toutefois, « ce formulaire ne préjuge pas du décret d'application de la loi du 2 février 2016 Leonetti-Claeys sur lequel la HAS sera appelée à rendre un avis », ajoute la Haute autorité. Les directives anticipées s'inscrivent « dans une démarche partagée avec le patient où le dialogue et l'écoute sont essentiels ». La possibilité de leur rédaction doit être abordée lorsqu'une « relation de confiance » est établie. Pour accompagner les professionnels de santé et du secteur médical-social dans cette démarche, la HAS propose un document qui formule des propositions sur la manière d'aborder le sujet. »



Les ASH en EHPAD ne peuvent pas distribuer les médicaments

La Cour administrative d'appel de Nantes stipule, dans un arrêt en date du 22 mars, que l'administration des médicaments ne peut pas être assurée par des agents de service hospitalier (ASH) en EHPAD et en USLD.

Un protocole interne de distribution des médicaments au sein du centre hospitalier spécialisé de Blain était contesté par le syndicat CGT au motif, notamment, qu'il permettait aux ASH de participer à la distribution des médicaments au sein de l'Ehpad et de l'unité de séjour de longue durée du même hôpital.

Dans son arrêt, la cour administrative d'appel de Nantes cite l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, qui indique que l'administration des médicaments est effectuée par du personnel appartenant aux catégories définies réglementairement comme autorisées à administrer des médicaments. Les ASH ne figurent pas dans les catégories d'agents susceptibles de collaborer avec les infirmiers et sous leur responsabilité pour l'administration des médicaments.

Elle cite aussi l'article 4 du décret du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des

agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière : « Les agents des services hospitaliers qualifiés sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Ils effectuent également les travaux que nécessite la prophylaxie des maladies contagieuses et assurent, à ce titre, la désinfection des locaux, des vêtements et du matériel et concourent au maintien de l'hygiène hospitalière. »

Au vu de ces deux textes, la distribution et l'administration des médicaments relèvent de la compétence des infirmiers. Ces derniers peuvent toutefois, notamment en Ehpad, collaborer avec des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture ou des aides médico-psychologiques, en les encadrant et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Les agents des services hospitaliers qualifiés ne figurent pas dans les catégories d'agents susceptibles de collaborer avec les infirmiers pour l'administration des médicaments. »

Arrêt de la cour administrative d'appel de Nantes n°14NT01525 du 22 mars 2016

Un dispositif de vidéo-vigilance diminue le taux de chutes graves en EHPAD de 47%

Le Professeur Thierry Dantoine, responsable de la Chaire « Prévention de la perte d'autonomie des personnes sur leur lieu de vie » de l'Université de Limoges, appuyé par le groupe Institut du Bien vieillir – Korian, a mené un Programme Hospitalier de Recherche Clinique évaluant les impacts des chutes des personnes âgées, s'appuyant sur le dispositif de vidéo-vigilance EDAO développé par Link Care Services.

L'étude expérimentale a été menée au sein de deux unités Alzheimer (Limoges, Brive) auprès de deux groupes parallèles : l'un équipé du dispositif de vidéo-vigilance EDAO, l'autre non. Des capteurs optiques, installés dans les chambres des patients équipés permettent de détecter des situations à risque. L'alerte, envoyée sur un logiciel est soumise à un opérateur qui après analyse, est en mesure de prévenir et d'aider le personnel soignant à prendre le patient rapidement en charge.

Une économie potentielle de 72 millions € / an

L'étude menée par le professeur Dantoine révèle qu'une personne sur trois, âgée de plus de 65 ans, est victime d'une à plusieurs chutes/an et évalue le nombre de chutes par résident en EHPAD à 2/an en moyenne.

Alors que la moitié des chutes nocturnes ne sont pas dépistées en EHPAD, le dispositif de vidéo-vigilance permet de diminuer le taux de chutes graves de 47% et de réaliser une économie potentielle de 72 millions €/an pour l'ensemble des lits d'EHPAD (sur une base de 590 000 lits d'EHPAD en France). Selon l'étude, le déploiement des dispositifs dans les structures sanitaires et médico-sociales permettrait donc non seulement de rassurer les familles des patients, mais également d'aider la prise en charge des patients par le personnel soignant. »

Hygiène des locaux : pour un « usage raisonné des détergents »

Le réseau national des centres de coordination et des antennes régionales de la lutte contre les infections nosocomiales (Cclin-Arlin) souhaite sensibiliser l'ensemble des établissements médico-sociaux (EMS) à l'« usage raisonné des détergents et des désinfectants pour l'entretien des locaux en EMS (hors épidémie) »

« A ce jour, la pratique de l'entretien des locaux fait appel à des méthodes et des produits visant la désinfection. Ces produits ont pour inconvénient de s'accumuler en couches

successives (chimio film et biofilm) ce qui devient un obstacle à la propreté et à l'hygiène. De plus l'impact sur l'environnement à travers les égouts se mesure dans le réseau d'assainissement.

La désinfection des surfaces n'a qu'un effet très court ne dépassant pas deux heures sur la charge bactérienne de la surface traitée », souligne le réseau dans son dernier bulletin d'information. S'appuyant sur un programme mené dans le Var, depuis plusieurs années, auprès de

plus de 60 établissements sanitaires et médico-sociaux, le réseau Cclin-Arlin encourage les solutions alternatives et l'utilisation raisonnée produits d'entretien des locaux. Cette démarche doit faire l'objet d'une étude.

La première phase consistera à sensibiliser les responsables des établissements et à les informer sur les risques des produits d'entretien avant de passer à la deuxième phase pratique portant sur l'apprentissage des différentes méthodes de nettoyage.

En parallèle, des indicateurs de suivi accompagneront cette initiative. ➔



La FCES devient la Fondation « Partage et Vie »

L'un des plus gros leaders du secteur associatif des EHPAD change de nom.

La Fondation Caisses d'Épargne pour la Solidarité (FCES) qui gère 91 établissements dont 83 EHPAD et 8 EHPAD est devenue le 21 avril la Fondation « Partage et Vie. » ➔

Les 50 derniers dispositifs MAIA seront déployés en 2016

Fin 2015, 302 dispositifs MAIA ont été recensés sur le territoire national. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a lancé un processus d'évaluation des dispositifs MAIA fin décembre 2015.

Pour rappel, depuis la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), l'acronyme MAIA signifie Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie". Pour 2016, 50 derniers dispositifs ont vocation à être financés pour achever le maillage du territoire national conformément au Plan "maladies neurodégénératives (PMND)" 2014-2019. Une instruction du ministère des Affaires sociales et de la Santé et la CNSA, publiée le 26 avril, précise aux Agences régionales de santé (ARS) les modalités du déploiement et du financement de ces nou-

velles MAIA. Concrètement, 4,5 millions d'euros issus du fonds d'intervention régional (FIR) sont alloués aux Agences régionales de santé (ARS), soit 90 000 euros (€) au titre de chaque Maia. Cette enveloppe correspond à un financement du pilotage sur six mois (50 000 €) et de la gestion de cas sur quatre mois (40 000 €). L'annexe 1 de l'instruction détaille la répartition par région de ces futurs dispositifs. L'annexe 2 liste les pièces constitutives du dossier de candidature et le dossier de financement. ➔

Instruction N° DGCS/SD3A/DGOS/CNSA/2016/124 du 18 avril 2016 de Nantes n°14NT01525 du 22 mars 2016

Diane Battista



16^e Congrès

Maisons
de retraite privées
Résidences services
Aide à domicile



2 & 3
JUN 2016



Corum
de *Montpellier*





Mme Pascale Boistard

Pour la Secrétaire D'État auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement se met en œuvre progressivement. De nombreuses évolutions sont attendues pour les EHPAD et "portent sur les différents champs essentiels pour les résidents ainsi que pour les gestionnaires".

“ C'est une loi d'avenir, la France doit être fière d'être à l'avant-garde sur le sujet, fière d'être la nation solidaire qu'elle est. ”

Quelles ont été, à votre prise de fonction, vos premières impressions ?

► **Pascale Boistard** : J'ai surtout été très honorée de la nature de la mission qui m'a été confiée. La mise en œuvre d'une loi fondamentale pour la préparation de l'avenir est toujours un défi passionnant quand on est membre d'un gouvernement. Cette loi est une réussite. Une réussite dans sa préparation, une réussite dans l'adhésion très large qu'elle a suscitée lors de son vote, et une réussite dans sa mise en œuvre, que nous réalisons en ce moment.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement est une première loi, qui va en appeler d'autres, pour relever le défi démographique auquel nous sommes désormais confrontés. La volonté politique a trop longtemps manqué sur ce sujet du vieillissement de la population. Le gouvernement auquel j'appartiens a su mettre en œuvre la dynamique nécessaire pour que la loi se fasse, se construise collectivement avec tous les acteurs concernés, dans un esprit volontaire et consensuel, sous l'égide de Michèle Delaunay dont l'action doit être saluée. Il est temps désormais de passer aux actes !

Ma méthode a toujours été la co-construction et ce, quelles que soient mes responsabilités. C'est une méthode fondée sur une écoute permanente. Ecouter ne signifie cependant pas répondre à toutes les attentes car il y a aussi un principe de réalité.

Quelques mois après la promulgation de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, pouvez-vous me donner son calendrier détaillé d'application ?

► **P.B.** : Une dizaine de textes ont déjà été publiés et la quasi-totalité des textes seront publiés avant le 1^{er} juillet 2016.

La loi se met en œuvre. Trois mois et demi après la promulgation de la loi, tous les textes sur la compensa-

tion financière ont été publiés, les départements ont reçu fin mars et début avril les financements prévus, qui représentent un effort financier considérable, au service d'une grande priorité ; avec les départements, les fédérations, toutes les administrations de l'Etat sont en ordre de marche, dans les territoires. Il y a naturellement des discussions dans la mise en œuvre, en particulier avec les Départements, mais on ne peut pas parler de réelles difficultés, on est dans le cours normal des choses en démocratie. Cette loi a fait consensus, c'est le produit d'une co-construction, d'une large discussion avec tous les acteurs concernés. Nous utilisons la même méthode dans sa mise en œuvre. L'ambiance est très apaisée sur le sujet.

Je rappelle que l'ensemble des mesures contenues dans la loi, qui représente 700 millions d'euros par an, dont 453.6 millions pour la seule revalorisation de l'APA à domicile, sont entièrement financées par l'Etat.

En outre, une enveloppe de 25 millions a été débloquée pour venir en appui du secteur de l'aide à domicile. Une instruction du 8 février 2016 et un arrêté du 7 mars dernier sont venus préciser les modalités de mise en œuvre de cette aide, dans un calendrier serré. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile avaient jusqu'au 8 avril pour adresser leur demande aux ARS (Agences régionales de santé). Ces dernières ont jusqu'au 31 mai 2016 pour instruire les dossiers. Dès transmission de la liste des services retenus, la CNSA déléguera alors sans délai la première tranche des crédits de paiement permettant la signature avec les SAAD des conventions de retour à l'équilibre. Vous le voyez, nous faisons vivre cette loi sur le terrain. La loi était attendue, l'enthousiasme est là.

Le temps politique est à la fois un temps long pour faire face au défi démographique et à l'évolution des attentes, et un temps court pour mettre en œuvre...



La réforme de la tarification des EHPAD substitue le contrat d'objectif pluriannuel et de moyens (CPOM) à la convention tripartite. Qu'en attendez-vous ?

► **P. B.** : Il s'agit de rester dans la philosophie d'un contrat type qui reste adaptable localement pour tenir compte des spécificités locales. L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) travaille sur l'appui aux ARS dans le déploiement des CPOM médico-sociaux. En pratique, elle va produire un kit d'accompagnement en direction de l'ensemble des acteurs (ARS/CD/OG) pour s'engager dans un CPOM. Au-delà de l'outil, c'est de l'acculturation dont ont besoin l'ensemble des co-contractants (ARS/CD/OG).

Et d'une manière plus générale, pouvez-vous nous indiquer la méthodologie et le calendrier de la réforme tarifaire. Par exemple, les modalités du passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance, présentation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, etc...

