

Développement durable
Un référentiel EMS

(page 26)

CURAVIVA

Revue spécialisée Curaviva

Association des homes et institutions sociales suisses



Le coût de la fin de vie

Repenser les modèles d'accompagnement de la vieillesse



Si l'on veut laisser un sentiment de fraîcheur chez ses clients,
il faut toujours être en route.

Tout l'assortiment à des prix corrects. Pistor à votre service.
www.pistor.ch

pistor
en marche depuis 1916 **100**

«Pour assurer les soins du futur, un changement de culture est nécessaire.»



Anne-Marie Nicole
Rédactrice

Editorial

À chaque automne, aussi inexorablement que tombent les feuilles des arbres, les coûts de la santé occupent l'actualité sur fond d'annonce des primes des caisses maladie pour l'année à venir. S'invite aussi dans les débats une inquiétude légitime quant à l'impact du vieillissement de la société sur le système de santé et son financement. Sans parler de l'épineux dossier des retraites...

Il est vrai que les perspectives démographiques à l'horizon 2030 – autant dire demain – donnent à réfléchir. Dans une récente étude sur la structure des soins aux personnes âgées dans les vingt-six cantons de Suisse, Jérôme Cosandey, directeur de recherche auprès du laboratoire d'idées Avenir Suisse, relève que, d'ici une vingtaine d'années, le nombre de personnes de 80 ans et plus augmentera de 70% par rapport à la population active (lire en page 6). Quant aux coûts globaux des soins aux personnes âgées, ils pourraient s'élever à plus de 18 milliards de francs en 2030, selon des projections officielles, contre 11 milliards en 2014. Pour assurer les soins du futur, le chercheur parle dès lors de flexibilité, de perméabilité et d'efficacité des prestations à mettre en œuvre, selon une approche globale. Dans cette perspective, il plaide en faveur d'une diversité des prestations pour être plus en adéquation avec la diversité des situations et l'évolution des besoins.

Si les cantons ont pour l'heure choisi des solutions différentes pour répondre au même défi du vieillissement démographique, les esprits semblent converger vers la nécessité d'un changement de culture dont les principaux enjeux sont le décloisonnement, la coordination et la continuité des soins. Pour Andrea Grünenfelder, collaboratrice scientifique à l'Institut zurichois Neumünster, qui consacre ses travaux et ses recherches à la qualité de vie des personnes âgées, il n'est plus question d'opposer prestations ambulatoires et stationnaires, mais de les faire coexister pour s'orienter vers de nouveaux modèles de prise en charge du grand âge (lire en page 10). Quelques projets

pionniers montrent qu'il est possible de prodiguer des soins à domicile, même lourds. À condition toutefois de modifier le système de facturation des prestations...

Au-delà de nos frontières aussi, les pays voisins négocient le tournant démographique, chacun à sa façon. L'Allemagne, par exemple, fait notamment le pari de la solidarité intergénérationnelle et de nouvelles formes de bénévolat. En France, la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur au 1er janvier 2016, table sur la prévention et la promotion de la santé pour préserver l'autonomie des personnes âgées et leur maintien à domicile le plus longtemps possible. Dans cette optique, les établissements de soins de longue durée sont de plus en plus nombreux à se réorganiser en «plates-formes gérontologiques» et autres «pôles des aînés» pour faire le lien entre domicile et institution et mettre leurs compétences au service des aînés de la commune ou du quartier.

Aujourd'hui, il est nécessaire de réorganiser les structures, voire de développer de nouveaux modèles et de nouvelles pratiques de soins et d'accompagnement des personnes vulnérables. Au-delà de l'enjeu financier, c'est un défi de société. ●

50
JAHRE
ANS
ANNI

COMUNITAS

publix.ch

Une bonne prévoyance
pour une vie sereine

Comunitas
Fondation de prévoyance
Bernastrasse 8 · 3000 Berne 6
Téléphone 031 350 59 59
www.comunitas.ch



COMUNITAS

TOUS LES ENFANTS
MÉRITENT
UNE FAMILLE



SOS VILLAGES
D'ENFANTS

Tous les enfants doivent pouvoir grandir dans une famille, aimés et protégés. SOS Villages d'Enfants donne un foyer à 75 000 enfants en détresse à travers le monde et soutient leur développement.

Grâce à votre don, vous donnez un avenir aux enfants du monde entier: www.sosvillagesdenfants.ch, CP 30-31935-2



La chaleur d'un foyer pour chaque enfant

vegi
planet

Suggestion de
présentation



Culinarium

Bischofszell Produits alimentaires SA | Culinarium
Industriestrasse 1 | 9220 Bischofszell | Tél. +41 (0)21 903 01 90
www.bina.ch/culinarium | www.culinarium-online.ch | www.porteurdavenir.ch

- Alternatives à la viande en variantes toutes différentes
- Certifiées par l'association Swissveg
- disponibles auprès des dépositaires régionaux



6



20



26

Sommaire

Gros plans sur le contenu de cette édition

Les coûts de la fin de vie

Des économies oui, mais pas aux dépens de la qualité

Une étude passe en revue la structure des soins aux personnes âgées dans les vingt-six cantons et propose des mesures d'optimisation qui permettraient d'économiser 1,9 milliard de francs.

6

Rester chez soi jusqu'au bout

À l'avenir, il faut privilégier les concepts d'habitat qui répondent à la volonté et au libre choix des personnes vieillissantes. Des soins stationnaires à domicile sont possibles.

10

Finir sa vie dans la dignité, à quel prix?

Christine Ergerszegi, ancienne conseillère aux États et ex-présidente de Curaviva Suisse, aborde un sujet tabou et s'interroge: combien la fin de vie a-t-elle le droit de coûter?

13

Les médecins meurent autrement

Pourquoi les médecins ne meurent-ils pas comme tout le monde? C'est ce qu'a voulu savoir Ken Murray, médecin lui-même. L'essai qu'il a publié à ce propos a rencontré un bel écho.

16

Le travail bénévole: un devoir de société

Aujourd'hui comme demain, la survie du système de santé passe par le bénévolat. Il est temps que la société et le monde politique repensent un modèle viable à long terme.

20

Management

Pour des établissements de soins responsables

Les établissements de soins ont aussi une responsabilité face aux enjeux du futur. Un programme de développement durable a été récemment initié en Suisse romande.

26

Actualités

29

Photo de couverture: La pression sur les coûts de la santé et le vieillissement démographique obligent à repenser des modèles de prise en charge qui tiennent compte des trajectoires des personnes âgées et de leurs besoins.

Photo: Keystone

Impressum



La *Revue spécialisée* CURAVIVA, publiée de manière trimestrielle, s'adresse aux EMS de Suisse romande, à leurs organes dirigeants et à leurs professionnels, aux décideurs et responsables politiques ainsi qu'aux nombreux partenaires du réseau santé-social qui oeuvrent en faveur des personnes âgées. Cette publication a pour objectifs de renforcer les liens au sein et autour du réseau des EMS au niveau romand, de donner une large audience aux actions, projets et initiatives des établissements, de valoriser les compétences et le dynamisme des professionnels, et d'informer les partenaires des préoccupations, activités et enjeux du secteur.

Editeur: CURAVIVA – Association des homes et institutions sociales suisses, 2016, 8^e année.

Adresse: Siège CURAVIVA SUISSE, Zieglerstrasse 53, 3000 Berne 14, tél. 031 385 33 33, fax 031 385 33.

Rédaction romande: Anne-Marie Nicole (amn), rédactrice responsable, case postale 10, 1231 Conches, redaction@curaviva.ch.

Rédaction alémanique: Beat Leuenberger (leu), rédacteur en chef, Urs Tremp (ut), Claudia Weiss (cw)

Correction: Stephan Dumartheray

Traduction: Jean-Luc Ingold, Anne-Marie Nicole

Annonces: Ringier Axel Springer Suisse S.A, Zurich, tél. 043 444 51 05, e-mail markus.haas@fachmedien.ch

Graphisme et impression: AST & FISCHER AG, 3084 Wabern (mise en page Susanne Weber)

Abonnements (non membres): abo@curaviva.ch; CHF 60.– par année, 4 parutions

Tirage: 1000 exemplaires

ISSN 1663-6058

Analyse de la structure des soins aux personnes âgées dans les vingt-six cantons

«Le potentiel d'économies ne se fera pas aux dépens de la qualité»

Une récente étude d'Avenir Suisse* passe en revue l'organisation des soins aux personnes âgées dans les vingt-six cantons. Une première. L'analyse de l'ensemble des structures et des facteurs de coûts montre qu'une économie de 1,9 milliard de francs par an pourrait être réalisée dans ce domaine.

Anne-Marie Nicole

Dans le cadre du «Monitoring des cantons», Jérôme Cosandey, directeur de recherche auprès d'Avenir Suisse, s'est penché sur les organisations cantonales des soins aux personnes âgées. Il a analysé les structures des coûts et les modèles de financement des prestations ambulatoires et stationnaires, y compris les structures intermédiaires, afin d'avoir une vision globale de la chaîne des soins dans les vingt-six cantons. Pour ce faire, il a pris son bâton de pèlerin et fait le tour du pays. «Il a d'abord fallu trouver le bon interlocuteur dans chaque canton, rattaché tantôt à la direction de la santé, tantôt à celle de l'action sociale. Ensuite, je pensais qu'après une dizaine d'entretiens, j'aurais une typologie des modèles cantonaux... Ce n'est qu'à partir du vingt-troisième que j'en ai trouvés deux ou trois qui se ressemblaient!», raconte le chercheur.

«Monitoring des cantons 7. De nouvelles mesures pour les soins aux personnes âgées. Organisation et financement d'une mission toujours plus importante». Étude complète en allemand et résumé en français sur www.avenir-suisse.ch

L'intention de cette étude est de disposer de nouvelles données chiffrées relatives aux soins aux personnes âgées et de proposer des mesures d'optimisation pour assurer les soins du futur. L'ambition de cette étude est aussi de montrer aux spécialistes de la branche et aux responsables politiques les pratiques mises en place dans d'autres cantons et de «les inciter ainsi à s'interroger, à s'interpeller, à apprendre les uns des autres et à sortir des sentiers battus», insiste Jérôme Cosandey. Son regret: ne pas avoir pu enrichir son étude des éléments liés à la qualité de vie reçue et perçue, ceux-ci n'étant pas disponibles pour tous les cantons. «Nous avons dû nous limiter à des données comparables. Cela ne veut pas dire que ce que l'on éclaire pas n'est pas important.»

«S'interroger, s'interpeller, apprendre les uns des autres et sortir des sentiers battus.»

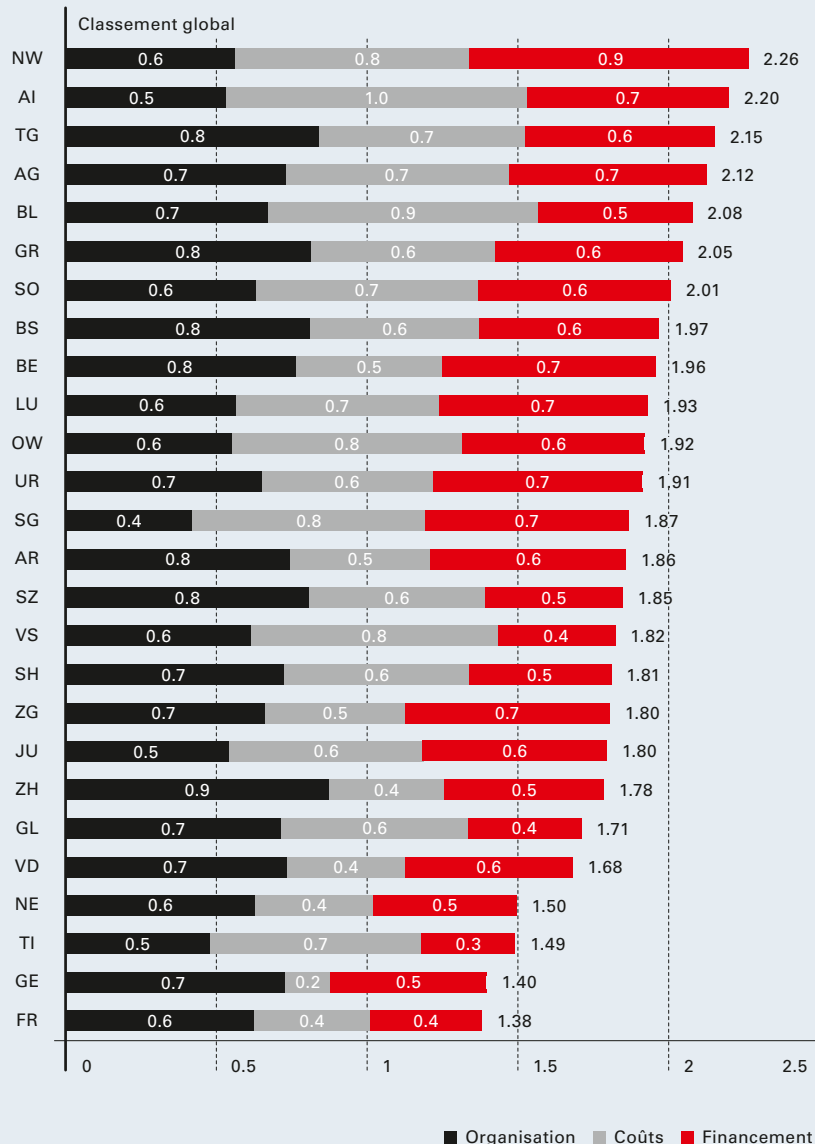
Mêmes défis, diverses solutions

À la lecture de l'étude, un premier constat s'impose: si les défis sont semblables, les solutions envisagées varient grandement d'un canton à l'autre, tant dans l'organisation des soins, que dans la structure des coûts et dans les modèles de financement. «Les situations ne sont pas du tout les mêmes si vous êtes en Appenzell, à

Saint-Gall ou à Genève». Les cultures et les valeurs qui président à l'organisation des soins aux personnes âgées diffèrent, en effet. Les critères géographiques et démographiques, ainsi que les orientations politiques agissent aussi sur la façon dont les acteurs de la chaîne des soins s'organisent entre eux.