► **P. B.** : Des travaux ont été engagés à partir du mois de janvier 2016 pour élaborer les textes d'application sur la réforme des règles d'allocation de ressources des EHPAD. Un « groupe contact » a été mis en place immédiatement afin d'informer régulièrement les fédérations représentant les usagers et les gestionnaires des établissements sur l'état d'avancement des travaux. Les premières versions des textes attendus ont été présentées au groupe contact le 5 avril dernier ; beaucoup d'acteurs ont salué la qualité du travail proposé ainsi que les conditions dans lesquelles la concertation se déroule. J'ai en effet à cœur de donner le temps à la discussion sur cette réforme qui va profondément remodeler les règles de tarification et de contractualisation des EHPAD.

Les fédérations participent désormais à des groupes techniques permettant d'examiner dans le détail ces propositions, avec les représentants de mon ministère, les agences régionales de santé mais aussi les conseils départementaux, qui ont répondu présents. Notre objectif est d'aboutir à des versions équilibrées pour une transmission au Conseil d'Etat en juin ; les textes devraient être publiés à l'automne pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2017.

J'aimerais rappeler les grands objectifs de cette réforme, qui peut paraître très technique au premier abord.

Son objectif premier est simple : il s'agit de renforcer la qualité de la prise en charge des résidents des EHPAD.

Aujourd'hui, il existe une référence de financement – ce que les spécialistes appellent « l'équation tarifaire des EHPAD », calculée en fonction des besoins en soins des résidents – qui a été érigée en « plafond de financement » : la plupart des établissements sont en dessous de ce plafond. Par cette réforme, je vais assurer que l'ensemble des établissements parviendront à ce plafond à l'issue d'une période de montée en charge. Les EHPAD pourront aussi percevoir des dotations complémentaires destinées à financer des actions de coordination des parcours, des actions de prévention en santé, ou encore des démarches de renforcement des compétences professionnelles et d'amélioration des conditions de travail dans les EHPAD.

La réforme que je conduis rénovera aussi profondément la relation entre les établissements et les autorités de tarification. Elle sera basée sur une logique d'autonomie et de responsabilisation des gestionnaires d'établissements, dans un cadre de confiance posé dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Les CPOM remplaceront progressivement les anciennes conventions tripartites : ils retraceront les engagements réciproques des autorités de tarification et des établissements pour cinq ans. C'est une forme de mandat négocié : l'établissement aura sa feuille de route et devra rendre compte aux financeurs publics sur les objectifs atteints, mais il aura plus de marges de manœuvre, notamment dans ses choix budgétaires, pour les atteindre.

Comment entendez-vous ramener à la table des négociations l'ADF, qui ne participe pas aux travaux ?

► **P. B.** : La loi a remis le Conseil Départemental au cœur du pilotage de l'action sociale et de la structuration de l'offre sur son territoire, avec l'unification du régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Il doit s'en saisir. Comme vous le savez, nos partenaires principaux pour la mise en œuvre sont les départements. J'ai à cœur d'écouter tous les acteurs et j'écouterai donc les départements. J'en connais les disparités, je connais leurs contraintes, j'ai à l'esprit les politiques différenciées que les départements mènent chacun sur leur territoire, mais je sais aussi que nous pouvons compter sur la grande compétence de leurs élus et de leurs administrations. Nous comptons travailler en partenariat très étroit avec les départements : ils ont un savoir-faire et une expertise reconnus et issus du terrain.

J'aimerais que ce soit en bonne intelligence même s'il y a, on le sait, des sujets en discussion. J'aimerais que ces discussions ne viennent pas impacter la mise en

œuvre de la loi. Nous devons tous avoir à l'esprit les bénéficiaires de la loi, au premier rang desquels les 700 000 bénéficiaires de l'APA à domicile, et les plus de 4 millions d'aïdantes et d'aïdants de personnes âgées, qui attendent avec impatience la mise en place du droit au répit. Tout le monde est appelé à ses responsabilités. J'ai confiance dans tous nos partenaires. Osons le terme, la démarche pour la construction de la loi et sa mise en place relève de la lettre et de l'esprit de la démocratie participative. C'est grâce à cette démarche qu'on répondra au mieux aux attentes des personnes âgées. Cette démarche a permis un vote très large de la loi. Aujourd'hui les départements grâce aux compétences qui relèvent de leur seul périmètre, doivent mettre en œuvre cette manne supplémentaire qui apporte aux personnes âgées un bol d'air financier. Concrètement, pour un plan d'aide actuellement au plafond, la réforme de l'APA permettra d'accorder jusqu'à une heure d'aide à domicile supplémentaire par jour pour les personnes les plus dépendantes ou une heure par semaine pour les personnes avec une perte d'autonomie.

Quelles sont vos priorités en matière de bientraitance ?

► **P. B.** : La loi ASV conduit non seulement à un changement de regard sur nos aînés, mais permet aussi de pérenniser des ambitions de transformation et d'adaptation de notre société pour bien et mieux vieillir. Il faut le dire et le répéter. C'est l'ensemble de la société à travers cette loi qui est appelé à plus de bienveillance.

Dans la loi, nous améliorons le dispositif de protection juridique des majeurs qui vise à améliorer la protection et les droits des personnes et nous mettons en place un dispositif de signalement. Par ailleurs, l'article 28 de la loi porte sur l'encadrement des dons et legs aux intervenants à domicile.

Sur la bientraitance au sens propre du terme, ce doit être le souci de l'ensemble des professionnels, de tous les acteurs du vieillissement, des familles.

La bientraitance, c'est un combat collectif. Il a tout d'abord consisté à ouvrir les yeux de notre société, pour quelle change de regard. C'est fondamental, car cela implique non seulement une prise de conscience, mais aussi des changements de comportements, de manière d'être. L'ambition collective que nous devons porter doit être claire : qu'en lieu et place de l'indifférence, voire de l'hostilité, s'installent peu à peu la bienveillance et le respect. C'est la condition sine qua non pour que chacun se sente considéré comme un égal, dans le regard de l'autre.

Et c'est seulement parce que la maltraitance a été reconnue comme un fait social, parce que nous avons nommé le mal, qu'il a été possible d'envisager de le combattre. Ce thème de la maltraitance est malheureusement encore trop frappé par le tabou. Si cela peut scandaliser, nous savons aussi que c'est parce qu'il soulève des questions embarrassantes, des questions désagréables pour la société toute entière.

La politique en faveur des personnes âgées est d'abord et avant tout une politique humaine : nous ne pouvons tolérer les atteintes à l'humanité d'autrui que constituent les actes de maltraitance.

La maltraitance est une réalité difficile à cerner, difficile à chiffrer. Les données dont nous disposons en la matière sont lacunaires, notamment en l'absence regrettable d'une nomenclature nationale partagée par tous les acteurs.

Nous devons, face au silence qui entoure encore le phénomène, accueillir les données qui nous sont remontées, poser des diagnostics, proposer des analyses, et nous engager dans des actes. Il faut considérer avec beaucoup d'attention les « signalements » qui remontent du terrain et qui témoignent d'une vigilance et d'une prise de conscience par les structures et les professionnels qui révèlent ces situations. Mais il faut également les soutenir et les accompagner dans leur démarche, et se méfier bien davantage des lieux où il ne se passe apparemment jamais rien de fâcheux...

Parler de maltraitance c'est, malheureusement, en parler au présent.

Dire cela, ce n'est pas faire preuve de méfiance envers les acteurs, les opérateurs, les professionnels, ou les familles. Dire cela, ce n'est pas regretter la faiblesse de notre marge d'action. Mais bien au contraire affirmer que nous devons être au rendez-vous des promesses que nous voulons faire aux plus vulnérables de nos citoyens.

Toutes et tous, nous devons être parties prenantes de la construction d'une véritable politique de bientraitance, qui engage certes les politiques, bien sûr les acteurs publics, mais aussi les associations, leurs partenaires, et évidemment et avant tout, les personnes elles-mêmes, leurs familles, premières concernées et touchées par le phénomène.

De nombreux travaux ont été engagés par les pouvoirs publics, notamment dans le cadre du Comité National Bientraitance et Droits des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ce comité est issu d'une réflexion résolument transversale, qui concerne toutes les personnes adultes vulnérables, en établissement ou à domicile, accom-



pagnées par des professionnels ou vivant seules et autonomes dans la cité.

Il signe le besoin déjà reconnu que les problématiques des personnes vulnérables soient pensées et traitées de manière décloisonnée, parce que, en la matière, l'on n'a pas des besoins si différents à l'hôpital ou à domicile. Mais ce qui domine, c'est le besoin de faire prévaloir les aspirations d'une vie, et les droits à une identité citoyenneté. Parce que l'aspiration au respect de la dignité ne souffre aucune catégorie, et qu'elle les dépasse toutes.

Les adultes vulnérables méritent une véritable politique publique à la hauteur des enjeux. Car l'on ne peut pas simplement dire, par exemple, que les personnes peuvent avoir le choix du domicile, sans les accompagner si elles en ont besoin, veiller à ce qu'elles aient auprès d'elle la présence nécessaire, ni imposée, ni sécuritaire... mais simplement la présence nécessaire, comme elle est souhaitée, là où elle est souhaitée. Pour soigner, pour écouter, pour accompagner, pour soutenir. Tout en respectant leurs choix, leur vo-

lonté, leur liberté. C'est une question centrale, à la fois politique et humaine pour nos sociétés occidentales. A chacune et chacun de prendre ses responsabilités.

La pire forme de maltraitance n'est pas toujours celle que l'on croit, celle des cris, des coups et des soins forcés. C'est aussi l'indifférence. Contre cette maltraitance-là, c'est de l'engagement de toutes et de tous dont nous avons besoin. Nous devons construire cette République du respect, qui prend en compte chaque citoyen, chaque citoyenne, quels que soient son âge et sa condition sociale.

Nous le savons : on reconnaît le degré d'humanité d'une société à la place qu'elle accorde aux plus fragiles, à sa capacité à inclure chacune et chacun.

Très concrètement, il faut former toutes celles et ceux qui sont amenés à recevoir la parole de cette violence. Et surtout ne pas laisser tous les protagonistes de cette problématique sans interlocuteur identifié. Cette thématique est centrale, elle sera au cœur de mon action.



2016 sera-t-elle l'année du démarrage du PMND ?

► **P. B. :** Le PMND (plan maladies neuro dégénératives) court sur les années 2014-2019. Il comprend 96 mesures. En pratique, il s'inscrit dans la suite du plan Alzheimer (2008-2012) et étend une partie des mesures du plan Alzheimer à un public plus large que les seules personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : des pathologies neurodégénératives ayant plusieurs caractéristiques communes, telles que Huntington, parkinson, Sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaque.

Pour les mesures concernant le secteur social et médico-social, concrètement, sur le domicile, on étend les MAIA, les « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer », qui se dénomment désormais « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie », à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie. Il faut les comprendre comme des guichets uniques, à l'image des MDPH, pour les personnes âgées. Nous créons une centaine de MAIA.

Par ailleurs, nous poursuivons le développement des ESA, « équipes spécialisées Alzheimer ». Ce sont des équipes constituées à partir de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui interviennent auprès de la personne et de son entourage, avec un ergothérapeute ou psychomotricien et des assistants de soins en gérontologie (nouvelle spécialisation créée par le plan Alzheimer pour les AS et AMP). La création de 74 ESA est prévue.

Au-delà, nous prévoyons de créer des « SSIAD de référence » par territoire ; on expérimente la mobilisation d'un temps de psychologue en SSIAD ; on poursuit la mise en place de plateformes de répit, 65 sont ainsi

prévues ; on continue les actions en direction des aidants. Sur les EHPAD, nous poursuivons la création de PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) et UHR (unité d'hébergement renforcée) en EHPAD, en adaptant le cahier des charges.

Peut-on dire que le vieillissement de notre pays est aussi un atout pour le pays ?

► **P. B. :** Naturellement. C'est par ailleurs un fait social inéluctable. Faire de la politique, c'est avant tout transformer tout ce qui peut apparaître comme un problème en un atout, des opportunités. C'est même à ça qu'on reconnaît les pays ambitieux, les démocraties efficaces. La transition démographique est un formidable défi que l'histoire a placé devant nous. C'est d'ailleurs pour cela que la loi ASV est là. Une première étape qui en appellera d'autres. Nous devons passer par une loi, un processus est enclenché au sein de toute la société qui permet à la France d'organiser la transition démographique.

En 2050, un tiers de la population aura plus de 60 ans, 5 millions de nos concitoyennes et concitoyens auront plus de 85 ans. C'est la première fois dans l'histoire de l'humanité que les sociétés humaines auront une telle répartition des âges en leur sein.

C'est une excellente nouvelle en soi, et nous devons nous y préparer pour éviter une crise du vieillissement. C'est une loi d'avenir, la France doit être fière d'être à l'avant-garde sur le sujet, fière d'être la nation solidaire qu'elle est.

Prenons l'exemple de la silver économie. Le contrat de filière de la silver économie a été signé dès le 12 janvier 2013 et aujourd'hui nous réussissons à transformer une donnée démographique en levier de croissance.

La Silver économie est une des réponses au bien vieillir. Les entreprises, starts up, associations, ont un rôle de premier plan à jouer et nous les soutenons pleinement. C'est pour cela que le gouvernement a pris un certain nombre de mesures, afin de faciliter le développement de cette économie. De manière positive et constructive. Car l'ambition, que nous partageons est de structurer une industrie de pointe du vieillissement en France. Le développement de cette économie, nous le savons, créera de l'emploi. Et développera de nouveaux domaines, de nouvelles compétences, de nouveaux métiers. Mais cette économie ne sera véritablement efficace qu'à la condition de ne pas oublier cette valeur fondamentale, à mettre au centre de toutes nos actions, de toutes nos motivations : celle de l'humain, dans le respect permanent de la dignité et de l'autonomie.

Avez-vous un message pour les directeurs d'EHPAD et leurs équipes ?

► **P. B. :** Déjà leur dire tout mon soutien et l'admiration que suscite leur engagement au quotidien. Par ailleurs, avec la loi, des évolutions sont attendues en ce qui concerne les Ehpads. Elles sont nombreuses et portent sur différents champs essentiels pour les résidents ainsi que pour les gestionnaires. Je souhaite mentionner en tout premier lieu le renforcement des droits des résidents, avec l'introduction de la personne de confiance, la recherche du consentement, l'exercice de la liberté d'aller et venir, dans le respect de l'intégrité et de la sécurité des personnes. Le reste à charge est une dimension importante pour les usagers que la loi traite sous l'angle de la transparence et de l'encadrement des tarifs. Le décret relatif aux prestations minimales d'hébergement du 30 décembre 2015 permet aux familles de connaître et de comparer les prix, d'autant plus facilement qu'ils seront affichés sur le site gouvernemental d'information « pour-les-personnes-agees.gouv.fr » dès la fin de l'année. Ce site, lancé en juin 2015 par Marisol touraine, rencontre un vif succès et permet d'ores et déjà aux internautes de simuler leur reste à charges en connaissant le montant des aides dont ils peuvent bénéficier. Enfin, et je sais que c'est une réforme attendue par le secteur depuis de nombreuses années, la contractualisation et la tarification sont revues en profondeur dans cette loi. Contractualisation pour une modernisation des rapports entre gestionnaires et autorités, basés sur une négociation stratégique, et tarification prenant en compte le profil des résidents accueillis et les spécificités de chaque établissement sont les deux piliers de cette réforme. Le décret, auxquelles les fédérations sont associées, est en cours de rédaction. 🗨

Propos recueillis par Virginie Tasso





Permanence des soins en Ehpad

Le moment de mieux faire

La permanence des soins est assurément l'un des sujets que les Ehpad maîtrisent le moins bien. Confrontés à un manque de personnels soignants en dehors des heures ouvrables, à un manque de formation de leurs équipes ou encore à des procédures lourdes et inadaptées, les établissements peinent à assurer ce qui est pourtant une de leurs missions. La remise à plat de l'offre de soins autour de Groupements hospitaliers de territoire (GHT) est l'occasion d'améliorer une situation insatisfaisante

Dossier réalisé par Alexandre Terrini, agence Presse infos +



La permanence des soins est définie par la Haute autorité de santé (HAS) comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant ». Il s'agit d'une mission de service public reconnue comme telle par la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Cette approche n'a pas été remise en cause par la loi de modernisation notre système de santé du 26 janvier 2016. Elle est assurée soit directement par les établissements de santé (Permanence des soins en établissements

de santé - PDES), soit par les médecins libéraux en collaboration avec lesdits établissements de santé (Permanence des soins ambulatoires - PDSA). Elle fait partie des sujets que doivent gérer les nouveaux GHT (Groupements hospitaliers de territoire) ainsi que les professionnels de santé libéraux renforcés en cela par les nouvelles Communautés professionnelles de territoriale de santé, elles aussi instaurées par la Loi de santé.

La PDSA, précisée par l'article L. 6314-1 du Code de la santé publique, concerne la prise en charge des soins non programmés, ne relevant pas d'urgences vitales, pendant les périodes de fermeture des cabinets médicaux et des centres de santé (nuit, week-end, jours fériés et certains ponts). Elles est assurée, en collaboration avec les établissements de santé,

par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans des cabinets, conventionnés ou non, dans des centres de santé ou appartenant à des associations de permanence des soins.

▶ Des dysfonctionnements prégnants

Les équipes des Ehpads le savent, la PDSA est un sujet rarement bien géré au sein de leur établissement. Mais ce n'est pas le seul endroit. Le « Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des Soins », présenté par Catherine Lemorton, le 3 juin 2015, devant la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale pointait déjà le fait que « le dispositif de la PDSA manque de clarté et sert trop souvent de variable d'ajustement des déficiences d'organisation des autres systèmes sanitaires. (...) S'il a été souvent dit que la PDSA permettrait de réduire l'afflux des patients aux urgences des hôpitaux, cette assertion n'est pas avérée. » Les équipes des Ehpads sont elles-mêmes confrontées aux contreperformances de la PDSA. L'accès aux soins des résidents en nuit profonde et les week-ends s'avère en effet très souvent problématique avec comme seule alternative temporiser jusqu'à la prochaine période ouvrable ou bien être admis dans un service d'urgence à l'hôpital.

Parmi les nombreux dysfonctionnements de la PDSA - un pilotage défaillant, une obligation collective trop dépendante du volontariat individuel, une organisation de la régulation téléphonique perfectible, une évolution préoccupante des dépenses - dont pâtit la permanence des soins, figure le maintien de fortes disparités. Inégalités territoriales inhérentes à l'accès aux soins ambulatoires et à la PDSA, bien sûr ; inégalités sociales (précarité) aussi ; enfin, inégalités propres à certaines déficiences spécifiques, notamment celles des patients en Ehpads.

▶ Des raisons multiples

Si la législation relative aux Ehpads impose aux établissements de se doter d'un médecin coordonnateur, assurer la PDSA ne fait pas partie de ses missions. Les Ehpads n'ont également aucune obligation de désigner des personnels médicaux (médecin ou infirmier) d'astreinte. Pareil déficit explique que, nécessité faisant loi, les résidents soient dirigés aux urgences en cas... d'urgence. CQFD. D'autant que l'accès des médecins de garde aux établissements pâtit de pesanteurs procéd-

dures. Pour qu'ils puissent intervenir dans les murs d'un établissement au même titre que le médecin traitant des résidents, ils doivent en effet avoir préalablement signé une convention avec lui.

Comme le rappelait le rapport parlementaire, outre l'absence ou, au mieux, le manque de personnels soignants pendant les gardes nocturnes dans beaucoup d'Ehpad, il apparaît, que « *l'absence d'information comme l'absence de formation [...] ne facilitent pas la prise en charge de patients vulnérables et se traduit le plus souvent par des appels répétés au centre 15* ». Le rapport pointait également le défaut ou, à tout le moins, l'insuffisance d'anticipation des situations de crise qui impactent l'état de santé des résidents. La dimension logistique est aussi un élément ne pas négliger. A cet égard, « *les médecins libéraux sont encore trop individualistes et ne perçoivent pas toujours l'utilité de disposer de système de messagerie sécurisée par laquelle ils peuvent recevoir des informations médicales relatives au traitement de leurs patients par un autre confrère à l'occasion d'une urgence ou lors d'un séjour à l'hôpital* », déplorait le rapport. Avec, à la clef, des « *problèmes très fréquents pour les résidents en maison de retraite mais aussi pour les réseaux de soins palliatifs à domicile et, plus largement, pour les structures d'hospitalisation à domicile* ». Le rapport reprochait également aux médecins traitants, toujours eux, de ne pas être joignables aux moments critiques. Si bien que les actes de plus en plus techniques qui doivent être réalisés au domicile ou au sein de l'Ehpad ne peuvent l'être, ce qui conduit une fois de plus à des transferts - fort coûteux et périlleux - aux services des urgences et à une perte de chances pour les patients.

Le défi à relever est donc important et complexe d'autant qu'il implique de nombreux acteurs. Les équipes des Ehpad ont leur rôle à jouer. L'avènement des nouvelles approches territoriales de l'organisation des soins par la loi du 26 janvier 2016 peut être une occasion de se ressaisir du sujet. Au plus grand profit des résidents. ➔

Les ARS à la baguette

L'article L.1435-5 du Code de la santé publique stipule que les Agences régionales de santé sont compétentes pour organiser la permanence des soins au regard des besoins de la population, mais aussi de l'organisation et de la démographie des médecins dans le ressort territorial de chaque ARS. En clair, en association avec les représentants professionnels de santé concernés. Le tout est formalisé dans un cahier des charges qui doit s'inscrire dans le Schéma régional d'organisation des soins (Sros). Toujours d'après le Code de la santé publique (article R.6315-6), le cahier des charges a vocation à préciser « *l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation* ». Il décline également l'organisation de la régulation des appels ainsi que les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins propres à chaque département.

A noter, enfin, que le financement de la PDSA est assuré à la fois par le Fonds d'intervention régional (Fir) (rémunération des forfaits «astreinte et régulation», aides versées aux maisons médicales de garde, à la régulation libérale etc.) et le champ conventionnel (honoraires, consultations et visites, mais aussi de majorations d'actes de la PDSA). ➔



MANAGEMENT DES STRUCTURES D'ACTION SOCIALE ET DE SANTÉ

Mastère Spécialisé en formation continue
Niveau 1 RNCP

ANTICIPEZ LES ÉVOLUTIONS DU SECTEUR
POUR GARANTIR LA PERFORMANCE ET
LA QUALITÉ DE VOS STRUCTURES.

DÉVELOPPEZ VOS COMPÉTENCES
STRATÉGIQUES ET OPÉRATIONNELLES.

- I Éligibilité CPF
- I A temps partiel
- I En partenariat avec les IRTS PACA - CORSE et AQUITAINE
- I Animée et reconnue par les professionnels depuis 20 ans
- I Accompagnement personnalisé à la prise de fonction (développement personnel) et au projet professionnel

PROCHAINES RENTRÉES

Campus de Marseille : **Rentrée 2017**

Campus Bordeaux : **Septembre 2016**

CONTACTS

Bordeaux

adeline.ducuing@kedgebs.com

05 56 84 22 26

Marseille

emma.chenier@kedgebs.com

04 91 82 79 11



kedgebs.com/formationcontinue

Alors que faire ?



Les carences de la permanence des soins en Ehpap appellent évidemment des solutions. En particulier miser tout à la fois sur les nouvelles organisations territoriales et les dispositifs innovants, la HAD ou encore sur les médecins coordonnateurs. Il n'y a plus qu'à...

Anticipation et coordination : tels sont donc les maîtres mots pour rendre la permanence des soins plus effective et performant en Ehpap. Autrement dit, comme le préconisait le « *Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins* », « *agir sur l'aval de l'offre de soins* ». Autre leitmotiv : « *proposer des solutions innovantes pour la prise en charge des demandes de soins non programmées pour les patients* » en Ehpap. Et ce, à l'heure où leur nombre tend à se multiplier dans des zones marquées par une désertification médicale accrue et où la Permanence des soins ambulatoires (PDSA) est assurée en des lieux fixes. Afin de remédier à ces carences, les auteurs du rapport prônaient une vision globale consistant à re-placer la permanence des soins des résidents dans

le cadre du parcours de soins de personnes âgées, en particulier du dispositif Paerpa (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie). Ce dernier prévoit la mise en place d'une coordination clinique de proximité associant les professionnels de santé qui interviennent auprès des patients de plus de 75 ans, mais également d'une coordination territoriale d'appui afin que les personnels de soins des Ehpap puissent se référer à un réseau de correspondants dans les établissements sanitaires environnants. Plus précisément, le dispositif Paerpa impacte directement les Ehpap en matière de PDSA. Ils sont en effet censés prévoir une astreinte aux heures de la PDSA afin que les résidents puissent être pris en charge par un infirmier.