Il existe également de grandes divergences en matière de coûts, dont les trois quarts sont des dépenses de personnel. Les différences entre cantons se cachent dans la dotation, le niveau des salaires et les exigences en matière de qualification des collaborateurs. Concernant les salaires, l'étude relève que «les coûts salariaux élevés dépendent surtout du pouvoir de négociation des partenaires sociaux et très peu des structures de

Le classement global des cantons



Ce classement reflète les trois volets qui ont fait l'objet de l'étude: l'organisation, les coûts et le financement des soins aux personnes âgées. Chacun de ces trois critères est pondéré de la même manière, avec un maximum possible d'un point (1,0). Ces trois facettes sont complémentaires et s'influencent réciproquement: une offre de soins étendue engendre des coûts élevés nécessitant un financement public plus important. Inversement, un fort financement public peut générer des inefficiences (engagement coûteux de ressources en personnel ou mauvaise gestion de l'offre et de la demande de soins).

Source: Avenir Suisse

salaires locales». Et de prendre en exemple le canton de Genève dont les coûts salariaux dans les soins dépassent la moyenne suisse de 38%, tandis qu'ils sont de 7% au-dessus dans le canton de Zurich et qu'ils s'alignent sur la moyenne suisse à Bâle-Ville. Quant à la dotation, elle peut varier de 30% d'un canton à l'autre. Enfin, Jérôme Cosandey relève que le mix de financement des soins aux personnes âgées dans notre pays est particulièrement complexe et que les solutions retenues par les cantons sont très variées. Il regrette notamment que le financement soit généra-

lement basé sur la structure des coûts et non sur les prestations fournies. En d'autres termes, «le choix du prestataire ne devrait être dicté que par les besoins en soins du patient et non pas par des incitatifs financiers.»

En 2014, les coûts globaux des soins aux personnes âgées s'élevaient à plus de 11 milliards de francs. Selon les projections officielles, ces dépenses globales pourraient s'élever à quelque 18 milliards de francs en 2030. «Avec la génération du baby-boom qui arrive à la retraite et qui aura besoin de soins d'ici une vingtaine d'années, nous allons au devant de grands défis, notamment en termes de ressources humaines», rappelle le chercheur. Actuellement, la population suisse compte une personne âgée de plus de 80 ans pour douze personnes actives. Ces dernières ne seront plus que sept à l'horizon 2035, parmi lesquelles il s'agira de recruter le personnel de soins et d'accompagnement. «Si on veut continuer de donner le même nombre de minutes de soins à chaque personne qui en aura besoin, en EMS ou à domicile, il faudrait alors presque doubler la part du personnel soignant parmi la population active...»

Les facteurs clés de succès

Pour assurer les soins du futur dans une société vieillissante, l'étude a identifié trois facteurs de succès que les cantons devraient respecter dans leur politique de soins aux personnes âgées:

- La flexibilité et la capacité d'adaptation. «Il faut maintenir la flexibilité dans la chaîne des soins afin de pouvoir ajuster rapidement et facilement l'offre et la demande lorsque les circonstances changent», explique Jérôme Cosandey. La flexibilité peut passer par la proximité territoriale mais dépend aussi de l'environnement réglementaire. «Prenez les cantons de Genève et Neuchâtel: tous deux ont des lois spécifiques qui révisent dans le détail le fonctionnement des services d'aide et de soins à domicile. Le moindre changement exige donc une modification légale, impliquant souvent une procédure longue.» Le rôle de l'État serait donc

de fixer les conditions cadres et de définir les règles du jeu pour que la flexibilité puisse être vécue. «Il s'agit d'avoir une approche globale, et non par type de prestations ou de prestataires. C'est un équilibre à trouver. Il faut laisser suffisamment de marge de manœuvre pour faire jouer la concurrence et assurer ainsi la flexibilité.»

- La perméabilité entre les prestataires de soins. Les générations à venir auront eu l'habitude d'exprimer leurs choix et

>>

continueront de le faire en ce qui concerne leurs soins. Dès lors, il s'agit de privilégier des formes d'organisation complémentaires et innovantes, ambulatoires et stationnaires. «On le voit aujourd'hui déjà, il y a un besoin urgent d'agir, notamment dans certaines régions confrontées à la pénurie de personnel soignant et de médecins qui partent à la retraite», observe Jérôme Cosandey, exemples à l'appui: au début du mois de novembre, dans le canton de Berne, Senevita a acquis Spitex pour la Ville et la Campagne dans le but de développer de nouvelles offres de soins ambulatoires et stationnaires et d'assurer aux personnes âgées un continuum de prise en charge. Auparavant, au printemps 2015, le Réseau Santé Balcon du Jura a vu le jour à Sainte-Croix, regroupant la médecine de premier recours, la prévention et promotion de la santé, l'accompagnement médico-social, l'hôpital et l'hébergement.

* Fondé en 1999, Avenir Suisse se décrit comme un «laboratoire de réflexion non conformiste et novateur». Sa préoccupation majeure est le développement social, économique et politique de la Suisse, selon une vision libérale du monde et de la société, orientée vers l'économie de marché.

L'étude dément aussi l'idée selon laquelle les services à domicile seraient moins chers que les EMS en matière de soins aux personnes âgées. Selon les cas, à partir de soixante minutes de soins par jour, la prise en charge peut être plus avantageuse en EMS qu'à domicile, «car le personnel spécialisé est mieux em-

ployé en fonction de ses compétences et les temps de déplacement improductifs peuvent être évités». Ce constat confirme, si besoin est, la nécessité d'une stratégie ambulatoire ET stationnaire, comprenant les structures intermédiaires. «Augmenter l'offre ambulatoire ne conduit pas systématiquement à une substitution de l'offre stationnaire», fait remarquer le chercheur, qui plaide en faveur d'informations de meilleure qualité sur les différentes offres et un bon «aiguillage» des personnes. «Une diversité de prestataires est plus en adéquation avec les besoins, mais elle coûte plus chère aussi. Il faut donc être plus efficace!»

«On le voit déjà aujourd'hui, il y a un urgent besoin d'agir.»

■ L'efficacité des coûts par la concurrence. L'étude vise à identifier les nombreuses possibilités préservant la liberté de choix ainsi que des éléments de concurrence favorisant l'émergence d'offres de soins économiquement efficaces et adaptées aux besoins. Le directeur de recherche privilégie le modèle de l'appel d'offres. C'est ce qu'on fait des communes du canton de Soleure pour l'organisation des services d'aide

Anzeige

CURAVIVA.CH

QUALITE DE VIE – EXISTE-T-IL UNE ATTITUDE COMMUNE DANS VOTRE INSTITUTION?

www.curaviva.ch/qualite

Klettern Sie mit Joseph (13) in die Mine. Dort ist Ihr Arbeitsplatz. 50 Meter unter der Erde.

Gemeinsam bringen wir Kinder aus Goldminen in Sicherheit: [Jetzt auf www.tdh.ch/spenden](http://www.tdh.ch/spenden)

Terre des hommes
Kinderhilfe weltweit. tdh.ch

et de soins à domicile. «L'approche est idéale car elle oblige à réfléchir à l'offre désirée et aux contraintes que l'on fixe pour la création des structures. De quelle heure à quelle heure? Dans quel délai? Avec quel personnel? On pourrait aussi imaginer mettre ainsi au concours le service hôtelier d'un nouvel EMS, ou ses activités d'accompagnement. On peut faire jouer le marché, imaginer de redistribuer les cartes...»

«Nous avons généralement un bon, voire un très bon niveau de soins.»

Par ailleurs, l'étude a estimé à près de deux milliards de francs le potentiel d'économies annuelles dans les soins aux personnes âgées. Selon les cantons, les coûts globaux des soins passent du simple au double. Si tous les cantons étaient capables de s'aligner au moins sur la moyenne suisse, cela permettrait de dégager des économies de l'ordre de 17% des coûts actuels, soit 1,9 milliard de francs. «Nulle part, les gens ne se plaignent que les soins sont de mauvaise qualité dans notre pays. Nous avons généralement un bon, voire un très bon niveau de soins. Cela me permet de dire que ce potentiel d'économies ne se fera pas aux dépens de la qualité. Nous avons de la marge», justifie Jérôme Cosandey.

Financement individuel et obligatoire

Dans ce contexte, Avenir Suisse propose un «capital-soins» obligatoire et individuel, qui permettrait de financer toute prestation d'aide ou de soins liée à l'âge, à domicile ou en EMS. «Notre volonté est d'améliorer l'équilibre entre ceux qui planifient les soins, ceux qui en profitent et ceux qui paient pour ça»,

Le canton idéal

Le canton idéal, selon Jérôme Cosandey: «C'est un canton très libéral, naturellement! Sa politique de financement est calquée par exemple sur le cadre légal actuel du canton de Berne: tous les prestataires de soins à domicile reçoivent une contribution identique du canton, indépendamment de leur raison sociale. Les organisations ayant une obligation de prise en charge reçoivent en plus un supplément par heure de soins et un forfait par habitant. A l'instar des cantons de Vaud ou de Bâle-Ville, ou encore de la commune lucernoise de Kriens, il dispose de guichets chargés d'accueillir et d'informer les personnes, de cerner leurs besoins individuels et de les orienter vers les structures adéquates, tant ambulatoires que stationnaires. Il laisse davantage de liberté aux prestataires de soins dans la façon de s'organiser entre eux. Il ne définit pas d'exigences en termes de CCT (contrairement à bien des cantons romands) ni de niveaux de formation du personnel (à l'instar de cantons comme Schaffhouse ou Lucerne). En revanche, il contrôle de près le respect des indicateurs de qualité médicaux tels que la malnutrition ou la médication, et il assure aussi un suivi qualitatif des personnes soignées. C'est un canton qui est aussi capable de s'ajuster rapidement aux nouveaux besoins de la population.»



«Freinons au moins la croissance des coûts.» Jérôme Cosandey, directeur de recherche, Avenir Suisse

argumente Jérôme Cosandey. Selon les calculs d'Avenir Suisse, le coût moyen des soins et de l'assistance dans un EMS, hors prestations hôtelières et participation du résident, se montait à 135'000 en 2014. Si l'obligation d'épargner commençait à 55 ans et durait jusqu'à l'âge d'entrée moyen en EMS, la prime mensuelle se situerait autour des 250 francs. Pour l'heure, la proposition a reçu un accueil encore mitigé au niveau politique. Mais, selon son concepteur, elle fait son chemin, pose les questions et ouvre le débat plus général sur le financement de la dépendance liée à l'âge.

«Inspirons-nous des cantons qui sont mieux organisés.»

L'étude d'Avenir Suisse a le mérite d'apporter une transparence sur les prestations de soins. Elle tord aussi le cou à quelques idées reçues et confirme certaines tendances. Jérôme Cosandey reste optimiste quant à la capacité de la branche à se réinventer et à évoluer. «Aujourd'hui, nous avons un très bon niveau de soins. Inspirons-nous des cantons qui sont mieux organisés. Freinons au moins la croissance des coûts des soins liés à l'âge, sachant que les primes maladie vont continuer d'augmenter. Chaque contribuable, chaque assuré est un résident potentiel.» ●

Des établissements pionniers le disent: les soins stationnaires sont possibles à domicile

Le système de facturation est une menace pour le maintien à domicile

Des soins intensifs jour et nuit sont aussi possibles dans un logement privé, adapté au grand âge. L'intérêt pour ce modèle de prise en charge va croissant. Pour convaincre les caisses maladie, il convient d'adapter le système de facturation des prestations.

Andrea Grünenfelder *

Erika Müller a 83 ans. Elle aime son appartement adapté à l'âge et aimerait pouvoir y vivre pour le restant de ses jours. Il est intégré dans une institution qui propose aussi des prestations de soins et qui exploite un restaurant. Erika Müller a trouvé cet appartement à quelques pas de la gare de Lucerne, dans un quartier du centre ville où elle a grandi et dont elle connaît tous les recoins. Dans cet appartement à l'architecture sans obstacles et doté d'un bouton d'appel, elle se sent en sécurité. Bien qu'utilisant un cadre de marche, elle peut s'y déplacer sans l'assistance de personne. Une aide des services à domicile internes passe tous les matins pour quelques soins. À midi, elle profite du restaurant de l'institution pour prendre un repas

Il s'agit de s'orienter vers un modèle «ambulatoire ET stationnaire.»



* **Andrea Grünenfelder**, Dr. phil., est collaboratrice scientifique à l'Institut Neumünster, à Zollikerberg (ZH). Ses thèmes de prédilection sont la psychologie de la santé et l'habitat au grand âge.

chaud. Elle apprécie beaucoup ce mode d'hébergement: elle se sent en sécurité et bien entourée, tout en préservant son indépendance.

Récemment, en rentrant chez elle après une répétition de chant, Erika Müller a chuté sur le sol verglacé et s'est sérieusement blessée. Le diagnostic est sans appel: fracture du col du fémur. Pour elle, les conséquences sont graves. Comme elle a désormais besoin de beaucoup plus de soins qu'auparavant, et que l'institution à laquelle appartient son appartement n'est pour l'heure pas en mesure de prendre en charge des situations de soins aussi exigeantes, le médecin l'a orientée vers un établissement de soins de longue durée.