Les médecins veulent des infirmières de nuit

Dans son « *Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2014* », le Conseil national de l'ordre des médecins confirmait tout d'abord que la prise en charge des patients résidant en Ehpad est assurée par les médecins de garde dans la majeure partie des départements.

Et le Conseil de l'ordre d'énoncer trois garanties impératives dans le cadre de la prise en charge des patients résidant en Ehpad par des dispositifs de permanence des soins :

- la régulation des demandes de soins ;
- la nécessité d'un interlocuteur médical et/ou infirmier identifié dans l'Ehpad ;
- enfin, l'accessibilité aux dossiers médicaux des résidents.

Des préalables qui, selon l'Ordre, sont, dans l'ensemble, loin d'être satisfaits. « *Avec la généralisation de l'arrêt des gardes en nuit profonde, la place importante des points fixes de garde et la présence limitée d'effecteurs mobiles, la prise en charge des résidents des Ehpad devient de plus en plus problématique* », déplore le Conseil de l'Ordre. Conséquences : « *Dans certains départements, le transport en ambulance vers un service d'accueil des urgences est la seule solution disponible. Ailleurs, quand c'est possible, le transport du résident vers un lieu d'effectif fixe est envisagé.* »

Si la télé-médecine est l'un des outils à privilégier pour faciliter la permanence des soins en Ehpad, les médecins plaident surtout pour la présence d'infirmières de nuit dans les Ehpad, laquelle « *facilite la mission des médecins régulateurs et des médecins effecteurs* », quitte à ce qu'elle soit mutualisée entre plusieurs établissements. Avec, à la clef, des conventions de partenariat qui précisent outre le champ et les modalités d'intervention des infirmières, les engagements réciproques des différents acteurs ainsi que le rôle des médecins traitants pour réaliser des protocoles individualisés et effectuer des prescriptions anticipées en cas de besoin. Or, en 2013, 85 % des Ehpad ne disposaient d'aucune infirmière de nuit... La rigueur budgétaire a des conséquences on ne peut plus visibles. 📍



AMI2, centrale de référencement, optimise vos budgets et facilite vos achats



- ✓ **Tarifs négociés** auprès de 150 fournisseurs référencés
- ✓ **Audits tarifaires**
- ✓ **Adhésion** gratuite et sans engagement
- ✓ **Présence locale, régionale et nationale**
- ✓ **Conseil et accompagnement** de nos délégués régionaux
- ✓ Site de **commande en ligne**
- ✓ **Côté Menu** : outil de gestion de la restauration
- ✓ **Programme de fidélisation**



www.ami2.com

Appel non surtaxé **0810 300 145**

Dans ce cadre, les Ehpads et les établissements hospitaliers locaux sont également invités à conclure des conventions destinées à favoriser et à formaliser le partage d'informations médicales sur les patients hospitalisés mais également à adopter des procédures optimisant la préparation des hospitalisations et des soins de suite post-hospitaliers.

Bien que les premiers bilans d'expérimentation des Paerpa sur les neuf territoires tests soient en demi-teinte, les principes d'action qu'ils décrivent restent valables. Ils devraient en outre être renforcés par la logique de création des GHT, lesquels doivent organiser sur leur territoire la gradation des prises en charge.

Cette création est également l'occasion pour les Ehpads, qu'ils aient choisi de faire partie d'un GHT ou non (concernant les Ehpads de statut public), de solliciter les ARS pour mettre en place un schéma de PDSA efficace entre GHT et praticiens de ville.

D'autres outils dépendant plus directement des Ehpads doivent être effectifs et rendraient la PDSA plus opérationnelle : en l'occurrence le Dossier de liaison d'urgence (DLU) établi par le médecin coordonnateur et qui est censé être accessible en cas de transfert aux urgences ou de visite de nuit d'un médecin autre que le médecin traitant.

▶ Des bonnes pratiques à généraliser

Il est sûrement temps pour les Ehpads de se saisir de la recommandation n°11 du rapport qui préconisait qu'« à court terme, les Ehpads devraient avoir obligation d'établir un protocole avec le Samu pour anticiper les risques de besoins de soins dans la nuit ou le week-end et préciser les modalités de partage des informations médicales personnelles des patients concernés, entre l'Ehpad et les médecins chargés de la permanence des soins ». Toujours selon ce rapport, pour être fluide et efficiente, la PDSA implique également, en amont, « d'étendre, voire de généraliser les bonnes pratiques en vigueur dans certains hôpitaux, à l'instar des équipes mobiles de gériatrie qui peuvent intervenir en Ehpads et éviter des hospitalisations, et des permanences téléphoniques gériatriques qui permettent aux médecins traitants ou soignants des Ehpads de joindre un gériatre hospitalier pour un conseil ou pour faciliter un transfert à l'hôpital ».

Autre pilier sur lequel les parlementaires entendaient miser pour consolider la permanence des soins en Ehpads et qui reste une piste valable aujourd'hui : l'Hospitalisation à domicile (HAD) laquelle doit, au terme de la circulaire du ministère de la

Santé du 18 mars 2013 sur les conditions d'intervention des établissements de HAD en Ehpads, fournir à ces derniers toutes les informations pour joindre un infirmier d'astreinte vingt-quatre heures sur vingt-quatre afin d'assurer la continuité des soins et éventuellement orienter le patient vers le dispositif de permanence des soins.

Or, le plus souvent, le service de HAD est encore défaillant en la matière en la matière, ne serait-ce qu'au niveau de l'organisation de l'astreinte téléphonique pour renseigner les aidants si une difficulté survient. D'où la recommandation n°12 du rapport ainsi énoncée : « Rendre obligatoire pour les structures de HAD la désignation d'un infirmier de référence qui soit joignable en permanence avec l'organisation d'un réseau d'infirmiers qui soient en mesure d'intervenir en dehors des heures ouvrables, tout en ayant accès à une fiche synthétique résumant le dossier médical de l'intéressé. » Des pistes que les Ehpads peuvent mettre en œuvre localement.

▶ Mieux impliquer les médecins coordonnateurs

Disposer d'un médecin coordonnateur impliqué facilite les choses. Car, bien que le médecin coordonnateur n'ait pas vocation à assurer lui-même la permanence des soins, il doit s'en préoccuper. Mieux, l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles stipule qu'il « réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ». De surcroît, il « donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ». En clair, il lui appartient pleinement de prévoir les modalités de la permanence des soins et de mettre en place les coordinations nécessaires pour que les résidents de l'Ehpads ne soient pas livrés à eux-mêmes durant ces périodes horaires. Toujours au registre de l'anticipation, le rapport suggérait que « les professionnels des Ehpads disposent d'une sorte de vade-mecum, établi par le médecin traitant, à suivre en cas d'urgence, ce qui limiterait la fréquence du recours au médecin de garde de la PDSA ». ▶



Permanence des soins gériatriques en Ehpad Chronique d'une expérience inachevée

De 2012 à 2015, un projet visant à apporter une réponse et une compétence gériatriques aux situations d'urgence auxquelles sont confrontés les Ehpad du sud de l'Essonne et leurs résidents a été mis en place. Pertinent, il n'a cependant pas pu être totalement mené à bien. Explications.

Cette initiative, lancée en 2012 par Marie-France Maubourg, gériatre à l'Hôpital Georges Clémenceau de Champcueil, et le Dr Philippe Paraque, qui officie au sein de la structure SOS Médecins 91, avait pour but de remédier à un triple constat : d'une part, l'augmentation du nombre d'appels téléphoniques en provenance des Ehpad en direction de SOS Médecins 91 pour cause d'absence de personnels soignants au sein des établissements en dehors des heures ouvrables ; d'autre part, des appels pour des situations qui auraient pu être gérées en amont où qui ne recelaient pas systématiquement un caractère d'urgence ; enfin, l'impossibilité pour le médecin intervenant dans le cadre de la permanence des soins d'accéder au dossier et à l'historique des patients avec, à la clef, des hospitalisations décidées par défaut et par mesure précaution. Le projet, financé par l'Union européenne et la Banque populaire d'investissement (BPI), a donc d'abord consisté à mettre en place dans six Ehpad (publics et à but lucratif) un outil informatique, en l'occurrence une fiche de liaison d'urgence baptisée Récap Urgence, laquelle contient les données pertinentes de chaque résident et était renseignée par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant. Ainsi, quand un Ehpad sollicitait un membre du corps médical dans le cadre de la permanence des soins, une application informatique développée spécifiquement pour ce projet permettait de transférer immédiatement l'information ou le dossier médical au gériatre d'astreinte (dans le cadre du conseil téléphonique) ou au médecin intervenant de SOS Médecins. Les dossiers étaient en effet dématérialisés et hébergés chez un hébergeur de données de santé agréé.




Un dispositif qui n'a pas séduit... les gériatres

Autre volet, la mise en place, à l'intention des personnels des établissements, de formations aux gestes d'urgence et à la gestion des situations délicates. « Cela a généré une vraie satisfaction au sein des équipes », assure le Dr Philippe Paraque même si l'important turn-over nécessite que ce genre de sessions soient renouvelées régulièrement.

Un dispositif globalement séduisant, donc mais qui n'a pas... séduit les gériatres pourtant censés assurer la permanence des soins, en particulier aux heures non ouvrables. Très (trop) peu d'entre eux - au demeurant tous hospitaliers puisqu'officiant CH Sud Francilien de Corbeil-Essonnes ou au CH Georges Clémenceau de Champcueil - se sont portés volontaires pour être d'astreinte, si bien que la permanence n'a pu être que diurne. Philippe Paraque le déplore vivement :

« Cela a effectivement constitué une grosse lacune. Nous n'avons pas été en mesure d'assurer une écoute et une permanence gériatriques vingt-quatre heures sur vingt-quatre faute de gériatres disponibles. Beaucoup se sont désengagés par manque de disponibilité et par frilosité au regard des responsabilités que cela impliquait pour eux. C'est d'autant plus regrettable que ce système a quand même réduit considérablement, pour les Ehpad concernés, le nombre de résidents transférés aux urgences grâce à la formation professionnelle des personnels, laquelle leur a justement permis de mieux anticiper les situations problématiques. »

Même si les solutions proposées ont fait montre de leur efficacité, il y a fort à parier que faute de combattants, ce dispositif, qui était en phase d'expérimentation pendant trois ans, ne soit pas pérennisé par l'ARS francilienne. En effet, on voit mal l'autorité sanitaire régionale subventionner un mode de permanence des soins qui ne fonctionnerait que le jour. Dommage. 



Hospihome concept : le parcours de santé connecté !

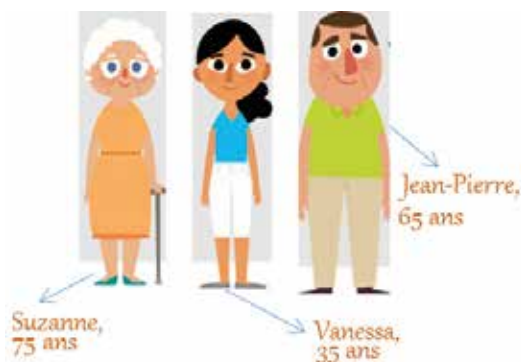
Clubster Santé et le CHRU de Lille présentent le projet Hospihome concept, 4^{ème} Opus de la Saga Concept Room, après le succès des Opus 1 (la chambre d'hôpital du futur), Opus 2 (le service ambulatoire optimisé), et Opus 3 – Silver concept (l'EPHAD de demain).

Hospihome concept propose **une offre transversale permettant d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie**. Le concept, coordonné par Clubster Santé et le CHRU de Lille, a été **pensé par et pour les acteurs du domicile – patients, soignants, proches – dans une démarche living lab aux côtés d'une cinquantaine d'entreprises de la région Hauts-de-France**.

L'objectif : Le patient connecté au cœur de la coordination de son parcours de santé

Les solutions développées par Hospihome concept visent à mieux anticiper les ruptures survenant dans les parcours de santé des patients (absence de prise en charge, retours à domicile sans accompagnement, etc.) grâce à des outils permettant de collecter et transférer des données et à des équipements installables rapidement au domicile. L'objectif est de construire un nouveau parcours de santé connecté, au sein duquel le patient devient un acteur clé.

Parce que le maintien à domicile recouvre une pluralité de situations, Hospihome concept a illustré sa



démarche à travers 3 parcours de patients différents (âges et pathologies).

- Suzanne, 75 ans, diabète, hypertension, fracture du col du fémur
- Vanessa, 35 ans, sclérose en plaques avec poussées (échelle EDSS 3-4)
- Jean-Pierre, 65 ans, cancer de la prostate stade 1 avancé

Les solutions développées par Hospihome concept répondent aux objectifs et déterminants prioritaires de ces 3 parcours types, mais peuvent être déclinées à d'autres catégories de patients.

Les innovations

L'adaptation des logements individuels passe généralement par un réaménagement global du domicile, contraint par des budgets et des délais importants. De plus, les situations d'urgence surviennent souvent suite à une rupture (fracture du col du fémur, décès d'un proche, etc.) qui engendrent une perte d'autonomie imprévue. Pour gérer ces situations, Hospihome concept propose des solutions de première nécessité livrables rapidement au domicile (moins de 24 heures).

Les **Packs Hospihome concept** regroupent à la fois des solutions d'équipements et des capteurs/objets connectés.



Pack Hygiène : apporter une espace sanitaire à proximité du lit du patient

En situation de maintien à domicile, il n'est pas rare de voir le lit installé dans le salon. Pour délimiter clairement les espaces, Hospihome concept a développé



une cloison apportant de l'intimité et pouvant être installée rapidement, avec les éléments clé suivants : une chaise garde-robe, une vasque distributrice de gel hydro-alcoolique, un miroir connecté. Afin de remonter un maximum de données, cet espace est équipé d'objets connectés permettant de suivre les troubles urinaires des patients grâce à un miroir connecté recueillant des données participatives, une balance connectée collectant le poids, et un détecteur de présence comptabilisant la fréquence des passages.



Pack Data-santé : collecter des données clé liées au patient, dans un espace astucieusement réaménagé. L'idée est d'apporter une cloison amovible, en liège et lin, pouvant séparer le lit de l'espace salon lorsque le patient reçoit des soins. Dans une optique d'optimisation de l'utilité des produits développés, cette cloison est en fait le contenant du pack une fois ouvert. Dans cet espace, sont également mis à disposition du patient des outils pour lui permettre d'envisager son quotidien de manière plus sereine (verticalisateur pliable, adaptable hôtelier motorisé multi-usages, etc.), ainsi que des objets connectés et capteurs. Ceux-ci permettent par exemple de mesurer la douleur ressentie par un patient, d'évaluer sa force musculaire, etc., afin de transmettre ces données aux professionnels de santé. Ce suivi de données est complété par une coopération effective et permanente des acteurs du maintien à domicile, grâce à un outil spécifique à destination de tous les intervenants du domicile pour dialoguer entre eux ou encore répertorier les différentes actions réalisées.



Pack Interactif : améliorer la qualité de vie et maintenir le lien social. Les patients à domicile n'ont parfois pas la possibilité de se déplacer à l'extérieur, alors que le lien social est un élément clé pour préserver les repères et le moral des patients. Ce pack propose donc des solutions pour évaluer le maintien du lien social et déclencher des alertes si besoin. En complément, des outils pour stimuler ce lien sont également proposés pour permettre aux patients d'interagir plus facilement avec l'extérieur, telle que la « lampe duo » et l'agenda partagé sur la TV interactive. Enfin, pour permettre au patient de s'impliquer et d'être impliqué dans la gestion de son parcours de santé, le pack Interactif a mis en place des outils lui permettant de se saisir de sa situation pour en maîtriser tous les paramètres : fiches pathologies détaillées et sécurisées, logiciel de restitution vocale des documents administratifs et médicaux, etc.

Les bénéfices

Hospihome concept propose une réponse innovante et transversale aux ruptures des parcours de santé des personnes fragilisées, tout en facilitant la coopération des professionnels de santé et en optimisant la gestion des investissements de la collectivité. Hospihome concept a déjà été récompensé en décembre 2015 par le Prix du Fonds de dotation Recherche et Innovation de la FHF.

Et la suite ?

Les innovations du projet Hospihome concept seront exposées lors de la Paris HealthCare Week, du 24 au 26 Mai 2016 (stand H10). Les retours utilisateurs sur la Paris HealthCare Week permettront d'enrichir les produits présentés en vue d'une industrialisation.

Afin de mesurer l'impact du projet Hospihome concept, Clubster Santé poursuivra ses réflexions sur les bénéfices médico-économiques des innovations développées, grâce à des expérimentations qui seront menées en lien avec des acteurs institutionnels de la région Hauts-de-France. ➔



CLUSTER SANTÉ



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

Clubster Santé, réseau des entreprises de santé de la région Hauts de France, regroupe plus de 250 membres et offre un cadre collectif favorisant les échanges et la mutualisation pour innover.

Le CHRU de Lille promeut, développe et accompagne les innovations de prise en charge de demain, en lien avec les établissements de santé de la région.

Ce projet bénéficie d'un soutien financier des fonds FEDER et du soutien du 1^{er} Groupe de protection sociale, AG2R La Mondiale.



Save the date

Découvrez Hospihome concept en avant-première à l'occasion de son inauguration le 24 mai 2016, à 12h30 sur la Paris Healthcare Week – Stand H10

Nutrition

Assistance Technique

Facturation globalisée

Logiciel de commande

La Centrale de Référencement au Service de votre Collectivité !



2000 Produits négociés

Plus de 1400 Adhérents

Large choix de Fournisseurs

Optimisation au moins-disant

AGAP'pro

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



agap-pro.com

EHPAD' MAG

PLATEFORME POUR L'AUTONOMIE

Source de solutions
pratiques et
d'informations décisives

Retrouvez-nous sur :



► www.ehpad-magazine.fr

COUPON D'ABONNEMENT 2016

À RETOURNER SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT

► **EHPAD MAGAZINE - SERVICE ABONNEMENTS**
1, rue de Craiova - 92000 Nanterre



**10
NUMÉROS
PAR AN**

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

Choisissez la formule qui vous correspond :

- Papier** **90€ TTC**
1 an (10 numéros) France métropolitaine + 10 newsletters
- Papier, Web, Application smartphone** **130€ TTC**
1 an (10 numéros) France métropolitaine + 10 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés ~~150€ TTC~~
- Web, Application smartphone** **60€ TTC**
1 AN D'ABONNEMENT + 10 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés
- Étudiant et École** **108€ TTC**
1 an (10 numéros) France métropolitaine
Papier, Web, Application smartphone + 10 newsletters
+ Accès au site et archives réservées aux abonnés
- Réabonnement**

Votre domaine d'activité :

- Établissement public Établissement privé

Précisez :

Date : / /

Signature et cachet :

Raison sociale :

Nom et prénom du destinataire :

Poste :

Adresse de la facturation :

Code postal : Ville :

N° SIRET :

N° TVA Intracommunautaire :

Tél. : Fax :

Courriel : Site internet :

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

Les GHT bouleversent la fonction achat



Les Ehpads publics ont le choix d'adhérer ou non à un Groupement hospitalier de territoire (GHT). Quand il le font, ils intègrent une structure dont l'une des fonctions mutualisées concerne les achats. Le décret d'application des GHT, publié le 29 avril dernier, le confirme et rebat les cartes.

Le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et publié au *Journal officiel* du 29 avril intègre un nouveau chapitre II au titre III du livre Ier de la sixième partie du Code de la santé publique.

L'article R.6132-16-I de ce chapitre est consacré à la fonction achat, l'une des fonctions devant être mutualisées entre les membres du GHT. Pour rappel, tous les hôpitaux doivent faire partie d'un GHT à partir du 1^{er} juillet prochain et les Ehpads publics peuvent choisir d'en faire partie.

Quant aux établissements privés, ils ne peuvent pas en être membres mais ont la possibilité d'établir des partenariats avec eux.

Une nouvelle donne pour la fonction achat

Selon le décret, la mutualisation de la fonction achat doit se traduire par :

- 1° L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;
- 2° La planification et la passation des marchés ;
- 3° Le contrôle de gestion des achats ;
- 4° Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.

En outre, « un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des

établissements partis au groupement ». Autant dire que pour ceux qui feront partie d'un GHT, il s'agit d'une toute nouvelle donne. Même si un poste d'acheteur unique n'est pas créé par le décret, c'est l'établissement support du GHT qui doit établir, en concertation avec les autres établissements membres du GHT, la politique en matière d'achats. Selon le rapport de la « Mission Groupements hospitaliers de territoire », dirigé par Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, il devrait y avoir, au final, entre 150 et 250 GHT sur l'ensemble du territoire. Il est trop tôt pour savoir combien d'Ehpads publics rejoindront finalement les GHT mais en fonction de l'ampleur du mouvement, le paysage des achats en Ehpads va être totalement modifié.



Faire valoir sa différence

Les Ehpad devront apprendre à faire valoir la spécificité de leurs besoins auprès de l'établissement support. La peur de ne pas arriver à défendre ces particularismes fait partie des raisons pour lesquelles, dans un autre domaine, de nombreux établissements psychiatriques demandent des dérogations pour ne pas faire partie de GHT.

Le savoir-faire ou la bonne entente avec l'établissement support comptera en effet pour beaucoup dans la bonne intégration ou non de l'Ehpad dans le GHT, y compris à propos de la fonction achat.

Comment, par exemple, les choix des circuits courts et des producteurs locaux faits par certains Ehpad

vont-ils être intégrés et respectés dans le nouveau schéma ?

L'ampleur de ce mouvement de regroupement aura en fait un retentissement sur tout le secteur. La plupart des GHT vont atteindre une taille importante, les transformant de fait en groupement d'achat. Ce qui va inciter les groupements et autres plateformes d'achat existants à revoir leur politique et leur positionnement. Combien restera-t-il d'Ehpad indépendants pour leur politique d'achat ? Entre les Ehpad publics appartenant à des GHT et les établissements privés obéissant à une politique de groupe, leur nombre pourrait fortement baisser. Quel impact cela aura-t-il sur le nombre et la diversité des fournis-

seurs en mesure de se battre sur un marché concentré aux mains de quelques acheteurs ? La mission GHT a toutefois émis des recommandations (*lire ci-après*) dont certaines relativisent le mouvement centrifuge de la fonction achat et recommandent autant la professionnalisation de la fonction achat que de la souplesse dans les procédures.

C'est donc tout l'écosystème autour des Ehpad qui risque d'être bouleversé par un effet domino dont il est difficile de prédire l'ampleur aujourd'hui. Les équipes des Ehpad ont donc intérêt à être en veille sur ce sujet qui implique autant le respect des équilibres budgétaires de leur établissement que la qualité des prestations délivrées aux résidents. ➔

Dominique Bellanger

Fonction achat, les recommandations du rapport final de la mission GHT

Orientation n°8

Englober, dans la mise en place de la fonction achat, l'ensemble de la chaîne achat pour tous les segments d'achat

L'établissement support est en charge de la gestion de la fonction achat pour le compte des autres. Or, la fonction achat n'est pas une notion qui existe dans le cadre juridique en vigueur. Afin d'éviter toute confusion, nous préconisons de profiter des décrets d'application pour préciser le périmètre englobé. Nous proposons, conformément à l'esprit de notre rapport intermédiaire (12^{ème} condition de réussite), que cette notion englobe l'intégralité de la chaîne d'achat :

- Tant en termes de missions : depuis la définition d'une stratégie d'achat, jusqu'aux approvisionnements, en passant par la passation des marchés et le suivi de leur mise en œuvre ;
- Qu'en termes de segments d'achat : l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement.

Une approche aussi intégrée répond à la double exigence :

- De professionnalisation de la fonction achat afin d'optimiser le dialogue prescripteur / utilisateur ;
- De permettre une homogénéisation du parc d'équipement et donc des outils de travail des professionnels médicaux notamment afin de faciliter leur mobilité.

Couvrir l'ensemble des segments d'achats pour toutes les missions de la chaîne d'achat ne signifie pas que le GHT en est nécessairement l'effecteur. À ce sujet, la mise en place d'une fonction achat dans chaque GHT s'inscrit pleinement dans le cadre du programme PHARE initié par le ministère. Dit autrement, si le GHT définit bien sa stratégie achat, cela ne veut pas dire qu'il exécute tous les marchés. Les opérateurs nationaux restent compétents pour le compte des GHT, de même que les opérateurs régionaux

Orientation n°14

Mettre à disposition une boîte à outils élaborée avec des professionnels hospitaliers

Parmi les outils que la mission recommande de mettre à disposition des GHT d'ici le 1^{er} juillet figurent deux guides dont des documents « martyrs » ont été préparés par la mission.