Rester à la maison, un besoin fondamental

La vieille dame de 83 ans n'est pas la seule à souhaiter «rester à la maison jusqu'à la fin». C'est un besoin fondamental pour la plupart des personnes âgées en Suisse. Le secteur des soins et de l'accompagnement prend en considération ce besoin depuis longtemps et défend avec toujours plus de conviction la devise «ambulatoire avant stationnaire». On essaie par tous les moyens de prendre soin des personnes âgées dans leur environnement aussi longtemps que possible, jusqu'au jour où la dépendance aux soins est telle qu'il n'y a plus d'autre solution que l'entrée en institutions de soins de longue durée. Les spécialistes de l'âge et les associations spécialisées telles que Curaviva Suisse encouragent cependant à penser un pas plus loin. Plutôt que «ambulatoire avant stationnaire», il s'agit de s'orienter vers un modèle «ambulatoire et stationnaire». Actuellement, les soins ambulatoires et stationnaires sont financés très différemment. Les trois contributeurs que sont l'État, les caisses maladie et les assurés paient diversement, selon que les soins sont ambulatoires ou stationnaires. Pour

une caisse maladie, il est par exemple nettement plus avantageux que les personnes nécessitant peu de soins soient prises en charge de bonne heure dans une structure de soins stationnaires, car sa participation aux coûts est relativement faible dans un tel cas. Pour les pouvoirs publics, en revanche, la solution ambulatoire est plus intéressante, pratiquement à tous les niveaux de besoins en soins. La loi prévoit à partir de quel moment une caisse maladie peut refuser de continuer à payer des soins ambulatoires pour des personnes qui vivent en logement adapté. Les personnes sont alors soumises, à l'instar d'Erika Müller, au bon vouloir des caisses maladies si elles veulent rester dans leur appartement et pouvoir prétendre à une prise en charge ambulatoire. Les personnes financièrement aisées décident généralement de payer de leur poche les prestations ambulatoires pour ne pas avoir à entrer en EMS. Aujourd'hui, c'est donc le système de décompte des prestations en ambulatoire ou en stationnaire qui semble largement décider du lieu de vie des personnes âgées. Une personne comme Erika Müller, qui avait besoin de peu de soins jusque-là mais qui en nécessite désormais bien davantage, est contrainte d'intégrer une structure stationnaire. En effet, ses besoins en soins dépassent le contingent fixé (et prévu par la loi) à quelque 300 heures de soins par trimestre et son assurance maladie

Il importe que le nouveau lieu de vie soit vécu comme le véritable chez-soi.

n'est pas disposée à payer le surplus d'heures en ambulatoire. Pour la caisse maladie, le transfert d'Erika Müller dans une structure de soins stationnaires est bien plus avantageux. Cependant, pour considérer en priorité les besoins des personnes âgées, c'est au système de facturation de s'adapter aux situations des personnes et non l'inverse. Il est aussi intéressant de constater que les coûts normatifs des deux modèles – ambulatoire ou stationnaire – sont quasi identiques.

La situation actuelle

Aujourd'hui, il est d'usage d'ordonner un transfert de l'ambulatoire au stationnaire lorsque les besoins en soins excèdent soixante minutes par jour ou lorsque des interventions rapides et flexibles sont nécessaires, comme aider une personne à aller aux toilettes. C'est aussi le cas lorsque des pathologies complexes, comme une démence avancée, s'accompagnent d'une mise en danger pour la personne elle-même ou pour son entourage. Pour l'organisation des soins, un home constitué de nombreuses petites chambres convient mieux aux situations de forte dépendance qu'un grand immeuble avec des appartements. Toutefois, il faut admettre que ce point de vue unilatéral ne répond qu'aux exigences de l'organisation des soins et peu aux véritables besoins des résidentes et résidents. La re-

>>



«Rester à la maison jusqu'à la fin»: le secteur des soins connaît ce besoin et essaie de prendre soin des personnes âgées dans leur environnement aussi longtemps que possible.

Photo: Maria Schmid

cherche actuelle s'exprime clairement à propos des besoins de la population âgée: la plupart des seniors vivent très mal la perspective d'un déménagement en institution de soins et souhaiteraient vivre le plus longtemps possible dans leurs propres murs avec l'assistance nécessaire.

Le maintien à domicile présente toute une série d'avantages en termes de santé, de bien-être psychologique, de relations sociales et donc aussi de moyens financiers, tant pour les personnes concernées que pour la collectivité en général. D'abord, le logement à soi constitue souvent le point d'ancrage d'une personne vieillissante, à partir duquel s'organise plus facilement son quotidien. Le chez-soi n'est pas uniquement un lieu où manger, vivre et dormir; par son aménagement personnel et individuel, il est aussi l'expression de son identité. Ensuite, le logement à soi est un lieu privé, où se retirer, qui permet à la personne de gérer ses relations sociales comme bon lui semble. En maître des lieux, elle décide seule des visiteurs qu'elle veut recevoir chez elle ou non. Ensuite, le logement à soi ne devrait pas être isolé, mais considéré dans le contexte d'un quartier spécifique. De nombreuses personnes âgées ont instauré des rituels quotidiens en lien avec leur espace de vie: ainsi, le matin, ils vont dans leur boulangerie habituelle, l'après-midi dans leur café favori, et le soir le voisin jette toujours un œil. Changer de domicile signifie généralement renoncer à ces rituels importants qui rythment la journée. À un âge avancé, déménager, s'habituer à un nouvel environnement et aménager un nouveau chez-soi demande à la personne un effort psychologique considérable. Lorsqu'un tel changement intervient très tard, qu'il se fait directement du domicile à l'institution de long séjour, il est rare que la chambre – souvent le dernier domicile – devienne un nouveau chez-soi. Enfin, le logement à soi reste souvent une solution plus avantageuse que l'hébergement dans un home, malgré le recours à long terme à diverses prestations d'aide et de soins.

De l'avis unanime des spécialistes du domaine médico-social, tous ces facteurs contribueraient à maintenir les personnes âgées actives plus longtemps. Globalement, les finances publiques s'en sortiraient mieux aussi. Il semble en effet contraire au bon sens de placer des personnes dans des établissements de soins, de les priver des tâches du quotidien, et de leur proposer toute une palette d'activités coûteuses pour les remettre en forme. Il s'agirait plutôt de proposer juste ce qui est absolument nécessaire en fonction des besoins et de laisser à l'individu autant de liberté de choix que possible. Diverses études récentes affirment en effet que la liberté de choix est un facteur essentiel de bien-être au quotidien chez les personnes âgées. Cette autonomie doit être préservée aussi longtemps que possible dans un logement à soi, sans barrières architecturales et adapté à l'âge.

Que faire?

Pour permettre à l'individu de passer sa vie entière dans son propre logement, des mesures et des approches nouvelles sont à envisager de part et d'autre. Du côté des personnes âgées d'abord: elles devraient être disposées à chercher un appartement adapté à leurs besoins futurs tant qu'elles sont encore en

relativement bonne santé, afin de s'y installer pour le long terme. Nouveau lieu d'expression de l'identité, ce logement devrait idéalement se situer dans la même commune ou dans le même quartier de façon à ce que le déménagement n'oblige pas à renoncer à tous les petits rituels du quotidien. Il faut en effet privilégier une certaine continuité dans le parcours de vie. Avant tout, il importe que le nouveau lieu de vie soit vécu comme le véritable chez-soi.

Pour leur part, les prestataires doivent pouvoir garantir jusqu'en fin de vie des soins et un accompagnement dans les appartements adaptés. Il faut alors envisager des soins stationnaires dans une structure habituellement prévue pour des soins ambulatoires. Les soins stationnaires ne sont donc plus conçus comme des soins dispensés en institution ou à l'hôpital, mais comme des soins requis vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Le logement individuel remplace la chambre d'EMS. Le système de facturation des prestations doit être organisé de façon à ce que les soins et l'accompagnement puissent être assurés dans les appartements adaptés, en ambulatoire ou en stationnaire.

Les expériences de quelques établissements à l'esprit de pionniers montrent que les soins même intensifs sont aussi possibles à domicile, d'un point de vue logistique, financier et économique. La

Fondation Stapfer, à Horgen, ou le centre de logements Furrh, à Wädenswil, tous deux dans le canton de Zurich, ont déjà négocié avec la direction de la santé des autorisations de soins pour les appartements pour personnes âgées et proposent avec succès ce modèle au sein de leur établissement, malgré des trajets plus longs pour le personnel soignant. Seule exception à cette prise en charge, les situations de démence avancée qui exigent régulièrement des évaluations individuelles. Mais même dans ces cas-là, grâce à l'implication des proches ou à diverses mesures comme l'intégration dans des structures de jour spécialisées, le maintien à domicile reste possible. Ces établissements pionniers ont ouvert la voie et constatent une très grande demande pour ce type d'habitat, tandis que de nombreux homes médicalisés se battent pour occuper leurs lits.

En résumé

Seuls ont de l'avenir les concepts d'habitat qui répondent à la volonté et au libre choix des personnes vieillissantes, plutôt qu'orienter leur organisation selon le système de facturation. Il faut espérer que d'autres prestataires proposant des appartements adaptés manifestent de telles intentions; des prestataires qui défendront des approches plaçant l'humain au centre et dont les revendications rencontreront une oreille attentive auprès des autorités responsables et éveilleront l'intérêt dans les débats politiques autour des questions de santé. Il faut aussi espérer pouvoir ainsi donner un nouvel élan qui remette fondamentalement en question la séparation arbitraire entre soins ambulatoires et soins stationnaires. ●

Texte traduit de l'allemand

Christine Egerszegi, ancienne présidente de Curaviva Suisse, aborde un sujet tabou

Combien la fin de vie a-t-elle le droit de coûter?

Qui peut prétendre à une opération coûteuse en fin de vie? À un médicament hors de prix? Quelles conditions doivent être remplies pour recourir à l'assistance au suicide? Ces questions doivent impérativement être débattues par une société solidaire à l'avenir.

Christine Egerszegi-Obrist*

«Combien une fin de vie a-t-elle le droit de coûter?» Ce n'est pas une question qu'une politicienne se pose tous les jours. À propos de la naissance, le législateur formule, certes, de nombreuses obligations et définitions; il est même vigilant très tôt, déjà lors de la rencontre entre l'ovule et le spermatozoïde. Mais sur la mort, on ne dit presque rien: dans l'article 10 de la Constitution fédérale, on mentionne que la peine de mort est interdite, dans le Code pénal, on décrit la mort telle qu'elle survient, au moment de la mort on distingue l'aide active de l'aide passive, et dans la loi sur la transplantation d'organes, la mort doit avoir été constatée. Mais combien coûte le fait de mourir? Pour cela il nous manque des mots.

De fait, on parle très peu de cette ultime étape de vie. Pourtant, en un temps où la politique se penche davantage sur les coûts



* **Christine Egerszegi-Obrist**, ancienne conseillère aux États, a présidé durant sept ans l'association Heimverband Schweiz (HVS), puis l'association qui lui a succédé, Curaviva Suisse, de 2003 jusqu'au milieu de l'année 2004.

de la formation et de la santé que sur leur contenu, même cette question n'est pas complètement hors de propos: combien peut coûter la fin de vie? 4973.75 francs? Ou combien de travail? De dépenses? D'énergie? De nerfs? De sentiments, de douleurs? À exprimer sur des formulaires? Avec des traitements coûteux pour prolonger la vie? Ou alors sous forme de commerce lucratif par une organisation d'assistance au suicide?

Des réponses à cinq questions

■ Sommes-nous prêts à assurer le financement des soins requis jusqu'en fin de vie?

Dans les buts sociaux figurant à l'article 41 de la Constitution fédérale, la réponse est claire: «La Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que b. toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé.»

Mais qu'en est-il à la fin de la vie, quand la responsabilité individuelle n'est presque plus perceptible et que l'initiative privée disparaît devant la grande dépendance aux soins? Qu'en est-il si on ne peut plus parler de contribution personnelle à sa propre santé mais seulement de soulagement des douleurs ou d'amélioration de la situation?

Les gens doivent alors pouvoir compter sur un solide réseau d'aide de la Confédération et des cantons:

Avec une offre étendue des services d'aide et de soins à domicile (vingt-quatre heures sur vingt-quatre, soins oncologiques, soins palliatifs). Avec l'assurance de soins médicaux disponibles dans l'ensemble du pays. Avec suffisamment de places

«Nous avons la responsabilité de garantir à tous les soins nécessaires jusqu'à la fin de vie.»

>>

dans les hôpitaux, les homes et les unités de soins palliatifs spécialisées pour les situations de soins les plus lourdes. Avec des possibilités de conseils pour répondre aux questions touchant aux assurances sociales (avant tout les prestations complémentaires, l'allocation pour impotent). Nous avons la responsabilité de garantir à tous les soins nécessaires jusqu'à la fin de la vie.

■ Que pouvons-nous faire afin que les coûts des soins pour les personnes en fin de vie soient supportables?

L'évolution des coûts dans le domaine des soins de longue durée, tout comme dans le système de santé en général, se traduit par des hausses importantes. Elles tiennent compte des besoins et de la situation conjoncturelle actuelle.

Des exigences de qualité plus élevées, une augmentation du nombre de personnes âgées – et par conséquent de la part de la population dépendante –, l'adaptation des salaires et la hausse permanente du prix des médicaments entraîneront inéluctablement une augmentation des coûts, à l'avenir aussi. Les différents projets de révision de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), particulièrement le «financement des soins» entré en vigueur le 1er janvier 2011, ont jeté des bases

déterminantes: nous avons encore et toujours besoin d'une bonne assurance-maladie (pas de répartition des assurés selon les groupes de risques). Il est juste qu'avec la modification de la LAMal, les critères de compensation des risques entre les caisses ne prennent pas seulement en compte l'âge et le sexe mais aussi les frais résultant du nombre de journées de soins à l'hôpital ou en EMS pour que la «chasse aux bons risques» entre caisses soit moins attractive. On a désormais encore affiné ce système avec l'indice de morbidité.

Le nouveau financement des soins à long terme a apporté des allègements: la part à charge des patients ne doit pas dépasser 20% des coûts et personne ne doit devenir un cas social en raison de ses besoins en soins. L'accès à des prestations complémentaires a été facilité, les pouvoirs publics devraient assumer les coûts résiduels.

Et pourtant, il demeure des lacunes dans la loi actuelle, qui sont surtout tangibles quand un patient est placé en milieu stationnaire dans un autre canton: est-ce alors au canton de domicile initial de payer les coûts résiduels, comme c'est le cas pour les prestations complémentaires, parce qu'un séjour en EMS ne constitue pas un nouveau domicile? Ou est-ce au nouveau canton de domicile, là où les impôts sont payés, de s'en acquitter? Comme les cantons n'ont pas pu s'entendre, la loi est actuellement revue par les deux chambres du Parlement.