Une note descriptive de la fonction achat de GHT cible précisant :

- Les enjeux d'une fonction achat mutualisée de GHT
- Les missions principales de la fonction achat de GHT
- Le périmètre des familles d'achat couvertes
- Les axes généraux d'une politique d'achat de GHT
- Les objectifs généraux de performance économique et processus
- Les opérateurs d'achat mutualisés dans l'environnement des GHT
- Les domaines d'activités fonctionnelles à assurer
- Les outils principaux du système d'Information achat
- La trajectoire de mise en place de la fonction achat.

Un guide de mise en œuvre de la fonction d'achat au sein d'un GHT décrivant :

- La démarche en mode projet à mettre en place
- L'analyse de situation à mener (notamment les cartographies des portefeuilles d'achat, des fournisseurs, des outils SI et processus) ainsi que le diagnostic associé à élaborer
- Les acteurs clés de la fonction achat à identifier
- L'analyse des organisations et processus possibles et ceux à privilégier
- Les modalités d'animation d'un plan d'action achat de territoire
- Les modalités de mise en œuvre de l'organisation et des processus cibles
- Les outils méthodologiques d'appui au projet (juridiques, économiques, marchés, communication).



1976

CACIC fête ses 40 ans !

Merci à tous les établissements partenaires



2016



L'EXPERTISE DE LA SANTÉ



SERVICES CONSEILS RÉFÉRENCIEMENT **SANTÉ**

Adhérent et Membre
bienfaiteur de l'ObsAR
L'Observatoire
des
Achats
Responsables

www.obsar.univ.fr

25, rue des Granges Galand - BP 101 - 37551 Saint-Avertin Cedex

Tél. 02 47 71 14 14 - Fax 02 47 28 94 82

www.cacic.fr | www.cacic-ehpad.fr



Vous aussi BÉNÉFICIEZ DE NOTRE EXPERTISE

Grandes Installations

Solutions de lavage

Tunnel de lavage Série TBS
Presse d'essorage Série SPR
Séchoirs Série ST



Solutions linge plat

Engageuses Série DR
Sécheuses repasseuses Série PC
Plieuses Série FR ou FL



IAS et Norme RABC

Solutions laveuse aseptique ou "sas barrière"



Laveuses aseptiques Série BW
Laveuses Série HS
Séchoirs Série ED
Sécheuses repasseuses Série PB

 www.girbau.fr

12, rue des Chardonnerets - Paris Nord 2
BP 64008 Tremblay en France - 95970 ROISSY CDG Cedex
Tél. +33 1 49 38 85 85 - +33 149 38 85 86 - info@girbau.fr



Création/conception : Girbau France - Crédits photo : iStock.com

Au cœur du métier de l'EHPAD, l'hygiène des résidents

Du « *Mens sana in corpore sano* » de nos aïeux, à la compétence gériatrique, version XXI^{ème} siècle, qui caractérise désormais nos Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, opérons un 360° sur cette notion d'hygiène, au cœur de laquelle nos résidents rencontrent quotidiennement confort et bien-être.

Mais au fait, en évoquant cette hygiène, de quoi parle-t-on exactement ?

Car là où un regard innocent penserait trouver un gant de toilette et du savon, on découvre que finalement, en gériatrie, le concept est aussi vaste que captivant.

Pour mieux commencer notre cheminement, reprenons d'abord le cours de l'histoire. Ce « *besoin d'être propre, soigné, et de protéger sa peau* » a rencontré ses lettres de noblesse grâce aux travaux de

Virginia Henderson. Infirmière Américaine du siècle dernier, elle fût la première à conceptualiser et à hiérarchiser cette notion de besoins fondamentaux. Outre la longévité remarquable de la Dame, qui vécut cent ans, l'intérêt de son œuvre fut d'en dresser une liste, composée de quatorze éléments, que tout bon professionnel du soin sait aujourd'hui par cœur, et pour cause : l'analyse, l'organisation et l'exécution de la réponse à ces besoins fondamentaux, dont celui qui nous intéresse, constituent l'essentiel de leurs métiers.

Et depuis les travaux de notre Superwoman du nur-



sing, l'évaluation des besoins d'hygiène et, plus globalement, des besoins de santé, s'est encore accrue, et plus profondément enracinée dans la culture des EHPAD. En effet, qui pourrait aujourd'hui se passer de cette évaluation de l'autonomie gérontologique que constitue la grille AGGIR ?

La prise en charge de l'hygiène en EHPAD, on le voit, est devenue une véritable démarche de soins, rejoignant ainsi la notion d'hygiène qui, dans la Grèce antique, signifiait justement «la bonne santé».

Une personne âgée, surtout lorsque survient la dé-

pendance, requiert une prise en charge globale, physique, morale et sociale.

On constate que notre argument d'hygiène s'éloigne, à mesure que s'élargit et s'ennoblit la notion de prise en soins du résident. Mais réellement, dans la vie quotidienne des EHPAD, quels bons ingrédients vont constituer la recette d'un nursing réussi ?

L'entrée en scène du soignant augurera de la réussite du soin. A propos de soin, celui accordé à la tenue vestimentaire et à la présentation du professionnel

parlera autant que lui-même de son cœur de métier. Les autres arguments de son professionnalisme s'enchaîneront rapidement pour le qualifier, lors de la toilette du matin, par exemple.

Du matériel préparé à l'avance, une porte à laquelle on frappe avant d'entrer, et qu'on referme derrière soi pour protéger l'intimité du résident, un bonjour souriant, un vouvoiement systématique, une relation adaptée aux capacités et handicaps de la personne, une bonne ergonomie de travail, la séparation systématique du propre et du sale feront le socle du soin d'hygiène réussi.

Et à propos de cette approche globale, qui caractérise la démarche du soin gériatrique, ne résistons pas au plaisir de rappeler l'indispensable, la simplissime et non moins excellente définition de la santé que nous propose le bureau de son Organisation Mondiale : « *La santé est un état de bien-être physique, moral et social* ».

Ce Qu'il Fallait Démontrer, dirait un scientifique !

Oui, c'est tout le talent des professionnels de la gérontologie qui s'exprime au travers de cette définition, et l'aventure est remarquable.

Aujourd'hui, les métiers de l'EHPAD abordent la personne âgée dans sa globalité, ainsi que dans son devenir. Professionnels de santé, réjouissez-vous : vous avez là un accès à l'exercice complet de votre métier, mais pas seulement. Vous avez également la possibilité de l'intelligence. En effet, non seulement il vous faut penser la santé de la personne, mais également anticiper son avenir, dont on sait qu'il vous faudra assumer le terme.

Avec celle de l'assistance à la naissance, quelle plus belle mission que de prendre soin du confort et du bien être d'une personne âgée fragile, qui, en s'en remettant à vos bons soins, vous confie celui d'accompagner ce temps de la conclusion de sa vie ?

Evoluer d'un cœur de métier de l'hygiène à celui de l'aide et de l'accompagnement, c'est toute l'histoire, toute la compétence et toute l'humanité des EHPAD qui s'exprime là. Depuis 40 ans, Abena-Frantex accompagne quotidiennement les résidents et le personnel des EHPAD de France, dans le but d'améliorer le bien-être de ces personnes. 9

Marianne Clogenson,
Expert Abena Conseil



primus

Matériel de blanchisserie



UNE NOUVELLE GÉNÉRATION
DE LAVEUSES ESSOREUSES
ASEPTIQUES COMPACTES

FXB 180
FXB 240
FXB 280



L'HYGIÈNE
EST L'AFFAIRE
DE TOUS...

Xtreme
in innovation

XTREME HYGIÈNE, ÉCOLOGIE, DESIGN, ERGONOMIE.

3 rue Paul Rieupeyroux - 69800 Saint-Priest
Tél. 04 78 79 55 75 - E-mail info@alliancels.fr

www.primuslaundry.fr

Marquage et gestion des vêtements de résidents

- **Organisez** le marquage et le suivi
- **Supprimez** les erreurs de livraison
- **Stoppez** les pertes de linge



Aline ROSE
M.R. Les Bleuets



RFID



- Marquage par étiquettes : nominative, code à Barres, RFID
- Presses à thermofixer
- Logiciels de gestion et de traçabilité
- Tri par programmes de lavage (zone sale)
- Tri et regroupement à la personne (zone propre)

 **Thermopatch**

Tél. 01 30 22 08 08 - Fax 01 30 22 18 66 info@thermopatch.fr

Quels sont les risques professionnels liés aux préconisations d'hygiène dans les établissements ?

Dans les EPHAD, les procédures d'hygiène sont indispensables afin d'éviter la propagation de maladies infectieuses auprès de personnes âgées fragiles. Ces procédures peuvent aussi exposer les salariés à différents risques professionnels, il convient donc de mettre en place les méthodes qui assureront la meilleure efficacité tout en exposant au minimum les salariés.



Les salariés peuvent être exposés aux risques suivants :

- > **Risques de troubles musculo-squelettiques** liés aux activités de nettoyage et désinfection,
- > **Risques liés à l'utilisation de produits chimiques** qui se traduisent souvent par des irritations ou des allergies, mais qui peuvent s'avérer plus graves en cas d'expositions prolongées à des produits dangereux.
- > **Risques biologiques**, liés aux pathologies de certains résidents (on voit actuellement une recrudescence de maladies professionnelles liées à la gale et à la tuberculose) mais aussi aux activités de soins, de nursing, de lavage de linge souillé...

Risques de troubles musculo-squelettiques

Les situations de travail pour l'hygiène des chambres, salles de bains et espaces de restauration sont connues des services prévention et ont fait l'objet de nombreuses mesures de prévention dans l'hôtellerie-restauration. Tout d'abord, il convient de limiter l'encombrement des sols afin de faciliter le passage d'un matériel de nettoyage. Pour cela, certains meubles de la chambre peuvent être fixés au mur (commode, table de nuit...), de même dans la salle de bains pour le lavabo et la cuvette de WC. Dans les couloirs il faut


éviter tout stockage de matériel (lève-personnes, chariots...) et dans la salle de repas privilégier des chaises qui peuvent être posées sur les tables par les accoudeurs afin de libérer les sols.

Pour les surfaces ainsi dégagées il est possible d'utiliser une auto-laveuse qui présente l'avantage de laisser le sol quasiment sec et limite le risque de glissade (encore faut-il pour cela maintenir en état la raclette d'aspiration). Certains matériels compacts, sur batteries, permettent de nettoyer le sol d'une chambre. Un injecteur aspirateur de vapeur peut aussi assurer efficacement le nettoyage et le séchage des sols. Ces matériels limitent les sollicitations des bras, des épaules et du dos pour les nettoyages. Des balais microfibrés à manches ergonomiques, permettant de limiter les mouvements nécessaires pour nettoyer une zone, peuvent aussi contribuer à améliorer les conditions de travail.

Pour le nettoyage des murs des salles de bains, des vitres voire des housses de matelas, l'utilisation d'un nettoyeur vapeur peut limiter les sollicitations des membres supérieurs.

Les CARSAT et la CRAMIF proposent des formations au risque chimique ayant pour objectif

- d'identifier les dangers des produits chimiques et les risques d'atteinte à la santé
- de repérer les situations d'exposition au risque
- de proposer des mesures de prévention efficaces.

Cette formation a une durée de 3 jours (2+1) avec un travail intersession. 

Fiches de Données de Sécurité

La réglementation impose aux fournisseurs de produits chimiques de fournir les fiches de données de sécurité des produits lors de la première livraison et à chaque mise à jour de la fiche. Cet envoi se fait par courrier ou par mise à disposition d'un site dédié (Quick FDS par exemple). Ces fiches doivent être tenues à disposition du personnel. En pratique il faut en plus synthétiser les risques et mesures de prévention liés à chaque produit sur un document présentant, par exemple, la photo du produit et en illustrant le propos de pictogrammes prévention (gants, lunettes, ...). Ces documents sont à afficher sur les lieux d'utilisation. ➔

Risques liés à l'utilisation des produits chimiques

Les opérations de nettoyage et désinfection amènent le plus souvent l'utilisation de tensio-actifs, de produits caustiques et de molécules désinfectantes. Certains de ces produits peuvent être irritants, corrosifs, allergisants faisant l'objet de tableaux de maladies professionnelles (glutaraldéhyde, ammoniums quaternaires). La première étape de la démarche de prévention consiste à éviter le risque. Pour cela le nettoyage vapeur est une réponse intéressante qui devra être validée par les hygiénistes de l'entreprise. Ce nettoyage vapeur peut aussi être utilisé en alternance avec un nettoyage chimique, ce qui permet de limiter le risque. L'utilisation de balais microfibres à l'état humide évite l'utilisation de produits détergents ou limite leur utilisation à une ou deux fois par semaine. Pour le nettoyage des surfaces et des équipements on peut substituer les produits chimiques par un nettoyage vapeur (murs de salles de bains), sinon limiter le risque en utilisant des lingettes préimprégnées. Dans tous les cas, le pulvérisateur est à proscrire, le brouillard diffusé peut être respiré par le salarié et provoquer des irritations ou des intoxications. Dans le cas d'une désinfection de chambre après le départ d'un résident, il est possible d'utiliser un désinfectant en brumisation. Dans ce cas il faudra utiliser un dispositif à déclenchement différé, s'assurer de l'étanchéité des portes ou la réaliser à l'aide d'un ruban adhésif, ne pénétrer dans la pièce pour l'aérer que lorsque l'ensemble de l'aérosol sera retombé.

Risques liés au port de gants

Les règles d'hygiène des EHPAD impose souvent le port de gants à usage unique, ces gants ne sont pas compatibles avec l'utilisation de crèmes grasses utilisées pour la peau et peuvent augmenter le phénomène d'irritation. Dans ce cas, il faut soit utiliser un gant floqué coton, soit porter un gant coton sous le gant à usage unique. ➔



Risques biologiques

Une formation au respect des procédures recommandées pour les interventions auprès des personnes malades, la gestion des DASRI, du linge souillé, des protections souillées permettent la prévention des risques biologiques pour les salariés sur le lieu de travail. Ces formations doivent intégrer le personnel hôtelier et les éventuels prestataires concernés de l'établissement. Il faut de plus une barrière supplémentaire entre le lieu de travail et le domicile du salarié pour éviter tout risque de contamination au domicile ou à contrario éviter tout risque de contamination de l'EHPAD par des germes issus du domicile. Pour cela, l'établissement doit disposer de vestiaires pour le personnel, séparés pour les hommes et les femmes, disposant de douches et de sanitaires. Les armoires vestiaires seront à deux compartiments, l'un pour le linge privé, l'autre pour la tenue de travail et le haut du meuble sera incliné pour éviter toute rétention de salissures ou tout stockage d'objets. ➔

Philippe Corre, Ingénieur Conseil Cramif.

ISECO
LE REPAS PLAISIR

Le **SERVICE**
au quotidien

Suivi...
Ecoute...
Respect...
Valorisation...
Innovation...
Conseils...
Etude...

Pour plus de renseignements : www.iseco.eu
ISECO FRANCE • 869 avenue de la République • 59700 MARCQ EN BAROEUL • Tél. : 03 28 34 26 60

Comment assurer le bien-être du résident

La vie d'une personne résidant en établissement est parfois synonyme pour le résident de retrait, de mise à l'écart, de distance avec une vie économique, sociale, citoyenne, spirituelle et culturelle. Aussi, un triple enjeu est-il à relever pour l'Ehpad : aider à maintenir des liens avec l'extérieur, reconstruire un peu de la vie de l'extérieur et humaniser les rapports entre personnes à l'intérieur.

► Favoriser les liens avec les proches

Il est nécessaire d'accepter que ce domaine soit celui du résident qui choisit lui-même l'entretien de ses relations. Qu'en connaissez-vous ? La personne âgée vous en parle-t-elle ?

Le premier axe d'action est d'être à l'écoute de ce que dit la personne âgée, de ce qui faciliterait le maintien de ses relations comme par exemple, aider à l'organisation d'un déplacement dans un quartier non connu, ou bien rédiger pour ceux qui ne peuvent plus tenir une plume, faciliter l'accès ou l'usage d'Internet, faciliter la présence d'associations culturelles ou de visiteurs, certains pouvant devenir des "proches".

► Favoriser les liens entre résidents à tout moment

En Ehpad, on peut favoriser les liens entre résidents... au quotidien, notamment par les repas et après-repas qui sont des temps privilégiés, lors d'animations si les résidents y sont actifs, c'est-à-dire qu'ils sont le plus possible à l'origine du projet, et impliqués dans sa mise en œuvre.

La conception d'un projet institutionnel d'établissement ouvert et adaptable ira dans ce sens.

Attention cependant : Il faut éviter que le lien social ne soit perçu que comme la seule mission du chargé d'animation car celui-ci ne fait que coordonner et conseiller la direction.

► Encourager une participation à la vie de l'établissement : les bonnes questions

La gestion quotidienne de l'établissement peut-elle encourager cette participation ? voici quelques questions à vous poser :

Acceptez-vous que certaines fonctions soient partagées ? Épluchage de légumes, pliage de linge... Et dans la négative, quelles peuvent être les occasions de réintroduire dans le quotidien des résidents ces petits gestes pleins de sens et de souvenirs ?

Les espaces physiques du lieu de résidence permettent-ils de mettre en œuvre concrètement certaines des initiatives qui seraient proposées ?

Comment est sollicité le Conseil de Vie Sociale (CVS) pour qu'il fasse des propositions concrètes ?

Écoutez-vous les suggestions en ce sens des associations de visiteurs en contact avec certains de vos résidents ? Ceux-ci (ou leur porte-parole) aident-ils à préparer certains points de l'ordre du jour, siègent-ils dans une instance dirigeante, ou sont-ils obligatoirement consultés avant l'abord de certains types de sujets ?

► Développer les liens avec la vie de la cité

Permettre l'exercice des droits civiques de citoyen suppose un abord en amont de l'actualité, un rappel encourageant de l'utilité du vote de chacun, une facilitation pratique (transport ou procuration).

Il est demandé au directeur d'EHPAD et à ses équipes de faciliter la présence de la "vie" extérieure : accueillir des événements, organiser des sorties, développer des liens étroits avec les acteurs de la vie de la cité, écoles, acteurs culturels, organismes facilitant le contact avec la nature, l'agriculture, la vie animale...

► Le bien-être du résident passe aussi par un certain confort domestique

> Un « chez soi » comme avant

Il est important que la personne puisse aménager son logement comme elle le souhaite, en amenant son mobilier et ses effets personnels, afin de pouvoir

se sentir réellement chez elle. Les clés du logement doivent lui être remises dès son entrée. On peut aussi lui fournir un accroche porte « ne pas déranger » pour les moments où le résident ne souhaite pas de visite. Le personnel est invité à frapper avant d'entrer et à attendre la réponse, et ceci dans le respect de l'intimité du résident. Toute intervention (ménage, réparation...) ne doit être faite en l'absence du résident sauf si celui-ci a au préalable donné son accord pour que l'on rentre chez lui.

> La possibilité d'amener son animal de compagnie

Le contact avec un animal présente bien des aspects positifs : on connaît l'aspect relaxant du toucher-caresse, démontré dans de nombreuses études. L'importance des caresses paraît d'autant plus sensible dans l'univers d'une résidence où le toucher est souvent principalement utile (soins, toilette...).

La présence d'un animal concourt au maintien du sentiment d'utilité de la personne, au maintien de sa mobilité, de ses repères notamment affectifs et temporels.

Si l'entrée en établissement représente un changement important dans la vie de la personne âgée, il est important qu'elle puisse garder des repères et poursuivre sa vie telle qu'elle la vivait avant. Au même titre qu'elle aménage son logement à son goût afin de vivre dans un environnement familier et rassurant, elle pourra conserver son équilibre en gardant son animal de compagnie auprès d'elle.

Si le projet de l'établissement est d'être un lieu de vie et pas seulement un lieu de soins, l'animal de compagnie trouve tout naturellement sa place. Le fait d'accepter des animaux fait partie du projet d'ouverture des résidences. Les animaux introduisent le désordre par rapport à l'ordre, l'individuel par rapport à l'institutionnel, l'échange et le vécu par rapport au sanitaire et à l'aseptisé.



> Enfin, le soutien de l'autonomie du résident favorise toujours son bien-être

Le résident doit pouvoir continuer à s'inscrire dans une dynamique de vie, se sentir considéré comme sujet, acteur et porteur de vie, continuer à s'épanouir. L'aide à l'autonomie ne doit pas transformer la vie de la personne âgée en une course à l'amélioration de ses capacités : pour se sentir en sécurité, le résident doit savoir que même s'il est autonome pour certaines choses, il a le droit de demander de l'aide le jour où il se sent moins bien. De même, l'accès à un certain degré d'autonomie ne doit pas aboutir au sentiment d'être délaissé par l'équipe parce que l'on manifeste moins le besoin d'être soutenu. L'accompagnement vers l'autonomie doit être basé avant tout sur la notion de souplesse, et être personnalisé.

S'inscrire dans un projet autour de l'autonomie signifie aider la personne à comprendre ses difficultés, à les utiliser afin de les dépasser et de développer de nouvelles compétences. ②

Extraits de « accueillir des personnes âgées en établissement » Editions Weka

*Auteurs : Anne LEON-Pascal LOVICONI-Pascal CHAMPVERT
Coordination : Soazig HAMON*

Le rôle clé de l'infirmier

Le travail de l'équipe soignante doit se recentrer sur le résident, l'envisager comme compétent et riche en potentialités ; l'équipe doit s'intéresser à ses véritables attentes, que seul le résident peut définir. Faire vivre une équipe d'agents formés et évalués en cohérence avec cet objectif est primordial.

Miele
PROFESSIONAL

Hygiène et soin du linge

La promesse des lave-linge aseptiques de Miele Professional



24-26 mai 2016
Retrouvez-nous
sur le stand
M 43

**Les lave-linge
aseptiques
de 16 à 32 kg**

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

Le choix de la qualité et de la longévité

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

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

L'hygiène du linge vu par un fabricant de textile professionnel

Une bonne hygiène du linge passe avant tout par son entretien. L'hygiène du linge au sein des établissements est un enjeu majeur pour respecter le confort et la sécurité des résidents, que l'entretien soit effectué en blanchisserie intégrée ou en prestation extérieure.

Plusieurs réglementations régissent les différentes typologies d'établissements. Toutes ont en commun le respect de la séparation du linge sale et du linge propre, depuis le tri du linge jusqu'à la blanchisserie (contrôles aseptiques, amélioration des conditionnements pour éviter les risques de contact...).

Le linge de la chambre du résident est bien sûr concerné par cette vigilance, tout comme les tenues du personnel de soin, vecteur potentiel de biocontamination.

Les Etablissements hospitaliers, soumis à des normes drastiques sur l'hygiène, se réfèrent quant à eux à la nouvelle norme EN 14065 et aux pratiques

« RABC » Pour votre information, deux guides ont été édités par l'URBH en collaboration avec le CTTN IREN d'Ecully. Ils sont téléchargeables sur le site internet de l'URBH et se nomment « mise en place de la RABC » et « guide de la fonction linge »

Notre contribution à l'hygiène en tant que fabricant

Du point de vue de la composition des textiles, il n'aurait jamais été prouvé qu'une fibre textile chimique ou naturelle ait intrinsèquement des qualités hygiéniques.

En revanche, certains tissus modifiés techniquement permettent de limiter la propagation des bactéries.

Prenons tout d'abord des illustrations dans l'environnement de la chambre et du patient, une des sources importantes de développement bactériologique.

De nombreux produits de notre collection existent pour répondre à cette problématique, c'est le cas par exemple du BIOSAT, un rideau antibactérien.

Utilisé essentiellement aujourd'hui par le secteur de la santé pour séparer les lits d'une même chambre, ces rideaux sont aujourd'hui imprimables pour un aspect plus décoratif. Ils empêchent la propagation des bactéries et la formation microbienne et réduisent ainsi les odeurs sur les tissus. Ils sont faciles d'entretien, un lavage à 40/50°C est suffisant et contribuent ainsi à améliorer la propreté et la fraîcheur. Notons qu'ils sont certifiés Oeko Tex®, ce qui garantit l'absence de substances nocives pour la santé.

Techniquement, cette action antibactérienne est assurée par un filament incrusté d'ions argent. Les additifs bactériostatiques sont appliqués lors de la





phase de fabrication du fil. Ils viennent compléter les propriétés textiles du fil non-feu FR (norme M1 obligatoire). L'argent est un matériau naturel et antimicrobien par nature.