Régulièrement revient aussi l'appel en faveur d'une assurance spécifique de soins. Mais une telle assurance créerait une nouvelle injustice, puisque relativement peu de personnes (4% des 65 à 75 ans) recourent aux prestations de soins, mais ont payé des primes pendant des décennies.

La maîtrise des coûts des soins est un grand défi pour les années à venir. Pour le relever, il faut que la population soit prête, en toute liberté, à faire preuve de solidarité envers les plus faibles. Nous n'y sommes pas seulement contraints légalement mais aussi humainement.

■ Combien les mesures destinées à prolonger la vie ont-elles le droit de coûter?

Nous attendons, exigeons et encourageons les progrès de la médecine. Ils nous donnent d'immenses chances de traitement. Ils nous confrontent cependant à l'inéluctable et très difficile question: existe-t-il des critères à respecter pour justifier les frais énormes occasionnés par une thérapie, peut-être utile, de cellules souches, par une opération très coûteuse ou par la prescription de médicaments extrêmement chers en fin de vie? Si oui, lesquels? Toutes les vies n'ont-elles pas la même valeur? Nous devons trouver des réponses communes et ce sera, à mon avis, l'un des plus grands défis à relever par toutes les parties prenantes dans le domaine de la santé. Malheureusement, aujourd'hui encore, c'est un sujet complètement tabou. Aussi longtemps que nous n'entamerons pas le débat sur ces questions entre médecins, soignants, organisations de patients, représentants des proches, assurances-maladie et le législateur pour tenter d'élaborer des solutions acceptables pour tous, les décisions qui s'y rapporteront seront souvent prises sans aucun contrôle. Et ce n'est pas admissible.

Lors de chaque discussion sur les coûts, nous devons être conscients qu'il y a dans l'assurance maladie solidaire des payeurs de prestations et des bénéficiaires de prestations. Les deux sont liés par une solidarité qui fonctionne bien mais dont il ne faut pas abuser. Dans ce domaine délicat, les décisions ne doivent pas seulement être humaines mais aussi équitables. Entamons ce débat dès aujourd'hui!

■ Si la naissance et la mort sont les seules choses qui touchent dans une même mesure tous les individus dans notre pays, ne devraient-elles alors pas être abordées sur un pied d'égalité dans notre système de santé?

Notre Constitution porte au commencement de la vie une attention prévenante (procréation médicalement assistée, droit à la vie), tout comme de nombreux autres textes légaux, dans le but de protéger cette phase de l'existence particulièrement délicate. Ne devrions-nous pas accorder la même attention à la fin de la vie?

Dieu soit loué, les centres de consultation pour les mères sont bien implantés partout. Ne devrait-il pas y avoir aussi pour les personnes en fin de vie, pour les personnes dépendantes et pour leurs proches, des centres de consultation spécifiques? Des institutions qui sont accessibles à tous, qui sont soutenues par des fonds publics et qui ne vivent pas, comme c'est le cas aujourd'hui de bon nombre d'associations d'entraide, dans l'angoisse permanente de disparaître parce qu'elles n'ont pas de base financière solide?

Aujourd'hui, une femme peut choisir librement où elle veut mettre au monde son enfant: à la maison, à la maternité, à l'hôpital ou dans une clinique spécialisée. Pourquoi ne pouvons-nous donc pas choisir tout aussi librement où nous voulons mourir? 80% des mourants finissent leur vie dans un hôpital ou un EMS. Or, si on demande aux personnes âgées où elles souhaitent mourir, 80% d'entre elles répondent «à la maison». Pour le leur permettre, il nous manque cependant aujourd'hui le personnel formé nécessaire, en mesure de garantir la prise en charge et les

**«Je milite pour que
l'individu puisse
décider librement de
sa vie.»**

soins dans cette ultime phase de l'existence. Nous devons absolument combler des lacunes en matière de formation et de pratique.

Intégrer les centres de soins palliatifs dans la LAMal

Le personnel médical spécifiquement formé pour les naissances est une évidence. Mais nous avons aussi besoin de personnel qualifié pour la fin de la vie.

De haute lutte, les maternités ont été intégrées dans la LAMal. Pourquoi n'en va-t-il pas de même pour les centres de soins palliatifs? Il faut aujourd'hui encore se battre pour obtenir le paiement des prestations de soins palliatifs, tandis que cela ne fait aucun doute que l'opération de la hanche d'un fringant octogénaire est prise en charge par son assurance.

La prise en charge de chaque opération que doit subir une personne âgée atteinte d'un cancer avec métastases n'est absolument pas remise en question. Et c'est aussi juste ainsi. Mais alors, il est tout aussi juste de payer les soins prodigués à un patient gravement malade qui renonce à des opérations supplémentaires destinées à prolonger sa vie. Dans sa globalité, la médecine palliative doit être traitée de la même façon. Même dans ses derniers instants, la volonté du patient doit être au centre des préoccupations. Mais il ne nous est pas facile de parler de ce sujet tabou.

«La maîtrise des coûts des soins est un grand défi pour les années à venir.»

■ Comment gérons-nous l'assistance au suicide?

En tant que femme libérale, je milite pour que l'individu puisse décider librement de sa vie selon sa volonté, jusqu'à la fin. Il doit ainsi pouvoir décider lui-même du moment de sa mort, si c'est ce chemin qu'il choisit. Malgré cela, durant mes dernières années au parlement, j'ai enjoint de façon répétée le Conseil fédéral d'intervenir dans ce domaine. La législation actuelle est fortement mise à contribution par les problèmes liés aux associations d'assistance au suicide.

Dans sa prise de position, la Commission nationale d'éthique recommande que les organisations qui proposent et assurent en Suisse une assistance au suicide soient soumises à la sur-



«Nous avons besoin de personnel qualifié pour le début comme pour la fin de la vie.» Ici, l'hospice de Brugg (AG) pour les soins et l'accompagnement de fin de vie.

Nous devrions aussi aborder les questions de l'utilité et du coût de certains traitements. Non seulement d'un point de vue financier, mais avec la conscience de notre propre finitude. Nous devons apprendre à parler de la mort!

veillance de l'État. Des dispositions légales doivent garantir la libre détermination du patient au même titre que l'assistance aux personnes tentées par le suicide, assistance qui s'inscrit dans la protection de leur vie.

La Commission éthique a posé des règles minimales: la capacité de discernement comme condition, et absence de maladie psychique; une grave souffrance liée à une maladie; le souhait de mourir ne découle pas d'une impulsion ni d'une crise passagère, il est libre de toute pression extérieure; toutes les autres solutions sont explorées et envisagées avec la personne concernée; de multiples contacts personnels sont absolument indispensables; aucun avantage financier direct ou indirect ne doit en ressortir; les risques d'abus doivent être limités: la transparence des structures et des processus (y compris la comptabilité) doit être garantie; nécessité absolue de contrôles par des personnes et des spécialistes internes et externes à l'organisation.

Ce sont des recommandations qui pourraient servir de base à une réglementation légale. Nous devons empêcher que des démarches irrévocables soient entreprises sous le coup de réactions spontanées; nous devons remettre en cause le tourisme de l'aide au suicide venant de l'étranger; nous devons exiger des processus contrôlables et la transparence financière dans l'activité des organisations d'aide au suicide. Il faut être membre d'Exit, ce qui diminue le danger d'une action irréfléchie. Les conditions sont clairement décrites.

Mais une chose est certaine: la fin de vie ne doit pas devenir un business.

Et alors, combien la fin de vie a-t-elle le droit de coûter?

Les moyens mis en œuvre pour la prise en charge et l'accompagnement des mourants ne peuvent être réduits à des coûts à charge. Les défis sont multiples. Il faut en appeler à la solidarité de la société dans son ensemble. Nous serons tous un jour dans cette situation. Les rapports avec les mourants exigent respect, attention et humanité, partout – même de la part du politique. Voilà pourquoi il serait plus juste de remplacer la question «Combien la fin de vie a-t-elle le droit de coûter» par cette autre: «Que pouvons et devons-nous faire pour que les gens de notre pays puissent finir leur vie dans la dignité?» ●

Médecin de famille, Ken Murray soulève des questions urgentes sur la mort

«Les médecins ne meurent pas comme les autres»

Les médecins connaissent les traitements et thérapies de pointe. Mais ils en font beaucoup plus rarement usage pour eux-mêmes que pour leurs patients. Le médecin Ken Murray a voulu savoir pourquoi. L'essai qu'il a écrit sur le sujet a manifestement frappé les esprits.

Claudia Weiss

Quand un médecin est atteint d'une maladie incurable, le chemin qui le conduit à la mort n'est pas le même que celui de ses patients. Ken Murray, 64 ans, médecin retraité de Los Angeles, en est arrivé à cette conclusion après avoir mené une enquête auprès de ses collègues. Traitent-ils leurs patients de la même façon qu'ils l'auraient fait pour eux-mêmes ? Voilà ce qu'il voulait savoir des autres médecins interrogés. Ils ont tous eu la même réaction, déstabilisante à certains égards: ces médecins qui, de fait, sont informés des traitements possibles les plus récents et auraient accès aux thérapies les plus pointues, n'y recourent généralement pas. «Les médecins évitent pour eux-mêmes les traitements excessifs», explique Ken Murray qui a regroupé dans un essai passionnant toutes leurs réponses, assorties de ses réflexions et de ses expériences personnelles, «C'est qu'ils en voient en permanence les conséquences.»

Ken Murray, médecin de famille, a écrit son essai il y a cinq ans, à la demande du forum Internet «Zocalo Public Square», comme il l'avait déjà fait auparavant par le biais d'autres contributions. Et il a été presque terrifié par l'écho suscité. Son texte, paru sous le titre «Comment meurent les médecins. Pas comme les autres gens, alors que cela devrait être le cas», a été repris en

très peu de temps et à moult reprises sur le net, à travers des forums, des sites médicaux, des pages d'accueil religieuses et sur des milliers de blogs personnels. «Apparemment, j'ai tapé dans le mille à un moment opportun», a-t-il déclaré au «New York Times». Son exposé a suscité quelque huit cents commentaires, la plupart du temps sous forme d'histoires très personnelles de proches qui avaient vécu de près comment des patients avaient été surtraités et, de ce fait, avaient connu une fin de vie épouvantable.

Une survie trois fois plus longue mais de piètre qualité

Tout avait commencé avec le mentor et ami de Ken Murray, Charlie, un orthopédiste qui souffrait d'un carcinome du pancréas. Son médecin traitant avait appris la nouvelle à Charlie et aussitôt dressé un plan de soins: il avait, disait-il, développé une nouvelle méthode précisément pour ce genre de cancer qui triplait de 5 à 15% les perspectives de survie de cinq ans d'un patient – toutefois avec une piètre qualité de vie. «Charlie n'était pas intéressé», écrit Ken Murray, laconique. Charlie a donc quitté l'hôpital, il est revenu chez lui et a passé son temps le plus agréablement possible au sein de sa famille. «Quelques mois plus tard, il est mort à la maison. Sans chimiothérapie, ni rayons ni opération.»

Il va de soi, écrit Ken Murray, que les médecins ne veulent pas non plus mourir avant l'heure. Cependant, ils préfèrent quand même que ce soit avant l'heure plutôt que de se soumettre à une batterie de traitements superflus, voire nocifs, qui, certes, les maintiennent en vie un peu plus longtemps mais leur enlèvent toute joie de vivre. «Presque tous les médecins professionnels ont vu ce que provoquent sur les patients des thérapies inutiles», écrit-il. Et de conclure radicalement: «Le patient est découpé, percé de tuyaux, attaché à des

«Les médecins évitent pour eux-mêmes les traitements excessifs.»

machines et attaqué par de puissants médicaments.» Et tout se passe aux soins intensifs pour des milliers de dollars ou de francs par jour. «Au bout du compte, ce qu'on en retire est une souffrance qu'on ne souhaiterait même pas à un terroriste.» Ken Murray lui-même a fermé son cabinet à 55 ans parce qu'il n'avait plus aucun plaisir à exercer la médecine dans ces nouvelles conditions. Il avait déjà quitté auparavant le service hospitalier dans lequel il intervenait. Dès lors, il a consacré le temps ainsi gagné à ses nombreux hobbies: il lit trois à quatre livres par semaine et assiste à une quinzaine de conférences chaque mois. Il est également professeur de voile diplômé et forestier volontaire. Et il écrit des chroniques. Ce sont ceux qui ont bien vécu qui réussissent le mieux leur mort. Au début, Ken Murray a bien dû admettre ouvertement que les conclusions auxquelles il était arrivé dans son essai ne se basent que sur les déclarations de ses confrères et n'ont donc aucun fondement scientifique.

Une étude conforte la supposition

Pourtant, il y a peu, un lecteur lui a envoyé par courriel une étude qui était scientifiquement ses conclusions personnelles: pour cette étude publiée en 2008 dans «The Archives of Internal Medicine», plus de huit cents médecins, ayant terminé leurs études de médecine entre 1948 et 1964 à la Johns Hopkins University, ont été interrogés. La plupart d'entre eux étaient entre-temps devenus des sexagénaires et des septuagénaires, et les questions portant sur la fin de vie avaient dépassé depuis longtemps le stade des hypothèses les concernant.

À la question de savoir quels soins ils souhaiteraient pour eux-mêmes s'ils étaient atteints d'une maladie cérébrale irréversible, mais pas mortelle, entraînant de sévères troubles cognitifs, ces médecins avaient répondu à une majorité impressionnante qu'ils refuseraient expressément toute réanimation, sonde alimentaire, respiration artificielle et autres interventions habituelles. La supposition de Ken Murray recevait là une base empirique.

Des médecins, des patients – et le système.

Mais alors comment se fait-il, s'interroge Ken Murray dans son essai, que les médecins infligent à leurs patients autant de traitements qu'ils n'aimeraient jamais endurer eux-mêmes? «La réponse est simple – ou peut-être pas si simple: des patients, des docteurs et le système.» En cas d'urgence, si l'on demandait aux proches s'il faut entreprendre tout ce que la médecine offre comme possibilités, dit Ken Murray, ils répondraient oui – sans la mention essentielle: «Mais seulement ce qui est médicalement possible et qui fait sens.» Par ailleurs, précise Ken Murray, bien des gens se font une idée irréaliste de ce que peuvent vraiment faire les médecins, par exemple lors d'une réanimation cardio-pulmonaire. Au cours de sa carrière, lui-même n'a vu qu'un seul patient se balader hors de l'hôpital sur les centaines qu'il a réanimés; pour les autres, ce ne fut que le début de leur souffrance.

Texte traduit de l'allemand



Une vie trois fois plus longue, mais de piètre qualité.

Photo: Keystone

Bien sûr, tempère Ken Murray, les patients ne sont d'aucune manière les seuls responsables: les médecins, de leur côté, n'arrivent pas toujours à communiquer clairement, surtout dans les situations de stress. En cas d'urgence, sous forte pression, il est extrêmement difficile pour un médecin d'établir rapidement une relation de confiance avec les proches et, ce faisant, de leur faire comprendre que s'il renonce à des soins, ce n'est pas par mesure d'économie ni par manque de conviction, mais pour le bien du patient.

Quand ce ne sont ni les patients qui exigent trop, ni les médecins qui imposent par peur des reproches ou des plaintes, c'est le système qui entre en jeu: un de ses patients, gravement atteint de plusieurs maladies, avait clairement exprimé le souhait de ne pas être réanimé le cas échéant. Alors que Ken Murray, son médecin, était en vacances, il s'est passé exactement le contraire: il a dû être conduit en urgence à l'hôpital et fut réanimé dans les règles de l'art. Une infirmière a presque déposé plainte contre Ken Murray quand, à son retour, il a débranché le respirateur artificiel de son patient. Il a eu de la chance: «La volonté du patient était clairement exprimée par écrit et a pu être déposée comme preuve.» Il n'en demeure pas moins que les circonstances ont contrarié le souhait du patient de mourir paisiblement chez lui.

Disneyland plutôt qu'une chimiothérapie

Dans de nombreux cas, renoncer à intervention médicale ne signifie pas qu'on va mourir plus vite: des études révèlent que des personnes en fin de vie vivent même plus longtemps dans les hospices et les centres de soins palliatifs. Et surtout plus sereinement. A l'instar du vieux cousin de Ken Murray, Torch, atteint d'un cancer des poumons avec des métastases dans le cerveau. Une chimiothérapie administrée cinq fois par semaine à l'hôpital aurait peut-être prolongé sa vie de quatre mois tout au plus. Il a donc simplement pris des médicaments pour réguler la pression cérébrale et s'est installé chez Ken Murray. Et là, plutôt que l'hôpital et des thérapies lourdes, ils ont bien mangé, ils ont passé des après-midis ensemble à regarder du foot à la télé et ils sont même allés visiter Disneyland. Voilà comment Torch a passé ses dernières semaines. Un matin, il ne s'est pas réveillé et il est mort après trois jours de coma. En fait, un peu comme tout le monde aimerait mourir. Et pas seulement les médecins. ●

«Tous les médecins ont vu ce que provoquent sur les patients des thérapies inutiles.»

LORSQUE LES REPAS DEVIENNENT LA CARTE DE VISITE

Au Centre Schlossmatt, dans la région de Burgdorf, la Gastronomie Care revêt une importance particulière. L'équipe de cuisine concocte environ 700 repas par jour. Dont quelque 60 menus spéciaux. Les clients du Schlossmatt sont aussi différents que le sont les menus.



Outre les résidents, les cuisiniers du centre régional de soins et de compétence gâtent quotidiennement les enfants fréquentant la garderie ou l'école à horaire continu juste à côté, les entreprises de la région, de même que des clients du propre restaurant «Schlossmatt» avec leurs créations de menus équilibrés. Le restaurant est ouvert pour tous. Un lieu de rendez-vous animé, qui est connu pour son excellente qualité. Le buffet de midi est particulièrement apprécié des ouvriers, employés de bureau, des personnes âgées du quartier, de même que des propres collaborateurs.

Gastronomie Care très variée

«La Gastronomie Care est très variée. En plus des plats «normaux», nos cuisiniers préparent quotidiennement quelque 60 menus spéciaux. Des portions diététiques de même que des plats tenant compte des allergies, des régimes pauvres en sel ou moulinsés et bien plus encore», énumère Reto Zuberbühler, responsable de la gastronomie. «Notre restauration sert l'image globale et fait aussi office de carte de visite. Au plus tard quand il est temps de démé-

LE CENTRE SCHLOSSMATT SE PRÉSENTE

Le Centre Schlossmatt offre 165 places de résidents pour des séjours de longue ou de courte durée, tout comme pour la prise en charge en cas de soins hospitaliers d'urgence (7 x 24 h). Le centre fait aussi preuve d'une grande compétence dans les soins complets de la dernière phase de vie (soins palliatifs) et en matière de



soins liés à la démence. Le centre d'accueil de jour intégré sert à décharger les proches soignants. Des thérapies et des offres additionnelles garantissent le bien-être et favorisent l'autonomie des résidents. Des personnes de moins de 65 ans ont la possibilité d'habiter des unités d'habitation spécialement équipées pour

elles. L'organisation de la vie quotidienne est spécialement adaptée à leurs besoins. L'éventail des offres est complété par une garderie publique. Au maximum 12 enfants par jour – des collaborateurs du centre tout comme de personnes externes – peuvent y être pris en charge.

nager dans le centre, le futur résident est content de savoir que la nourriture y est bonne», souligne-t-il.

Qualité de vie

Ceux qui fêtent leur anniversaire au Schlossmatt peuvent se réjouir d'une attention spéciale de la cuisine. En effet, ils sont à cette occasion choyés avec une assiette de desserts personnalisée. A base d'ingrédients frais et élaborés avec beaucoup de passion – comme tout le reste dans la cuisine Schlossmatt. «Les résidents se réjouissent chaque année à nouveau pour ce geste», déclare-t-il. Les carences alimentaires constituent un autre défi auprès des personnes âgées. «C'est pourquoi il est important que les résidents puissent s'exprimer eu égard à la conception des menus», fait savoir le responsable de la gastronomie. «Dans notre groupe pour le choix des menus, les résidents peuvent émettre des souhaits, dire ce qu'ils aimeraient bien manger et apportent parfois même leurs propres recettes. L'équipe autour du chef Res Zaugg a même déjà reproduit des recettes, qui étaient rédigées en écriture ancienne – après que les cuisiniers se soient fait lire les recettes», dit Zuberbühler en souriant. Les visites régulières des enfants de la garderie dans les départements sont un autre enrichissement pour les personnes âgées. «Ces «highlights» permettent des contacts sociaux importants entre les enfants et nos résidents», se réjouit Reto Zuberbühler et ajoute: «notre objectif est une qualité de vie supérieure pour tous les résidents, 24 heures sur 24.»



TOUT D'UNE SEULE SOURCE

La diversité a un coût. A la recherche d'approches de solutions, Pistor, le fournisseur de longue date, et l'équipe Schlossmatt ont organisé un workshop commun. Ils ont analysé ensemble le processus d'approvisionnement. Des possibilités d'optimiser les coûts, de gagner du temps et d'atteindre de meilleures conditions générales ont été indiquées. «Autrefois, nous avions plus de 50 fournisseurs différents, auprès desquels nous achetions nos aliments. De plus le processus de commande par fax ou téléphone prenait beaucoup de temps à notre équipe de cuisine», dit Zuberbühler pour décrire la situation de départ d'il y a un an et demi. De plus, le groupe de travail a redéfini ensemble les assortiments. Ce faisant, on a prêté une attention par-



ticulière à s'assurer des produits régionaux et des spécialités, de même qu'à se concentrer sur des marques ou des producteurs. «Avec Pistor comme fournisseur principal pour tous les produits d'économat, et un choix de produits frais, secs ou même surgelés, nous avons pu réduire considérablement le nombre de nos fournisseurs et augmenter par contre sensiblement le volume d'achat», illustre Reto Zuberbühler. Le chauffeur de Pistor amène tous les articles en une seule et même livraison. Il connaît bien les direc-

tives de déchargement au Schlossmatt et garantit que les produits soient déposés dans la bonne zone de température. «Cela décharge les collaborateurs en cuisine et il n'y a plus qu'un bulletin de livraison à contrôler», dit le responsable de la gastronomie pour décrire les optimisations.

Commandes 24 heures sur 24

«Je veux des cuisiniers qui cuisinent et non pas qui doivent constamment être assis au bureau», déclare Zuberbühler pour formuler l'objectif ambitionné. Depuis environ une année, toutes les commandes sont effectuées avec les deux appareils à codes-barres de Pistor. En scannant les codes-barres, les commandes de marchandises peuvent confortablement être déposées 24 heures sur 24 à l'aide de l'appareil. Directement depuis la cuisine, le dépôt de marchandises, le kiosque ou le bureau. Des commandes à des fournisseurs tiers de la région, comme par exemple au boulanger ou au marchand de légumes, peuvent aussi être saisies avec l'appareil et être envoyées commodément par e-mail. «Faire l'inventaire est aussi plus efficace grâce au nouveau système de commande», constate avec plaisir le responsable de la gastronomie. «Nous gagnons aussi du temps lors de la comptabilisation. Sur le relevé mensuel de Pistor, toutes les factures sont réunies de manière claire dans un décompte et déjà pré-comptabilisées selon nos souhaits.»

Pistor AG
**Service de Boulangerie-
Pâtisserie-Gastronomie**
Route de Saint-Marcel 22
CH-1373 Chavornay
Tél. 041 447 37 37
Fax 041 447 37 00
info@pistor.ch
www.pistor.ch

À l'avenir aussi, l'accompagnement des personnes âgées reposera sur le bénévolat

Un devoir social plutôt qu'un sacrifice silencieux

Sans le travail bénévole, le système de santé serait financièrement insupportable. Et il en sera encore ainsi à l'avenir. Mais comment encourager ce bénévolat? Qui doit l'assumer? Pourrait-il être rémunéré de quelque façon? Il est temps que la société et le monde de la politique s'interrogent.

Urs Tremp

Il est question d'individus. Mais il est aussi question de chiffres. Et ces chiffres sont avancés au centime près: dès l'année prochaine, pour celui ou celle qui aura besoin, dans un home médicalisé du canton d'Argovie, de 90 minutes de soins par jour, la caisse maladie déboursera 45 francs et la commune 28 francs 40. Quant au résident, sa participation se montera à 21 francs 60. Du moins, c'est la répartition initialement décidée par le département de la santé du canton d'Argovie.

Mais il n'est pas sûr qu'il en soit ainsi. Les communes protestent contre la part croissante des coûts qui leur incombe. La question de savoir qui doit assumer quelle part des coûts pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées est un serpent de mer politique.

Ce qu'on ne dit généralement pas, c'est que ces modèles ne fonctionnent que si une partie des prestations des soins et de l'accompagnement des personnes sont assumées par des bénévoles, qui n'apparaissent généralement pas dans les modèles de calcul ni dans les statistiques. Davantage de vieillards, moins de jeunes volontaires. Comme si cela allait de soi, on imagine que le nombre croissant de personnes âgées nécessitant des soins s'accompagne nécessairement d'un nombre tout aussi grandissant de bénévoles. L'évolution démographique indique pourtant le contraire: de

plus en plus de personnes âgées ont besoin d'assistance, mais de moins en moins jeunes sont là pour assumer un tel travail à titre bénévole. Dans le cadre du débat sur les coûts des soins, Renate Gautschi, présidente de l'assemblée argovienne des maires, a tenté de séduire la jeune génération, à titre préventif: «Le bénévolat est un travail gratifiant pour les deux parties. Il faut continuer à le développer.»

Mais comment? Si la stratégie des courts séjours en EMS doit effectivement s'imposer à long terme dans le domaine médico-social, il ne suffira pas de développer des prestations ambulatoires pour compenser. Encourager la solidarité de voisinage et le travail bénévole. Mais peut-on obliger les gens à quelque chose qui repose sur une base volontaire? Et si oui, comment?

Aujourd'hui en Suisse, le travail dit de «care» non rémunéré (l'aide directe fournie à titre privé pour des enfants ou des adultes) représente plus de 80 milliards de francs. C'est dans

l'ordre des choses que des parents prennent en charge leurs jeunes enfants. Mais de plus en plus d'adultes âgés entre 55 et 64 ans sont impliqués dans la prise en charge de personnes plus âgées: 17% des femmes et 9% des hommes de cette tranche d'âge assument ainsi bénévolement de telles tâches. Pour la plupart, il s'agit de prendre soin de leurs propres parents ou beaux-parents. Les fils et

Les proches ne remplacent pas les professionnels, «mais ils peuvent aider».

les filles ne remplacent certes pas les professionnels de santé, «mais ils peuvent aider», comme le souligne Markus Leser, responsable du Domaine spécialisé personnes âgées de Curaviva Suisse.

Ils aident aussi surtout pour que les coûts ne grimpent pas de façon incommensurable. Car, en effet, l'Office fédéral de la statistique estime le volume total du travail de soins et d'accompagnement fourni «par amour» à 665 millions d'heures (chiffre



Tiré de l'Album des jeunes filles de 1875: «Charlotte prend charitablement soin de Mademoiselle Kühnemann». Durant des

générations, les soins bénévoles étaient un travail non rémunéré dévolu aux femmes.

Image: Keystone/ Interfoto/Bildarchiv Hansmann

2013). En comparaison, durant la même année, 853 millions d'heures rémunérées ont été travaillées dans les domaines de la santé et du social.

Prendre soin au quotidien de ses propres parents dans leur environnement familial est certes souvent difficile et prenant.

Cela ne devrait pas s'arranger dans le futur, et pas seulement à cause de l'évolution démographique. Aujourd'hui, de nombreux enfants n'habitent pas au même endroit que leurs parents, et parfois leur lieu de travail est encore ailleurs. Malgré toute leur bonne volonté, fournir de l'aide et des soins n'est

>>

souvent possible qu'au prix de sacrifices dans leur propre vie privée et professionnelle. Par ailleurs, le modèle de la famille avec un ou deux enfants va perdurer. Il y aura donc moins d'épaules au sein du cercle familial pour supporter la charge que peuvent faire peser des parents âgés et dépendants.

Les offres de répit pour les proches aidants

À l'avenir, les soins et l'accompagnement de personnes âgées seront toujours tributaires de l'aide des proches mais également de plus en plus souvent de l'aide de bénévoles hors du cercle familial. Cet acte bénévole va nécessairement devoir sortir de l'ombre du sacrifice altruiste et de l'obligation familiale. En d'autres termes, l'aide bénévole consacrée aux soins et à l'accompagnement d'un parent âgé ne pourra plus, tôt ou tard, reposer principalement sur le devoir implicite des conjoints, des filles et des fils, mais doit sensément faire partie du paquet global de prise en charge, et elle doit si possible aussi être compensée d'une manière ou d'une autre. Quels modèles pourrait-on concrètement envisager et comment les tâches de prise en charge pourraient-elles se croiser et se compléter? Des solutions commencent à se dessiner, mais elles sont souvent contestées.

Dans le canton de Soleure, le parlement a décidé, dans sa session de novembre, d'octroyer une indemnité aux proches s'occupant de parents âgés ou atteints de démence, couvrant une partie des coûts inhérents à une structure de jour à laquelle ils pourraient recourir à certains moments. L'objectif est de soulager les proches aidants mais aussi d'économiser sur les coûts d'un placement de longue durée. Le bénévolat se mue en un système qui renforce le travail bénévole tout en épargnant des coûts. «L'entrée en EMS peut ainsi être retardée», affirmait le rapporteur de la commission de la santé durant les débats par-

Quels modèles de bénévolat pourrait-on concrètement envisager?

lementaires. Et la responsable du groupe socialiste de relever que «les proches aidants travaillent souvent jusqu'à l'épuisement. Cette offre est pertinente pour eux comme pour les personnes âgées elles-mêmes».

Une assurance pour l'avenir

Dans d'autres cantons, des tentatives voient le jour pour rémunérer le bénévolat sous forme d'un «avoir» qui permet au bénévole de bénéficier lui aussi de telles prestations le jour où il en aura besoin. Seulement voilà: ce système fonctionne quasiment comme un paiement avec un crédit à long terme. «Ce système change la culture du bénévolat. Les activités effectuées pour autrui sont formalisées. On colle un prix sur le travail bénévole:

je fournis quelque chose et je reçois une contrepartie. Cela ne correspond pas à la définition du travail bénévole», observe Käty Hofer, conseillère communale en charge de la santé et du social dans la commune zougnoise de Hünenberg, en réponse à une telle proposition faite dans son canton. «De plus, il est difficile de dire aujourd'hui si la génération ac-

tuelle des bénévoles pourra encaisser son avoir dans vingt ou trente ans. Le système doit donc être maintenu sur une très longue période, et, selon les circonstances, avec l'argent public.»

En effet, s'il est question de travail bénévole à l'avenir, il faudrait définir précisément ce qu'il sous-entend. «L'être humain est aussi né pour mettre ses talents et ses compétences à disposition.» Ce sont Gabriela Schaller et Johannes Dörig, deux retraitées qui interviennent en qualité de bénévoles dans une structure de répit et de soins de fin de vie, qui l'affirment. Pour elles, cela signifie qu'elles veulent continuer à utiliser à bon escient et bénévolement toutes les expériences acquises tout au long de leur vie professionnelle de soignante, d'enseignante

Le sens communautaire a besoin d'un climat social propice

La solidarité de voisinage et la participation sont contagieuses. C'est ce qu'a découvert le biologiste évolutionniste américain David Sloan Wilson. Il a conduit des recherches dans diverses grandes villes et constaté que la solidarité et l'entraide entre les individus étaient plus marquées dans certains quartiers que dans d'autres. Pourtant, la structure de la population n'était pas très différente d'une partie de la ville à l'autre. L'évolutionniste a observé que les personnes qui venaient de s'installer dans un quartier caractérisé par de bonnes relations de voisinage s'étaient adaptées à l'esprit du lieu et étaient devenues des voisins attentifs. À l'inverse, dans d'autres quartiers de la ville, personne ne voyait l'intérêt d'être attentif à son voisin et de lui prêter assistance si les autres ne le faisaient pas non plus.

Comment interpréter les découvertes de David Sloan Wilson? La solidarité, la disponibilité et le soutien mutuel peuvent exister là où règne un climat propice à cela et où certains montrent l'exemple. Là où le sens communautaire n'est pas vécu au quotidien, même les initiatives les plus louables sont vouées à l'échec.

Il suffit parfois de commencer de façon tout à fait informelle, d'aller à la rencontre de ses voisins, de s'enquérir de leur état de santé. Il faut manifester de l'attention, de l'intérêt et de la sollicitude. C'est ainsi qu'un climat de soutien mutuel, d'entraide et de solidarité peut se développer.

Les urbanistes plaident en faveur de l'habit intergénérationnel. Ça n'a de sens que pour autant que les habitants soient attentifs et prévenants les uns envers les autres. Dans un tel environnement, les personnes âgées peuvent bénéficier des petits services dont elles ont besoin et que leur rendent leurs voisins. L'entraide de voisinage doit faire partie du système social, si la société ne veut pas se voir complètement segmentée. Il y a des signes d'espoir. Il y a quatre, l'hebdomadaire allemand «Die Zeit» avait découvert une nouvelle forme de viabilité: «Il est apparemment faux de croire que les gens sont plus isolés dans les villes et indifférents vis-à-vis de leurs voisins. Il existe plutôt un nouveau sens du voisinage, un intérêt croissant pour les personnes vivant à côté.»

Ce qui fonctionne à Berlin, devrait donc aussi être possible chez nous.

et de collaboratrice du village d'enfants Pestalozzi. Elles effectuent ainsi bénévolement un travail d'accompagnement qui soulage les proches de personnes gravement malades, à bout de force, mais qui n'osent généralement pas demander de l'aide extérieure. «La prise en charge au sein de la famille peut être très épuisante. Si le fardeau repose sur plusieurs épaules, il s'allège. Dans les situations difficiles, personne ne devrait donc hésiter à recourir aux services de répit et aux soins de fin de vie qui ne coûtent rien. On ne devrait pas attendre que la souffrance devienne insupportable», affirme Gabriela Schaller.

Une activité sans retentissement public

Le travail bénévole dans les soins et l'accompagnement est aujourd'hui encore une activité qui se déroule souvent dans la discrétion et sans retentissement public. Par conséquent, elle n'a pas de renommée et compte à peine comme expérience professionnelle lorsqu'on postule pour un nouvel emploi. Ce n'est donc pas uniquement le manque de temps mais aussi le peu d'attractivité qui retient les jeunes adultes à s'engager dans l'aide de voisinage et le bénévolat. «Celui qui affirme avoir amélioré son handicap au golf aura toujours davantage droit à l'admiration que celui qui visite des personnes démentes à l'hôpital», remarque le psychologue du travail et des organisations Theo Wehner, de l'École polytechnique fédérale (EPF) de Zurich. Mais il ne devrait pas en être ainsi. Il voit déjà arriver le temps d'une valorisation nouvelle du bénévolat: «Le désir de libre choix et d'une activité qui fait sens se renforce», affirmait-il il y a moins d'une année dans une interview accordée à la «Neue Zürcher Zeitung».

Cependant, Theo Wehner évoque un phénomène sur lequel une étude de l'Université et EPF de Zurich avait déjà attiré l'attention l'année dernière: «Le bénévolat est un luxe.» Et Theo Wehner de développer: «Finalement, il faut pouvoir se permettre de travailler gratuitement, et seuls ceux qui gagnent suffisamment le peuvent.» Une femme qu'il avait interviewée à propos du bénévolat lui avait expliqué qu'elle ne voudrait plus faire ce travail s'il lui était payé. La raison invoquée: «Elle serait à nouveau dans un schéma de performance, devrait se comparer aux autres, continuer de se former et satisfaire à des exigences qui ne sont pas du tout importantes dans son activité de visiteuse. Elle continue certes de se former, mais d'une façon beaucoup plus libre que dans son emploi rémunéré. Elle n'a pas besoin de se demander si elle va encore faire ça durant dix ans ou si elle doit nourrir sa famille avec ça. Elle fait quelque chose qui lui correspond complètement.»

Le bénévolat améliore l'estime de soi

Le bénévolat «est utile aux autres, mais il améliore aussi l'estime de soi et, par conséquent, sa propre qualité de vie», affirment les hommes et les femmes qui sont interrogés sur leur motivation à s'engager dans le travail bénévole. Que ces hommes et ces femmes soient statistiquement souvent de

jeunes retraités – et la tendance est en hausse – n'étonne donc pas. Pour la plupart, ces personnes sont encore en forme et n'ont généralement pas ou peu de soucis financiers. Elles sont le sentiment que le bénévolat les épanouit et qu'il est bénéfique pour la santé.

Ce n'est pas qu'une impression subjective, l'étude zurichoise l'a confirmé. «Ces personnes sont moins sujettes au stress, présentent moins de risques de burn-out et ont généralement un meilleur bien-être psychique et émotionnel», est-il écrit. Le directeur de l'étude, Romualdo Ramos, s'interroge toutefois sur l'éventualité que ce sont les personnes en meilleure santé qui s'engagent davantage dans le bénévolat. «L'ensemble des travaux scientifiques indiquent un lien dans les deux directions, c'est-à-dire que les deux facteurs se renforcent mutuellement.»

Quoi qu'il en soit, ce sont justement les personnes qui pourraient profiter tout particulièrement de l'effet positif du bénévolat qui ne peuvent pas se permettre de travailler sans être rémunérées: les chômeurs, les migrants ou les personnes souffrant de problèmes psychiques. «Il serait pourtant souhaitable de pouvoir impliquer davantage ces groupes minoritaires dans le travail bénévole», estime Romualdo Ramos.

Ni simplement altruistes ou bien-pensants

Peut-être bien que le bénévolat ne jouit pas (encore) du prestige social qu'il mérite en réalité. Mais pour les personnes qui en font, le bénévolat a un impact social bien réel: elles font partie d'un groupe, on a besoin d'elles, elles sentent la reconnaissance chez les personnes directement concernées. En psychologie, cela s'appelle le «sentiment d'auto-efficacité». Le psychologue du travail et des organisations Theo Wehner a aussi observé que «les bénévoles ne sont pas simplement des altruistes ou des bien-pensants». Il n'irait pas jusqu'à les qualifier d'égoïstes mais «j'ai vu des gens pour lesquels il était très important de recevoir quelque chose en retour pour ce qu'ils faisaient».

Dans l'interview de la «Neue Zürcher Zeitung», il plaide pour que le potentiel des individus à faire du bénévolat soit mis à profit et préservé, parce que c'est quelque chose de complètement différent qu'un travail rémunéré. «On assisterait à un changement majeur si les entreprises disaient à leurs employés: le bénévolat est une ressource, veillez à ne pas rester assis à votre bureau huit heures par jour, semaine après semaine.» Et puis, il faudrait absolument éviter d'introduire dans le travail bénévole des procédures et des formes d'organisation similaires à celles que l'on connaît dans le travail rémunéré: «Une organisation a voulu conduire des entretiens d'évaluation avec ses bénévoles. Elle pensait bien faire, valoriser les gens. Mais ces gens ont refusé, disant: je ne suis pas un collaborateur. On peut se donner des feedbacks réciproques, mais je n'ai pas besoin d'un entretien d'évaluation, ça, je connais déjà dans mon métier. Cela montre combien les bénévoles ont besoin d'auto-nomie.» En d'autres termes, celui qui travaille bénévolement veut être accompagné et soutenu, mais pas dirigé ni régenté. Quels sont les modèles à trouver pour le bénévolat de demain? Il faut impérativement s'y atteler. ●

L'être humain est aussi né pour mettre ses talents et ses compétences à disposition.»

Rénover le mobilier au lieu de le remplacer

Prolongation de la durée de vie tout en préservant la qualité

Le mobilier des maisons de retraite et des centres médicalisés a souvent subi les assauts du temps. Fort d'une longue tradition, la division Remanufacturing de Girsberger, fabricant suisse de mobilier, propose une prestation particulière: accorder aux tables et chaises de qualité une deuxième vie par une rénovation intégrale et ce, au bénéfice de la durabilité et conformément aux principes des utilisateurs soucieux de préserver l'environnement qu'ils affectionnent.

Interview avec Andreas Kramer

Nous vous rencontrons dans un home pour personnes âgées, occupé à tourner et retourner des chaises et des tables en tous sens. Qu'est-ce qui amène un jeune homme à agir de la sorte?

En effet, la question peut se poser! Pour résumer, je dirais: En tant que menuisier de formation, j'apprécie particulièrement les meubles de qualité et redonner une nouvelle vie à des meubles usagés me passionne. Il m'est particulièrement difficile d'être témoin du remplacement de meubles d'excellente qualité par des meubles bon marché ayant une durée de vie incertaine. Une acquisition de ce type impacte plus les ressources que de raison et se révèle souvent plus coûteuse sur le long terme. De ce point de vue, je ne peux qu'être convaincu par une prestation qui apporte une vraie valeur ajoutée aux centres pour seniors tout en permettant de mettre nos compétences premières au service de nos clients. Nous confrontons systématiquement les personnes intéressées et les clients à la question de savoir s'il est judicieux de remplacer un produit agréé par le personnel soignant et les résidents par un nouveau produit dont on ne sait pas s'il sera aussi pérenne que l'ancien. En outre, les personnes âgées

apprécient un environnement connu et un mobilier familier avec ses propriétés haptiques. Ils perçoivent souvent tout changement comme perturbant.

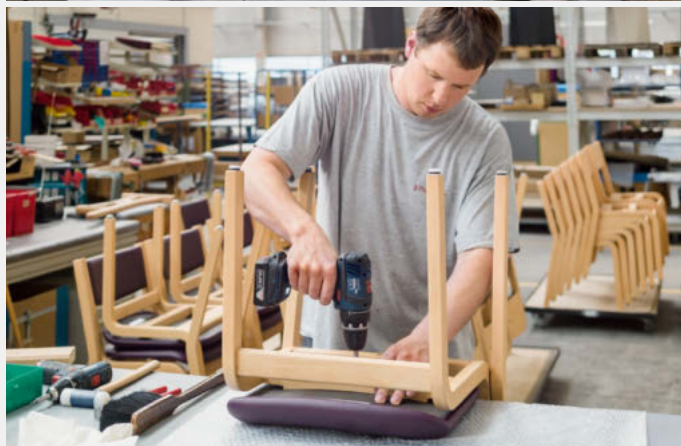
Comment évaluez-vous le bien-fondé d'une remise à neuf?

Mes compétences en tant qu'ingénieur du bois et plusieurs années de pratique m'aident à évaluer la faisabilité d'une rénovation chez le client et à lui proposer des solutions en vue d'une remise en état. Dans de nombreuses maisons de retraite et centres médicalisés, on trouve des chaises en bois de grande qualité qui présentent, surtout au niveau de la structure, des impacts et des rayures causés par les déambulateurs et les chaises roulantes et dont les coussins d'assise sont défoncés et les revêtements salis ou vieillots. Dans ces cas là, une remise à neuf s'avère opportune.

Il peut arriver qu'une combinaison soit plus adaptée, comme par exemple, la remise en état d'une structure de table solide et intacte combinée au remplacement du plateau trop abimé pour être conservé. Dans ce cas, un revêtement de surface innovant en résine nano-enduite particulièrement robuste et facile d'entretien peut être recommandé. Nous étudions au cas par cas la meilleure solution pour que le mobilier retrouve non seulement un aspect soigné, mais qu'il soit également fonctionnel pour au moins 15 années supplémentaires.

Une rénovation représente également un coût. Cette alternative présente-t-elle, par rapport à une nouvelle acquisition, une réelle valeur ajoutée?

De nombreuses maisons de retraite et centres médicalisés privilégient une remise à neuf des chaises et des tables! Elle est généralement rentable non seulement financièrement, mais également en termes de durabilité. Il s'agit là d'une valeur ajoutée qui peut être complétée par un surcyclage, comme on dit aujourd'hui. A l'occasion de la remise en état, il est possible



Ruferheim Nidau près de Bienne: Girsberger a sablé, laqué et rembourré à neuf 194 chaises en bois.

d'améliorer, par exemple, le confort d'un siège par un meilleur rembourrage ou d'allonger le plateau d'une table des quelques centimètres souhaités, qui faisaient tant défaut. En outre, les sièges sont très souvent équipés de glisseurs standard inappropriés. Notre prestation inclut également le remplacement des anciens glisseurs par de nouveaux plus adaptés.

Comment procédez-vous concrètement dans le cas d'un projet?

Nous rénovons, à titre d'exemple, un siège ou une table et établissons une offre. De cette manière, le centre de soins dispose d'une base de décision idéale concernant les investissements de réhabilitation. Mes clients sont toujours impressionnés par nos performances en termes de rénovation quand ils placent côte à côte un siège remis à neuf et un siège élimé. Il peut arriver qu'ils ne reconnaissent pas leur propre siège, en raison également d'un meilleur confort ou d'un coloris différent.

Bien entendu, nous rénovons des meubles de tous types et de toutes marques. Durant la phase de rénovation de sièges et de tables, nous mettons à la disposition de nos clients du mobilier de remplacement. Les travaux de remise en état peuvent, en fonction des souhaits du client, être effectués par étapes ou en une seule fois.

Comment adaptez-vous les meubles au concept architectural intérieur?

Grâce à ma formation de dessinateur d'intérieur, je suis en mesure de prodiguer, si souhaité, des conseils pour les coloris des nouveaux revêtements. Souvent, les sièges sont également rénovés dans le cadre d'une extension ou d'une réhabilitation d'un bâtiment. Ainsi, les coloris et le concept d'architecture intérieure peuvent être idéalement appliqués aux sièges existants, c'est-à-dire que les sièges usagés peuvent être modernisés de manière parfaitement coordonnée au concept de design.

Après plusieurs années de fréquentation des centres médicalisés, nous connaissons exactement les matériaux qui sont les plus adaptés en terme d'entretien et qui sont susceptibles d'apporter un confort accru, quels sont les glisseurs qui conviennent le mieux à tel ou tel revêtement de sol ou quelles hauteur et dimensions de table sont requises pour une utilisation avec des chaises roulantes.

Il arrive aussi que la rénovation du mobilier ne soit plus justifiée et que nous la déconseillions. Dans ce cas, Girsberger propose de nouveaux meubles, tels que des tables sur mesure ou des sièges adaptés aux soins.

girsberger
remanufacturing

Girsberger SA

La société Girsberger est depuis sa fondation, soit quatre générations, une entreprise familiale. Elle est issue d'un atelier de tournage sur bois et s'est développée jusqu'à nos jours en une manufacture performante associée à une production industrielle de pointe. Les sièges de bureau et de conférence ainsi que des tables et des chaises destinées aux séjours et aux coins repas représentent les produits phare de la société.



Andreas Kramer

Année de naissance 1984, formation de menuisier et dessinateur d'intérieur, ingénieur du bois, depuis 2008 au sein de Girsberger - aujourd'hui en charge des ventes de la division Remanufacturing pour la Suisse romande. Contact: +41 (0)79 449 14 25 andreas.kramer@girsberger.com

Développement durable: nouveau référentiel pour les établissements de soins

«Une question de bon sens»

ESR. Trois lettres pour «établissements de soins responsables». Trois lettres pour désigner un programme de développement durable, adapté au domaine de la santé dans lequel plusieurs établissements médico-sociaux fribourgeois et vaudois se sont récemment lancés au titre de pilotes.

Anne-Marie Nicole

Qu'est-ce que le développement durable? «Si vous posez la question autour de vous, la plupart des gens vous répondront que c'est la préservation de l'environnement, le recyclage, l'économie d'énergie, etc.», constate Adrien Hermann, coordinateur du développement durable de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et cheville ouvrière du programme pour les établissements de soins et de santé. «En réalité, c'est bien plus que cela», insiste-t-il. Chaque action ou projet de développement durable au sein d'une entreprise doit en effet intégrer et concilier les trois volets de l'environnement, de l'économie et de la société, la finalité étant de maintenir un équilibre cohérent et viable entre ces trois piliers.

Faciliter les bonnes pratiques

La mise en place du programme ESR (établissement de soins responsable) a débuté en 2012, à l'initiative de la FHV et du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Les associations fribourgeoise et vaudoise des EMS, respectivement l'AFIPA et l'AVDEMS, se sont associées au projet en vue de promouvoir et de faciliter la mise en œuvre de démarches et de bonnes pratiques de développement durable dans les établissements médico-sociaux. Ces quatre partenaires romands

de la santé ont établi un référentiel de diagnostic ESR inspiré du référentiel EcoEntreprise précédemment créé par l'Association Coparc pour les PME, et ajusté par la suite sur la base des retours d'une dizaine d'établissements du groupe de pilotage. Concrètement, le référentiel ESR est un outil d'auto-évaluation en ligne, hébergé sur la plate-forme sécurisée OKpilot. Il comporte des questions classées en neuf chapitres thématiques et sous-chapitres, modulables en fonction des besoins et des objectifs de l'établissement. Les questions, accompagnées de réponses orientées, portent sur l'organisation, la gouvernance, les bénéficiaires, les achats, les infrastructures, la mobilité, les risques environnementaux, les déchets, la sécurité au travail, la qualité de vie, etc. Les critères d'évaluation attribués à chaque réponse renseignent sur le niveau de performance initial en matière de développement durable et permettent ensuite d'identifier les points d'amélioration et les axes de travail possibles. «Le but est d'inciter les gens à la réflexion lorsqu'ils

remplissent ce questionnaire d'auto-évaluation», explique Adrien Hermann. Les réflexions stimulent en effet les bonnes pratiques, elles dynamisent et renforcent les synergies au sein d'un établissement. En ce sens, le référentiel ESR apparaît comme un outil de gestion, d'évaluation et de pilotage d'un établissement, du point de vue de son développement durable.

«À l'instar des entreprises en général, les établissements de soins ont aussi une responsabilité face aux enjeux du futur», ajoute Adrien Hermann, qui énumère plein de bonnes raisons pour une entreprise d'intégrer la notion de

Le référentiel ESR est un outil de gestion, d'évaluation et de pilotage d'un établissement.

www.ecoentreprise.ch/esr/



Ouverte en 1974 et entièrement rénovée en 2011, la résidence bourgeoise Les Bonnesfontaines s'est engagée dans le projet pilote du référentiel ESR.

Photo: Les Bonnesfontaines/ldd

développement durable dans ses activités: prévenir et gérer les risques, mettre en pratique ses valeurs éthiques, renforcer sa réputation d'entreprise et son attractivité d'employeur, anticiper les attentes des clients, fidéliser ses collaborateurs, renforcer son ancrage local – la liste n'est pas exhaustive. «Le développement durable est un acte volontaire», rappelle Adrien Hermann. «Dès lors, quand un établissement alloue des moyens

et des ressources, il faut impérativement des retours positifs pour maintenir la motivation.»

Une responsabilité vis-à-vis de la collectivité

Plus qu'un effet de mode, le développement durable est donc bien une nécessité. Christian Morard, directeur de la résidence bourgeoise Les Bonnesfontaines, dans le quartier du Jura >>

en ville de Fribourg, en est convaincu. Titulaire d'un «CAS en système de management intégré: qualité, environnement, sécurité, responsabilité sociale», il est naturellement sensible à l'idée de développement durable. Il estime aussi que c'est une question de responsabilité de l'établissement vis-à-vis de la collectivité, d'image et de pérennité de l'institution et de dynamisme au sein de l'équipe. Autant de raisons qui ont motivé l'engagement de la résidence bourgeoise dans le projet pilote, aux côtés de quelques autres institutions. L'engagement dans le développement durable a d'ailleurs été ajouté dans la charte de la maison.

Ouverte en 1974, la résidence bourgeoise a inauguré son nouveau bâtiment en septembre 2011, après deux ans de travaux de rénovation et d'agrandissement. L'avantage de cette construction flambant neuve répondant aux normes énergétiques et environnementales actuelles fut de pouvoir passer rapidement sur les questions du référentiel liées à l'environnement et de se concentrer sur les autres chapitres, notamment les bénéficiaires (en l'occurrence les résidents), les services hôteliers, les infrastructures et ce que le directeur appelle «les généralités», soit les éléments liés à l'organisation, à la gouvernance, aux risques, aux engagements, etc. Pour réaliser un diagnostic des performances initiales, les chapitres du référentiel ont été répartis entre les cadres de la résidence en fonction de leurs compétences métiers. Dans une seconde phase, tous les collaborateurs seront impliqués pour la mise en œuvre des actions et la réalisation des objectifs ainsi dégagés, dans une perspective d'amélioration continue.

Conseiller ESR et fondateur de la société Projets21, Jérôme Kolly accompagne la résidence Les Bonnesfontaines – entre autres – dans sa démarche, à commencer par la mise en place d'une organisation adéquate. «Il est important d'avoir la direction derrière le projet. C'est le premier relais, celui qui alloue les ressources financières et humaines.» Et d'ajouter: «Notre premier objectif est d'installer un système et des outils qui survivent aux membres de direction et aux cadres!» Regard extérieur avisé, Jérôme Kolly aide les institutions à passer en revue le questionnaire, à ajuster les réponses et surtout à «démystifier» la démarche: «Nous essayons de nous adresser à tous les publics pour que chacun s'approprie le projet, s'y intègre et le vive.»

Tous porteurs du projet

Le diagnostic des performances initiales aux Bonnesfontaines n'a pas réservé de grandes surprises, aux dires de Christian Morard. Quelques manquements ont été pointés au chapitre des parties prenantes, dont la liste des clients, familles, médecins, fournisseurs, autorités, etc. est lacunaire et mérite d'être améliorée, ainsi qu'au chapitre des risques auxquels l'entreprise est exposée. Là, un tableau de bord doit être complété comportant la liste des risques, leur impact potentiel, la probabilité d'occurrence, les mesures de prévention, les responsabilités, etc.

Dans les prochains mois, le directeur entend aussi travailler sur la mobilité, un excellent sujet permettant à chacun parmi le personnel «de prendre à son compte l'idée du développement durable et d'être porteur du projet». Adrien Hermann confirme: «Le référentiel ESR est un outil de management qui implique l'ensemble du personnel, qui fait remonter les actions du terrain, qui les valorise et leur donne de la visibilité.» Pour sa part Jérôme Kolly parle volontiers de «culture» du développement durable, qui favorise les idées et les gestes du quotidien, aussi modestes soient-ils.

Adeptes du référentiel ESR, Christian Morard apprécie la souplesse et la légèreté du système qui permet à chaque institution d'avancer à son rythme. «L'auto-évaluation oblige aussi à la réflexion et à la remise en question, et le fait que ce soit une démarche volontaire pousse à l'honnêteté», voire à une certaine modestie dans la façon d'évaluer certaines actions réa-

lisées, note Adrien Hermann.

Aux Bonnesfontaines, comme dans les autres institutions parties prenantes du projet pilote, la démarche de développement durable s'inscrit en parallèle de la démarche qualité QUAFIPA développée par l'AFIPA dès 2002 et implantée dans tous les EMS du canton. Afin d'éviter les doublons et de simplifier les tâches des directions, les critères ESR de développement durable, plus exigeants et optionnels, ont été intégrés dans le système de gestion QUAFIPA, donnant désormais lieu à l'attestation «QUAFIPA_21» pour les établissements qui répondront aux exigences.

Une démarche raisonnable

Se lancer dans un projet de développement durable? «C'est une démarche raisonnable, dont le coût n'est pas un obstacle», assure Jérôme Kolly. En substance, il suffit d'un ordinateur et d'une connexion internet! «Et du bon sens», pourrait ajouter le conseiller. «Le développement durable est une question de bon sens: on ne va pas tout réinventer, mais plutôt réfléchir et remettre en question certaines pratiques qui engendrent les impacts négatifs les plus importants»

Le coût? Selon la taille de l'établissement, il oscille entre 920 francs, pour un établissement jusqu'à neuf employés, et 9700 francs pour un établissement de plus de 250 employés, sans compter les frais d'un éventuel accompagnement par un conseiller. L'objectif de la première année est la mise en place du système de management de la durabilité qui comprend l'auto-évaluation des performances, la mise en place des actions et mesures d'amélioration et finalement l'intégration de la durabilité dans le système de qualité. L'objectif des partenaires à l'origine du référentiel ESR est de créer une association romande afin de coordonner la mise en œuvre du référentiel dans les établissements de santé et de soins et de favoriser les échanges d'expériences. Pour l'heure, ils n'ont pas encore le recul suffisant pour tirer un premier bilan ni pour établir un benchmark en la matière. Il s'agit d'abord de consolider le référentiel et de continuer d'en faire la promotion et la démonstration auprès des établissements intéressés. ●

«Le développement durable est une question de bon sens: on ne va pas tout réinventer.»

Plus qu'un effet de mode, le développement durable est bien une nécessité.

International

Grande enquête sur la solidarité intergénérationnelle

Compte tenu du vieillissement de la population, l'assureur Swiss Life a décidé de se lancer sur le thème «Vivre bien, plus longtemps, selon ses propres choix». Afin de mieux appréhender les attentes des différentes générations, de contribuer au débat sociétal et d'accompagner ses clients tout au long de leur vie, le groupe a confié à l'Institut LINK la réalisation d'un sondage auprès de plus de trois mille personnes en Suisse, en France et en Allemagne. Selon ce sondage réalisé début septembre 2016, les quatre générations aimeraient qu'une plus grande solidarité s'installe entre elles. Près de 90% des sondés expriment ce sentiment, et ce, quel que soit leur âge ou leur pays d'origine. Mais de fait, 40% des personnes pensent que la solidarité et les échanges entre les générations ne fonctionnent pas de façon satisfaisante. Environ un tiers de la génération X, de la génération Y et des baby-boomers n'est pas prêt à financer la génération des personnes âgées. Par ailleurs, la cohésion sociale est généralement considérée comme insuffisante. C'est dans la famille et au travail que la solidarité intergénérationnelle semble fonctionner le mieux; elle est évaluée de façon très positive. Environ quatre jeunes sur cinq (générations X et Y) aimeraient apprendre davantage de leurs aînés. De même, quelque quatre sondés sur cinq se disent prêts à prendre soin de leurs parents en cas de besoin. Quasiment les deux tiers (63%) des sondés regrettent que les aînés ne soient pas mieux acceptés socialement. Mais l'inverse est aussi vrai: environ la moitié des sondés souhaiteraient davantage de respect envers les jeunes.

(senioractu.com)

En savoir plus sur l'enquête: www.swisslife.com/hub/generations

Suisse

Projet transfrontalier «Autonomie 2020»

Le projet de recherche franco-suisse «Autonomie 2020» vise à apporter des réponses technologiques transfrontalières à l'enjeu du vieillissement de la population et du maintien à domicile. Il vient d'obtenir un nouveau financement de la part du programme européen Interreg. Porté par l'Institut et Haute École de la Santé La Source (VD), ce projet Interreg regroupe plusieurs institutions et milieux de pratique des deux pays, dont la Haute École de Santé (HES-SO Valais-Wallis), le groupement valaisan des centres médico-sociaux, le centre médico-social de Sierre et Cité générations (GE). L'un des sous-projets de recherche de terrain sur les technologies innovantes est mené par le Dr Henk

Verloo, professeur et chercheur auprès de l'Institut Santé de la HES-SO Valais-Wallis. Une étude similaire a déjà été menée dans les cantons de Genève et de Vaud. Il s'agira pour Henk Verloo et son équipe de poursuivre la recherche en Valais et en Haute-Savoie, dans une dimension européenne transfrontalière France-Suisse. Concrètement, l'objectif du projet est d'étudier les perceptions des nouvelles technologies auprès des personnes âgées vivant à domicile, de leurs proches et des professionnels de la santé. «Nous analysons de quelle manière les personnes âgées, les proches aidants et le personnel soignant utilisent déjà ou pourraient être intéressés à utiliser la technologie innovante (eSanté, technologie d'assistance, technologie d'information et de communication, robots, etc.), tels que des détecteurs de chutes ou des capteurs de surveillance à distance, pour faciliter le maintien à domicile des seniors», explique le professeur responsable du projet. L'objectif plus large de cette étude est de développer la filière de la «silver économie» par une approche interdisciplinaire. Des collaborations sont en cours de discussion avec l'Institut informatique de gestion, la filière de physiothérapie et une institution universitaire de Lausanne. L'enquête de terrain «Autonomie 2020» débutera en février 2017 et se déroulera sur une période de trois ans. (reiso.org)

Actualité des associations cantonales d'EMS

AVDEMS – «Un nouvel outil de travail moderne»

Après avoir été domiciliée durant vingt-cinq ans à Pully, à quelques enjambées de la gare CFF, l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux (AVDEMS) a déménagé cet automne dans l'ouest lausannois, à Renens. «Avec ces nouveaux locaux, nous disposons d'un outil de travail moderne à la hauteur du dynamisme de nos membres», a relevé François Sénéchaud à l'occasion de l'inauguration du nouvel espace. «Plus qu'un lieu pour recevoir les collaborateurs en formation ou les directeurs lors des réunions des observatoires, nous disposons désormais d'une plateforme qui favorise les synergies», a-t-il ajouté. D'une surface d'un peu plus de mille mètres carrés, à l'état brut il y a encore six mois, l'AVDEMS en a conçu un lieu modulable qui favorise en effet le travail en réseau et le développement de projets. Elle a voulu un lieu où l'on passe, se croise, s'arrête, se rencontre, réfléchit, échange..., un lieu ouvert, car «un monde fini n'est pas propice à l'innovation ni à l'ambition», a affirmé pour sa part Alain Gasser, membre du comité de l'association. Le secrétariat général, avec ses douze collaborateurs, et le centre de formation, qui œuvraient autre-

>>

fois dans deux lieux distincts, se sont désormais rapprochés. «L'espace est suffisant grand et modulable pour accueillir à l'avenir d'autres acteurs du secteur médico-social», conclut François Sénéchaud, évoquant une perspective de travail en réseau qui ne déplairait pas aux instances de l'association. Pour rappel, l'AVDEMS a été créée en 1959. Elle compte aujourd'hui 116 membres qui offrent à la communauté des prestations à domicile, des appartements protégés, des centres d'accueil temporaire, des courts séjours et de l'hébergement de longue durée. Quant à son centre de formation, il fêtera bientôt quarante ans d'existence. Il a lui aussi pris ses aises dans les nouveaux locaux de Renens pour y organiser ses quelque 200 cours annuels et accueillir jusqu'à 80 à 100 personnes en formation chaque jour dans des salles équipées d'appareils de multimédia les plus modernes.

(Communiqué AVDEMS, amn)



Curaviva Suisse

Remise du Prix à l'innovation 2016

A mi-novembre, plus de deux cents professionnels ont participé à la huitième Rencontre romande, placée sous le thème de la bientraitance. A cette occasion, les participants à la journée ont remis le Prix 2016 à l'innovation en EMS, doté d'un montant de 5000 francs. Parmi les dix projets en lice cette année, le prix est revenu à l'EMS Les Charmettes, à Bernex (GE), pour son projet «Fenêtre ouverte sur les souvenirs anciens». Spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou souffrant de troubles psychiatriques, cet établissement a développé un projet d'accompagnement global pour chaque résident. L'objectif est de saisir les instants où les souvenirs font revivre le passé pour redonner à la personne son identité. Le projet individualisé est mis en place par l'équipe interdisciplinaire dès l'entrée en EMS. La famille est envisagée comme un partenaire. L'organisation de l'institution est conçue de façon à ce que la personne retrouve les gestes et les tâches du quotidien qui font sens pour elle et dans lesquelles elle accomplit son rôle. Les pertes de mémoire occasionnent souvent l'émergence d'instants de vie, ainsi par exemple tel résident, autrefois technicien de surface, aime à prendre le chariot de nettoyage. L'équipe du ménage en est informée et adopte un comportement collaboratif avec le résident. Cet autre était inspecteur de police et ses «fugues» nocturnes sont désormais connues des policiers du quartier qui deviennent des collègues

de travail. Cette dame était infirmière et participe parfois à la tournée d'une soignante de la résidence. Les retours d'expériences démontrent que la personne retrouve une meilleure estime de soi et une humeur plus stable. Les relations avec les proches sont facilitées.

(Curaviva Suisse, amn)

Prix âge et société 2016 de la Fondation Leenaards

La Fondation Leenaards a remis à fin novembre cinq prix ayant pour dénominateur commun la qualité de vie des personnes de plus de 65 ans. Son appel à projets sur ce thème, lancé chaque année depuis 2010, reste plus que jamais d'actualité. Il a pour objectif de favoriser la réflexion sur la façon dont les seniors, ainsi que leurs proches immédiats, perçoivent leur place dans la société et agissent sur leur bien-être. Si les personnes âgées représentent le groupe démographique à la croissance la plus forte, les disparités au sein de ce même groupe – de par les parcours personnels ou encore les caractéristiques propres de ces personnes – ne permettent pas de définir un processus unique de vieillissement ou d'accompagnement, de même que l'allongement de la durée de vie ne permet plus de voir cette période comme uniforme. La santé demeure un facteur primordial de la qualité de vie des seniors, mais de nombreux autres éléments sont aujourd'hui considérés. La Fondation Leenaards, par son domaine «âge & société», favorise les projets qui accompagnent l'évolution de la société et s'attachent à faire de l'augmentation de l'espérance de vie une opportunité à saisir. Les cinq projets primés tendent à démontrer que la qualité de vie est loin de n'être qu'une affaire de santé!

- «Évolution de la qualité de vie dans la population âgée: Autant en emporte le temps?» (IUMSP-CHUV, projet du Dr Yves Henchoz)
- «Un programme psycho-éducatif pour soutenir les proches aidants de personnes âgées atteintes de démence: améliorer l'accessibilité et maintenir l'acceptabilité et les effets.» (HEdS-FR, projet du Prof. Sandrine Pihet)
- «La citoyenneté politique comme dimension de la qualité de vie. Une enquête dans six EMS romands.» (HETS – HES-SO, projet du Prof. Barbara Lucas)
- «Influence des interventions non médicamenteuses, multiples et personnalisées, sur la qualité de vie des patients et de leurs proches aidants en cas de troubles cognitifs.» (Centre Leenaards de la Mémoire – CHUV, projet de la Dr Andrea Brioschi Guevara)
- «Garde des petits-enfants et ambivalence intergénérationnelle.» (UNIGE, étude exploratoire du Prof. Éric Widmer)

Cette année, la bourse doctorale a été octroyée à Jelena Stanic pour son projet de validation de l'instrument «Transitoriness», vers une meilleure prise en compte des dimensions existentielles et spirituelles dans les soins aux personnes qui vivent avec des maladies chroniques ou qui sont en fin de vie.

(Communiqué Fondation Leenaards)

UTILISATION POSSIBLE DANS LES ZONES À RISQUES

La lutte contre les agents pathogènes multirésistants ne se limite plus aux mesures complètes de prévention et d'hygiène que les employés des établissements de soins et les personnes âgées ou malades doivent respecter. Les matériaux de construction sont de plus en plus étudiés à la loupe, car ils ont un impact considérable sur les normes d'hygiène. En effet, toute surface peut constituer un véritable nid de bactéries.

Dans les maisons de retraite et établissements de soins, un revêtement de sol facile à nettoyer et garantissant une désinfection parfaitement hygiénique est un facteur fondamental pour des personnes âgées ou malades dont le système immunitaire est affaibli. Prenons par exemple la bactérie clostridium: ces germes déclenchant des diarrhées peuvent émaner du sol et causer des maladies graves. Des solutions sûres



sont donc indispensables : les revêtements de sol en caoutchouc nora permettent non seulement un nettoyage facile, mais ils peuvent aussi être parfaitement désinfectés et conviennent de ce fait à une utilisation dans les zones à risques exigeant une désinfection régulière des surfaces.

Une solution durable et économique

Les revêtements de sol en caoutchouc nora n'exigent ni métallisation ni au-

cune protection de surface et il n'est pas nécessaire de souder les joints, ce qui permet d'exclure une source de germes supplémentaire. Comme ils ne contiennent pas de plastifiants et les matériaux ne risquent pas de rétrécir et les revêtements conservent des dimensions stables pendant des décennies. Voilà pourquoi, à long terme, les revêtements de sol nora représentent la solution la plus économique pour les maisons de retraite et établissements de soins.

nora flooring systems ag

Gewerbstrasse 16

CH-8800 Thalwil

Tél.: 044 835 22 88

mail: info-ch@nora.com

Internet: www.nora.com/ch

nora[®]

Merveille des océans: des mâles en gestation

SPRING CIVIL VOICES

Un brin de féminité Seules les femmes font l'expérience de la gestation. Excepté chez les hippocampes: les mâles incubent les œufs dans la poche ventrale. Environ douze jours plus tard, les pères donnent naissance aux petits. Découvrez d'autres merveilles sur oceans.wwf.ch

Protégeons les
merveilles de la nature



Une **hygiène parfaitement sûre** pour le linge et la vaisselle



L'entretien du linge et le nettoyage de la vaisselle auprès d'un seul et même fournisseur

- Des lave-linge aseptiques pour un traitement approfondi du linge potentiellement contaminé
- Des sèche-linge performants avec un temps de séchage court
- Des repasseuses rotatives peu encombrantes et hautement performantes
- Des lave-vaisselle à eau renouvelée avec désinfection thermique pour une hygiène remarquable
- Un rendement optimal pendant toute la durée du cycle de vie

Téléphone 056 417 27 51

professional@miele.ch | www.miele.ch/professional