Ces ions argent exercent leur action sur les bactéries Gram¹ positif et Gram² négatif. Ces microparticules sont intégrées de manière définitive dans la fibre, elles agissent en permanence contre les microbes (l'activité antimicrobienne endommage les cellules bactériennes et empêche leur prolifération).

Elles montrent également leur efficacité contre certains champignons. Notons que ces produits sont contrôlés par le laboratoire agréé de l'IFTH selon la norme NF EN ISO 20743/2013.

D'autres produits aux propriétés similaires existent tels que les oreillers nommés ULFIAB. Ces derniers bénéficient du traitement antibactérien AEGIS³, leur enveloppe est également imperméable et essuyable avec des produits de désinfection.

Quant au garnissage, les fibres creuses siliconées sont traitées antibactérien, antimicrobien et antiacarien par Microban⁴.

Les tenues du personnel de soin représentent un autre vecteur de transmission des bactéries et doit par conséquent être une source de vigilance pour parfaire l'approche d'un établissement en matière d'hygiène.

Les établissements accueillent des résidents souvent à mobilité réduite, ce qui nécessite pour leur

confort une température d'ambiance supérieure à celle souhaitée par le personnel.

Ce contexte est donc propice à la sudation, d'où la nécessité de bénéficier de vêtements appropriés, sans négliger les contraintes de coût et d'entretien.

Pour cela, GRANJARD détient son propre bureau de stylistes / modélistes afin de créer des vêtements aux coupes optimisées et sélectionne avec précaution ses matières textiles.

En effet, il y a quelques décennies, le confort était privilégié avec des vêtements (blouses) en coton 180 gr avec l'avantage reconnu du coton : le confort et sa forte capacité à absorber l'humidité. Les contraintes économiques de tissage et d'entretien ont privilégié des vêtements réalisés dans des tissus

composés de polyester et de coton dans une proportion de 65/35 et d'un poids de 210 gr.

Cette tendance s'est installée dès les années 1980. A ce jour, une nouvelle voie apparaît avec des tissus réalisés avec des mélanges de 180 à 190gr soit en polyester et coton, soit en polyester et lyocel. Le lyocel est une fibre issue de la pulpe du bois d'eucalyptus, il remplace le coton avec plus de fluidité et bénéficie d'un avantage écologique certain.

Les chaussures du personnel de soin tirent profit également de nouvelles matières avec l'utilisation de la microfibre, en alternative au cuir.

Confortable, elle offre une meilleure imperméabilité à l'eau et rend le lavage possible.

C'est le cas du modèle SALORI référencé dans notre catalogue.

Au-delà de la conception même des produits, certaines solutions existent pour faciliter la tâche des établissements.

L'ensemble du linge est par exemple personnalisable avec son logo (broderie, étiquettes thermocollantes, flex permettant le repassage sur l'envers jusqu'à 60°...), voire traçable (code barre, puce RFID...) ce qui contribue à une gestion rigoureuse des flux d'entretien. ➔

*Le service marketing
GRANJARD.*

¹⁻² Technique de mise en évidence des bactéries par une coloration de GRAM.

³⁻⁴ AEGIS® (société Microban®) est un traitement permettant une protection optimale non migrante entre-autre contre les bactéries, les odeurs désagréables ect... Il est non toxique et résistant tout au long de la vie du produit.



Mettre en place du cuivre antimicrobien en EHPAD : pourquoi ?



© STERNAL

Oligo-élément vital aux doses fonctionnelles pour toutes les plantes et les animaux (O'Gorman J, Humphreys H, 2012), le cuivre est naturellement présent dans le corps humain et est indispensable au bon fonctionnement de nombreuses fonctions physiologiques : système nerveux et cardiovasculaire, absorption du fer, croissance osseuse, système immunitaire et régulation du cholestérol.

Ses qualités antimicrobiennes en font un allié majeur des EHPAD aujourd'hui. Explications.

Les propriétés antimicrobiennes naturelles du cuivre

Au-delà de ses utilisations historiques bien connues, le cuivre est utilisé comme un antimicrobien naturel depuis des millénaires.

Lors des épidémies de choléra survenues à Paris en 1832, 1849 et 1852, les scientifiques ont pu observer

que les travailleurs du cuivre ne développaient pas cette maladie (Dollwet H.H et Sorensen J.R.J, 1985).

De nombreuses recherches menées depuis 30 ans dans le monde entier confirment les propriétés antimicrobiennes du cuivre. Sur une surface en cuivre, les virus, bactéries et champignons (microscopiques) sont détruits par le cuivre. Les bactéries multi-résistantes sont également détruites par le

cuivre (Gregor Grass, 2011).

Sur des surfaces inertes, ces mêmes bactéries vont survivre pendant des jours, des semaines, voire des mois. Ainsi, la durée de survie des microbes sur une surface inerte, non nettoyée ni désinfectée est très longue (Axel Kramer, 2006) :

- Norovirus (cause des gastro-entérites) : jusqu'à 2 mois
- Staphylocoque doré : jusqu'à 7 mois
- Escherichia coli : jusqu'à 16 mois

L'importance de l'environnement en EHPAD

En EHPAD comme dans tous les bâtiments, les surfaces sont colonisées par des microorganismes. Ces microorganismes sont déposés par sédimentation ou par contact.



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

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



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

Le circuit sécurisé du médicament exige une maîtrise des coûts :

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

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



Mini-FSP



ROBOTIK 88 K7



ROBOTIK 207 K7



ROBOTIK 405 K7



ROBOTIK 500 K7

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

Cette colonisation peut affecter toute personne qui circule dans l'EHPAD, que ce soit un résident, un personnel ou un visiteur.

Un problème majeur concerne le personnel soignant car celui-ci a des contacts fréquents avec les surfaces environnementales dans les chambres des résidents. Ces contacts induisent une forte contamination des mains et gants. Par exemple, la contamination des mains par des souches de *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARMs) arrive aussi fréquemment lors du contact avec l'environnement que lors du contact direct avec les patients ou les résidents (Weber D.J et Rutala W.A, 2013).

Les surfaces dans les EHPAD jouent donc bien un rôle important dans la dissémination d'agents pathogènes et ce risque réel est très souvent minimisé. L'augmentation du temps de persistance d'un microorganisme pathogène sur une surface augmente le risque de transmission d'infections aux résidents ou aux personnels.

Au-delà des connaissances empiriques, les études Steriall®

Steriall® a mis en œuvre des moyens importants de recherche et développement. Ainsi, deux années ont été nécessaires pour développer les premiers alliages en cuivre antimicrobien.

Au-delà des connaissances historiques sur les bienfaits du cuivre, il convient de mesurer avec les moyens actuels l'efficacité de ces alliages antimicrobiens sur les micro-organismes.

En laboratoire et à température et humidité ambiante, les alliages de cuivre antimicrobien Steriall® ayant subi une préparation adaptée vont détruire en un temps de 30 minutes à 3 heures, 95 % et plus

(en fonction des espèces et des souches) des virus et bactéries présents à leur surface.

Les données de Steriall® portent sur différents agents pathogènes. Ainsi, l'efficacité des alliages permet une réduction de plus de 99.9 % de certains Poliovirus ou *Staphylococcus aureus*, en seulement 2 heures.

Pour un usage opérationnel en tant qu'éléments d'architecture, les données esthétiques, fonctionnelles et antimicrobiennes vont fortement dépendre de la mise en œuvre des alliages. C'est là qu'intervient tout le savoir-faire et l'expertise du spécialiste.

Steriall® a également développé un produit de nettoyage dédié pour nettoyer les surfaces tout en conservant leurs qualités esthétiques et antimicrobiennes.

L'apport du cuivre antimicrobien dans la maîtrise du risque infectieux en EHPAD

Du fait de la grande fragilité des résidents en EHPAD et de la vie en communauté, la maîtrise du risque infectieux est primordiale dans les EHPAD : elle permet d'éviter de majorer la perte d'autonomie ou la mortalité induite par une infection.

La maîtrise du risque infectieux en EHPAD est transversale et multisectorielle. Les CClin proposent des recueils de bonnes pratiques qui traitent de l'organisation des moyens de prévention dans l'établissement (y compris de la très importante formation et sensibilisation du personnel), la gestion de l'environnement et des circuits, la gestion du matériel, la gestion des soins, la politique de vaccination, la gestion des épidémies et la prévention des accidents d'exposition au sang.

80% des contaminations sont manu-portées et doivent focaliser notre attention.

La formation du personnel et le strict respect des consignes est pour le plan d'asepsie un élément capital. Cependant, ces mesures, qu'elles soient physiques, chimiques ou biologiques ne peuvent se prévaloir d'être universelles car l'EHPAD est un lieu de vie.

Le cuivre antimicrobien complète alors de façon essentielle le plan d'asepsie.

D'abord, le cuivre antimicrobien a une action continue dans le temps. Alors que les actions d'antiseptie et de désinfection vont être efficaces un instant donné et nécessiter une action humaine, le cuivre voit son action perdurer sans intervention humaine !



© STERIAL

D'autre part, le cuivre antimicrobien peut compléter l'action des désinfectants. Ainsi, par exemple, un ammonium quaternaire va être inefficace contre un virus nu tel que le norovirus (cause de gastroentérites) ou le virus polio, alors que le cuivre antimicrobien Steriall® est capable de détruire ces agents infectieux.

Ainsi, le cuivre antimicrobien est à considérer comme un chaînon extrêmement important du plan d'asepsie en complément des autres mesures comme l'antiseptie des mains et des muqueuses, le port des gants ou la désinfection des surfaces.

L'étude Steriall® en EHPAD/MARPA

Steriall® a débuté en 2014, une étude en partenariat avec l'Université de Reims Champagne Ardenne (URCA) et cinq EHPAD/MARPA de Champagne-Ardenne. 1000 poignées de porte et 1000 mètres de rampes en alliage de cuivre antimicrobien ont été installés.

Les chercheurs de l'URCA mesurent l'impact du cuivre sur la réduction de la prolifération bactérienne. « Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on s'achemine vers une ère post-antibiotiques, et les infections courantes pourraient devenir de plus en plus dangereuses pour les populations à risque comme les malades ou les personnes âgées. Si cette expérimentation se révèle positive, elle pourrait permettre une avancée significative dans la lutte contre les bactéries dans les établissements de santé », estime le Dr Vincent Stoekel, copilote du Comité scientifique. 9

Alexis Pofilet - Steriall
www.sterial.com



© STERIAL

APICRYPT



La 1^{re} MESSAGERIE SÉCURISÉE EN SANTÉ facilitant la coordination des soins



Un réseau de plus de 60 000 utilisateurs

- 133 spécialités médicales et paramédicales utilisatrices
- 1 900 EHPAD et maisons de retraite
- 93% des laboratoires de biologie
- + 77% de pharmaciens apicryptés en 5 ans



APICRYPT s'intègre dans la majorité des logiciels médicaux

- Oubliez la ressaisie, et le classement dans les dossiers papier...
- Préparez vos statistiques rapidement et simplement



Un support technique disponible et gratuit 6j/7j

Un gain de temps précieux au profit de patients fragiles et dépendants ...



Chiffres APICRYPT Mars 2016

Informations et assistance technique : (Appel non surtaxé)

+33 (0)3 28 63 00 65 ou par mail : infoapicrypt@apicrypt.org

Du lundi au vendredi, de 8h à 19h sans interruption
et le samedi de 9h à 12h (hors jours fériés)

Découvrez les applications mobiles APICRYPT :



APICRYPT labellisée :



Rejoignez-nous :

www.apicrypt.org



Global Sham ESMS[®]

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

« Enfin un assureur qui nous soutient au quotidien ! »

Sham s'engage à vos côtés et vous accompagne en véritable partenaire, de votre performance avec son offre globale d'assurance et de services pour :

- Sécuriser votre activité
- Protéger les personnes accueillies et vos collaborateurs
- Protéger vos biens
- Compenser vos pertes financières

Global Sham ESMS[®], la solution tout-en-un pour exercer en toute tranquillité

➤ **2 formules au choix :**

Premium et Plus pour des niveaux de prise en charge adaptés à vos besoins

Découvrez aussi nos nouvelles solutions globales pour les spécificités des associations, des structures de maintien à domicile et de travail adapté sur www.sham.fr

Service Client

Du lundi au vendredi de 9h à 18h

Tél. : 04 72 75 2000

Fax : 04 72 75 2001

Mail : clientsms@sham.fr

www.sham.fr

PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE