

Édition 2 | 2017

Projet INTERCARE

Pour un modèle de soins innovant
(page 28)

CURAVIVA

Revue spécialisée Curaviva

Association des homes et institutions sociales suisses



Démence

Recherche, stratégies et concepts de soins

HARTMANN



«Wie hoch ist der jährliche **pro Kopf Verbrauch** an Haushalts- und Hygienepapier?»



Hauswirtschaft

Nicht mehr und nicht weniger

Kaum zu glauben, aber in der Schweiz verbraucht jede Person jährlich bis zu 21 Kilo an Haushalts- und Hygienepapier.* Dazu gehören Taschentücher, Toilettenpapier, Papierhandtücher und vieles mehr.

Überzeugen Sie sich von unserem umfangreichen Sortiment: shop.ivf.hartmann.info/de



*Quelle: WWF (2009)

IVF HARTMANN AG – Ihre Bedürfnisse, unser Anspruch.

IVF HARTMANN AG, CH-8212 Neuhausen, www.ivf.hartmann.info

«N'oublions pas que nous sommes tous mortels.»



Anne-Marie Nicole

Rédactrice

Éditorial

La démence, fléau du 21^e siècle? En tous les cas, les chiffres pourraient l'attester: avec le vieillissement de la population, la démence sous ses diverses formes est en augmentation. En revanche, il y a moins de certitude quant aux réponses à apporter, tant nous sommes démunis face aux causes, au diagnostic et au traitement du déclin cognitif chez les personnes âgées. Tandis que les chercheurs tentent toujours de se mettre d'accord sur les origines possibles des démences, les spécialistes débattent de la pertinence ou non des modèles d'habitats spécialisés, et les défenseurs de l'approche biomédicale d'un côté, et psychosociale de l'autre, semblent inconciliables. Par ailleurs, si les initiatives ne manquent pas, ce sont les moyens qui font défaut pour développer toute la gamme des prestations, ambulatoires et stationnaires, qui permettrait de proposer à chaque patient ou résident l'offre la mieux adaptée aux différentes étapes de son parcours de vie.

Même si la démence, dont la plus répandue est la maladie d'Alzheimer, est encore un sujet tabou et stigmatisant au sein de la société, ses représentations évoluent et les stéréotypes se fissurent, certes lentement. Les maîtres mots de la prise en soins des personnes souffrant de démence sont désormais qualité de vie, bien-être, dignité et participation, l'objectif étant de préserver ce qui reste d'autonomie, de ressources et de potentialités chez la personne concernée. Dans cette perspective, les équipes des soins et de l'accompagnement privilégient de plus en plus souvent le travail en interdisciplinarité. Elles placent le patient ou résident au cœur du processus de prise en charge pour trouver, pour lui et avec lui, des solutions personnalisées, adaptées et évolutives, qui tiennent compte de son histoire, de ses désirs et de ses besoins.

Le dossier de cette édition tente de faire le point sur les différents aspects liés à la démence: la recherche, les stratégies, les modèles de soins et d'accompagnement, la formation du personnel et le développement des compétences spécialisées...

Mais aussi les difficultés, les doutes et les désaccords quant à la meilleure façon d'accompagner les personnes souffrant de démence et de soutenir et soulager leurs proches. Bien sûr, tout n'est pas parfait et ne le sera sans doute jamais. «Comment faire juste?», s'interrogent d'ailleurs les soignants.

Le souhait de chacun est de mourir vieux, en bonne santé et en pleine possession de ses facultés. Dans les pages qui suivent, le neuropsychologue Martial Van der Linden le rappelle avec une certaine sagesse: à 90 ans et au-delà, un grand nombre de personnes âgées ont des troubles cognitifs importants, car même avec des mesures de prévention, le cerveau vieillit. «Et n'oublions pas que nous sommes tous mortels.» ●



Du neuf avec de l'ancien: Girsberger a rénové 194 chaises à l'EMS Ruferheim Nidau

Après des années d'utilisation, les chaises de qualité de la maison de retraite avec leur capitonnage déformé étaient devenues très inesthétiques. De plus, le coloris des chaises ne convenait plus au concept d'aménagement de la nouvelle salle à manger.

Girsberger, fabricant de tables et de sièges, est également expert dans la rénovation de mobilier existant. Dans un premier temps, une chaise échantillon a été sablée, laquée trois fois et rembourrée à neuf. Le résultat a été convaincant et l'EMS a passé commande pour la remise à neuf des 194 chaises. Durant la restauration, Girsberger a mis à disposition des chaises de remplacement.

La remise en état professionnelle de meubles usagés ménage le budget et contribue au développement durable. Monsieur Andreas Kramer se tient volontiers à votre disposition pour évaluer la faisabilité d'une restauration de vos meubles. Vous pouvez le contacter au numéro suivant +41 (0)79 449 14 25 ou par courriel sous andreas.kramer@girsberger.com.

Alois Alzheimer



10

Martial Van der Linden



20

Projet INTERCARE



28

Sommaire

Gros plans sur le contenu de cette édition

Démence

La Stratégie nationale en matière de démence

En 2013, la Confédération et les cantons ont lancé une stratégie nationale visant à améliorer la qualité de vie des personnes démentes et à élargir l'offre en soins. État des lieux. 7

Trente ans de recherche et peu de résultats

Dans le monde entier, des milliers de chercheurs se cassent les dents sur la maladie d'Alzheimer. Tant qu'ils n'auront pas identifié les causes de la maladie, ils ne pourront pas développer de médicament. 10

Pour une «société amie de la démence»

Rien ne guérira les démences. Il est donc important que la société crée un environnement favorable aux personnes concernées. Entretien avec le gériopsychiatre Christophe Held. 13

Comment faire face à la complexité des situations?

En milieu psychogériatrique, les équipes soignantes sont confrontées à une perpétuelle remise en question de leurs pratiques et doivent accepter leurs propres limites. 16

Accompagner la vieillesse autrement

Rencontre avec le neuropsychologue Martial Van der Linden qui plaide en faveur d'une approche psychosociale du vieillissement cérébral et cognitif. 20

L'EMS qui se déplace à domicile

Des projets de proximité se concrétisent pour décloisonner les prestations ambulatoires et stationnaires afin de favoriser la continuité des soins. 24

Recherche

Le projet INTERCARE

Un nouveau projet de recherche vise à concevoir un modèle de soins innovant valorisant l'expertise du personnel infirmier et favorisant l'interprofessionnalité au sein des équipes. 28

Actualités

30

Photo de couverture: Avec le vieillissement de la population, les démences, dont la maladie d'Alzheimer est la forme la plus connue, sont en augmentation. Nous sommes cependant démunis face aux causes, au diagnostic et au traitement de ce déclin cognitif chez les personnes âgées. Photo: Stock Foto

Impressum

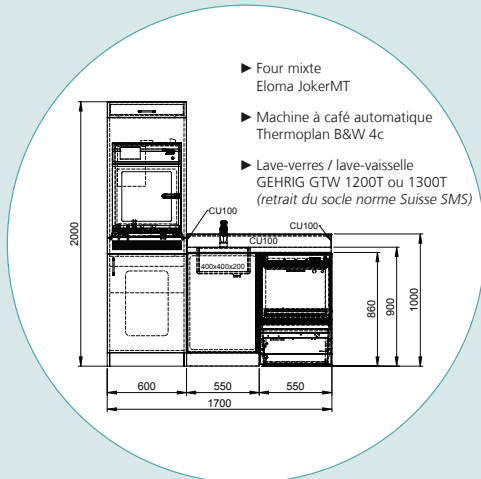


La *Revue spécialisée* CURAVIVA, publiée de manière trimestrielle, s'adresse aux EMS de Suisse romande, à leurs organes dirigeants et à leurs professionnels, aux décideurs et responsables politiques ainsi qu'aux nombreux partenaires du réseau santé-social qui oeuvrent en faveur des personnes âgées. Cette 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, 2017, 9^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, route du Prieur 65, 1257 Landecy, redaction@curaviva.ch.
 Rédaction alémanique: Elisabeth Seifert (esf), rédactrice en chef, Urs Treppe (ut), Claudia Weiss (cw)
 Correction: Stephan Dumartheray
 Traduction: Anne-Marie Nicole, Jean-Luc Ingold
 Annonces: Zürichsee Werbe AG, Stäfa, tél. 044 928 56 53, 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

VOTRE PARTENAIRE POUR LA CUISINE, LES SOINS ET L'HYGIÈNE

GEHRIG GROUP est le numéro un du marché suisse des appareils destinés aux secteurs de la restauration et de l'hôtellerie, ainsi que des soins et de l'hygiène dans les homes médicalisés et les hôpitaux. Filiale du groupe Metall Zug, GEHRIG GROUP propose aussi bien une large gamme de produits de qualité que des conseils personnalisés et de nombreux services pratiques.



Des cuisines intégrées pour les professionnels

«Trop de cuisiniers gâtent la sauce.» Un proverbe qui prend tout son sens lorsqu'il s'agit de l'installation de cuisines pour professionnels.

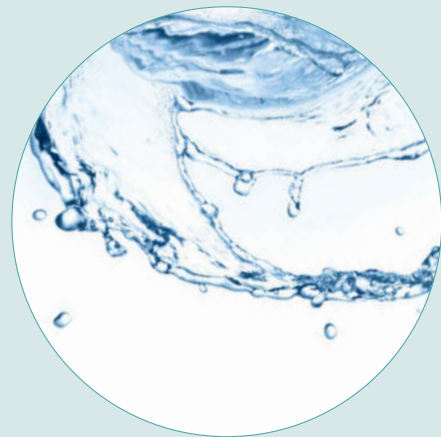
GEHRIG GROUP crée des solutions intégrées pour la cuisine adaptées aux besoins de chaque client. Nous nous démarquons notamment par notre offre professionnelle de produits pour les cuisines de collectivité dans les homes et hôpitaux ou dans les locaux associatifs. Que ce soit pour l'évaluation complète de vos besoins, la planification 3D et le montage, ou l'entretien de vos appareils: GEHRIG GROUP vous offre une solution de bout en bout. Vous pouvez alors travailler efficacement et dans de bonnes conditions.



Soins et hygiène: la sécurité pour tous

Dans les homes et les hôpitaux, l'hygiène est primordiale, pour les patients et résidents comme pour le personnel. GEHRIG GROUP fournit des solutions sur mesure pour garantir un environnement d'une propreté absolue.

À la gamme d'appareils de nettoyage et de désinfection automatiques, d'équipement médical, et de matériel thérapeutique et de soins viennent s'ajouter des conseils d'experts, un service clientèle fiable et des prestations d'intervention rapides et disponibles dans toute la Suisse, 365 jours par an grâce à plus de 90 techniciens de service.



La clé de la propreté et de l'hygiène

Que vous soyez un professionnel dans le secteur de la restauration ou des soins à la personne, une propreté irréprochable et une hygiène absolue sont cruciales. C'est là qu'un autre point fort de GEHRIG GROUP entre en jeu.

Nos experts-chimistes élaborent les mesures optimales en définissant les besoins des clients avec eux et en analysant la situation des établissements, leur gestion de l'hygiène, ainsi que l'état de l'infrastructure et des appareils.

Efficace et appréciée par nos clients, la ligne de produits AQUALYT de GEHRIG GROUP garantit un nettoyage de qualité, respectueux de l'environnement et sur mesure. L'offre de produits de nettoyage et d'entretien étant parfaitement adaptée aux machines, elle assure une hygiène et une propreté irréprochables, tout en ménageant les appareils.



Expositions et manifestations

Les deux showrooms INNOVA et CULINA, situés à Glattbrugg, proposent un large choix de machines à café et d'appareils pour le nettoyage, la restauration, les soins et l'hygiène. Les clients et les personnes intéressées peuvent y observer et tester en personne les dernières technologies.

Des événements incluant des ateliers et des démonstrations sont régulièrement organisés. Lors de la journée Soins et Hygiène GEHRIG GROUP, le 27 juin 2017, vous pourrez assister à des présentations passionnantes sur des sujets pointus et recevoir des conseils de nombreux experts.

Depuis début 2017, GEHRIG GROUP présente ses derniers produits pour les soins et l'hygiène à Exma VISION, l'exposition permanente de moyens auxiliaires de la FSCMA à Oensingen.

Stratégie nationale en matière de démence

«Nous avons besoin de davantage de structures de jour et de nuit»

En 2013, la Confédération et les cantons ont décidé d'une Stratégie nationale en matière de démence. Tous les projets ne pourront pas être réalisés d'ici à fin 2017 comme prévu. L'échéance a donc été repoussée à 2019. État des lieux avec Pia Oetiker* de l'Office fédéral de la santé publique.

Propos recueillis par Elisabeth Seifert

Pia Oetiker, quelle est, selon vous, l'utilité d'une stratégie nationale en matière de démence?

Pia Oetiker – Les objectifs et les mesures de la Stratégie nationale en matière de démence visent à améliorer, à long terme, la qualité de vie des personnes touchées par la démence et de combler les lacunes dans les offres de soins. La Confédération, les cantons, les prestataires, les associations, les organisations des personnes concernées et les organisations non gouvernementales s'y engagent ensemble. L'Office fédéral de la santé publique et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé coordonnent la mise en œuvre et conduisent les différents projets.



* **Pia Oetiker** est, depuis 2015, responsable adjointe de la Stratégie nationale en matière de démence auprès de l'Office fédéral de la santé publique. Elle possède un Master of Arts en travail social et politique sociale de l'Université de Fribourg.

À ce jour, qu'est-ce que cette stratégie sur la démence a apporté? Elle a démarré en 2013 déjà...

Un point de situation a été effectué en 2016. Il en est ressorti que la Stratégie nationale en matière de démence est considérée comme un instrument important pour promouvoir et améliorer les soins apportés aux personnes souffrant de démence. Par ailleurs, les différents acteurs peuvent s'y référer et légitimer leurs propres actions.

Concrètement, quelles mesures et projets ont vu le jour jusque-là?

Grâce à l'engagement de toutes les parties prenantes, quatorze des dix-huit projets au total ont pu être lancés et les mesures mises en œuvre. Ainsi, par exemple, l'Association Alzheimer Suisse et Pro Senectute Suisse ont mené une campagne de sensibilisation et conçu le site Internet memo-info. Les Swiss Memory Clinic ont élaboré douze standards qualité pour le dépistage de la démence. L'Académie suisse des sciences médicales ont développé des directives médico-éthiques relatives à la prise en charge et au traitement des personnes souffrant de démence. La stratégie nationale a également permis de stimuler les développements engagés dans les cantons.

«La stratégie nationale a permis de stimuler les développements dans les cantons.»

Pourtant, une majorité des projets ne seront pas achevés d'ici à fin 2017. Pour quelle raison?

Cela tient aux conditions cadres de la stratégie. Contrairement aux autres stratégies nationales, ici, les acteurs sont responsables des différents projets en termes de contenu, de person-

>>



Les proches de personnes souffrant de démence assument souvent une grande partie de la prise en charge. Ils dépendent par conséquent des offres de répit pour l'accueil de jour et de nuit.

Photo: Keystone/Gaetan Bally

nel et de financement. Cela exige donc un engagement conséquent. Les mesures et les étapes doivent être définies permettant d'atteindre les objectifs avec des moyens limités. Certains projets sont portés conjointement par des partenaires qui doivent régulièrement se consulter. Ces processus prennent du temps.

Dans quels domaines en particulier est-il encore nécessaire d'agir?

Il y a encore des besoins dans les champs de la sensibilisation, de l'information et de la participation. Il s'agit également de favoriser des offres adaptées aux besoins et de promouvoir la qualité et les compétences spécifiques. Nous avons aussi besoin de données scientifiques pour les développements à venir et l'assurance qualité. Enfin, comme les dernières études le montrent, la prévention doit aussi être un thème prioritaire.

Vous l'évoquez, la démence est un tabou au sein de la société.

Comment changer cela?

Sur cette question, deux organisations sont très actives dans le cadre de la stratégie : l'Association Alzheimer Suisse et Pro Senectute Suisse. Elles conduisent la campagne d'information et de sensibilisation «Alzheimer ou une autre forme de démence peut toucher tout le monde». Cette action a pour but de mieux informer la population sur les démences et sur les diverses réalités quotidiennes que vivent les personnes concernées. Il s'agit de dépasser les préjugés et les appréhensions.

Le manque d'offres de soutien pour les proches aidants qui effectuent une grande partie des soins et de l'accompagnement est un autre problème de taille. Que faire?

Les proches assument une tâche indispensable et très difficile. Pour les soutenir, il faut mettre en place un réseau de prestations

Les cantons veulent intervenir auprès de la Confédération

Selon une enquête actuelle de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), seize cantons ont développé leur propre stratégie cantonale ou défini une politique en matière de démence. Onze de ces cantons sont actuellement occupés à la mise en œuvre.

Le canton de Vaud fait office de précurseur. Il est le seul canton à disposer d'une offre couvrant l'ensemble du territoire pour l'ensemble des prestations, constate Silvia Marti, cheffe de projet de la CDS pour la Stratégie nationale en matière de démence: prestations spécialisées des EMS et des services d'aide et de soins à domicile, structures d'accueil de jour et de nuit, conseil et accompagnement à domicile des personnes concernées et de leurs proches. Dans les autres cantons, seule une partie des prestations d'aide est proposée, et encore, pas dans toutes les régions. La mise en œuvre de la Stratégie nationale en matière de démence serait cependant en bonne voie, insiste Silvia Marti. Les prestations spécialisées des services d'aide et de soins à domicile, notamment, seraient en

«nette amélioration» par rapport à 2013, lorsque la CDS a réalisé sa première enquête auprès des cantons.

Les différences cantonales et régionales s'expliquent principalement par les modalités de financement. Silvia Marti estime que la définition étroite des soins retenue par la loi sur l'assurance maladie (LAMal) pose un «gros problème» en regard des besoins des personnes souffrant de démence. Une partie importante des coûts des soins ne serait ainsi pas financée par l'assurance. Ce sont donc soit les cantons et les communes qui interviennent et subventionnent les prestations par le biais l'impôt, soit les personnes concernées qui supportent les coûts, dont une large part est financée par les prestations complémentaires de la Confédération et des cantons.

De concert avec les associations d'intérêts, dont Curaviva Suisse, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé souhaite entamer des démarches auprès de l'Office fédéral de la santé publique pour proposer une modification de l'ordonnance sur les prestations de soins. (esf)

facilement accessibles, qui va du service d'urgence aux soins à domicile, de l'aide de proximité aux structures de jour et de nuit et des soins de longue durée. La question du renforcement des compétences des proches a été plus particulièrement abordée

«Les proches assument une tâche indispensable et très difficile.»

dans le cadre de la stratégie, ainsi que le développement au niveau régional d'offres souples pour l'accueil de jour et de nuit. J'aimerais aussi rappeler l'existence du programme de promotion de la Confédération intitulé «Offres

visant à décharger les proches aidants». Nous attendons des résultats très prometteurs de ce programme au profit des proches de personnes souffrant de démence.

Nombre des prestations que vous mentionnez sont de la responsabilité des cantons et des communes quant à leur financement. N'y a-t-il pas là simplement un manque de ressources nécessaires?

Les prestataires des secteurs stationnaire et ambulatoire nous font régulièrement remarquer que les prestations ne sont pas suffisamment compensées et que les ressources nécessaires pour les offres font défaut. Les différences cantonales en matière de prestations sont particulièrement importantes. La question de la compensation financière des prestations a été abordée dans le cadre de la Stratégie nationale en matière de démence, sous l'égide de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Elle traite ces questions avec un groupe de travail constitué des associations de prestataires ambulatoires et stationnaires.

En comparaison internationale, où se situe la Suisse en matière de prise en charge de la démence?

Malgré l'urgence, de nombreux gouvernements n'accordent aucune priorité à la démence. Par conséquent, nous sommes bien situés au niveau international. Mais nous profitons aussi des projets des autres pays européens, comme l'Écosse, les Pays-Bas ou les pays scandinaves. La Suisse s'engage aussi sur la scène internationale. Elle a ainsi convaincu le Comité exécutif de l'Organisation mondiale de la santé de présenter un plan d'action global à l'occasion de la 70e Assemblée mondiale de la Santé au mois de mai, plan qui a été adopté.

«Nous profitons aussi des projets des autres pays européens.»

international. Mais nous profitons aussi des projets des autres pays européens, comme l'Écosse, les Pays-Bas ou les pays scandinaves. La Suisse s'engage aussi sur la scène internationale. Elle a ainsi

Est-ce que d'ici à fin 2019 toutes les questions ouvertes seront clarifiées et la stratégie en matière de démence mise en œuvre? Nous abordons de nombreuses questions dans le cadre de cette stratégie. Nous espérons que cette dynamique perdurera au-delà de 2019. Il y a encore beaucoup à faire, à l'avenir aussi. ●

Texte traduit de l'allemand



AQAdrink Fontaines d'eau

**Améliorez votre qualité de travail
et rendez votre entreprise un peu plus ingénieuse.**

Une eau fraîche pour davantage de vitalité et de plaisir. Avec leurs caractéristiques uniques, les fontaines d'eau BWT sont conviviales, répondent à toutes les exigences et comblent tous les désirs.

Contactez-nous !

BWT le fait - pour moi !

info@bwt-aqua.ch



For You and Planet Blue.

BWT
BEST WATER TECHNOLOGY

La dégénérescence insidieuse des cellules cérébrales: un mystère pour les chercheurs

Trente ans de recherche pour un maigre résultat

Dans le monde entier, des milliers de chercheurs se cassent les dents depuis trente ans sur la maladie d'Alzheimer. Ils sont encore et toujours en désaccord sur les origines de la maladie et ne peuvent donc développer aucun médicament. Une véritable course contre la montre est engagée.

Claudia Weiss

Déroutée, Yvonne Herber erre avec son caddy dans le supermarché: dès que son fils Marc, 12 ans, la laisse seule ne serait-ce qu'un instant pour aller prendre quelque chose dans les rayons, elle perd toute orientation. Cette ancienne acheteuse dans le commerce de gros, encore gaie et active il y a quelques mois, a reçu à 42 ans ce terrible diagnostic: Alzheimer, variante héréditaire et précoce. Une histoire tragique qu'elle et son mari Hans nous autorisent à raconter pour une émission de la radio allemande. D'autant plus tragique pour leur fils qui voit sa mère se transformer progressivement en femme désemparée et confuse. En peu de temps il s'est mué en garde-malade attentionné.

Pour les chercheurs, en revanche, qui se penchent sur la maladie d'Alzheimer, des patientes comme Yvonne Herber sont particulièrement intéressantes. Peut-être même qu'elles nous ouvriront un jour la voie vers la solution. Car aujourd'hui une seule chose est certaine: aussitôt que les signes de la maladie se manifestent clairement, il est déjà trop tard pour ordonner un quelconque médicament. Si on veut avoir la moindre chance de la vaincre, il faut prendre de vitesse la maladie qui a vraisemblablement commencé à attaquer sournoisement les cellules cérébrales une vingtaine d'années auparavant déjà. Tant

qu'on n'y parviendra pas, d'innombrables scientifiques du monde entier s'y casseront les dents.

Ils ne sont même pas d'accord sur les causes d'Alzheimer: peut-être les dépôts nocifs de protéines entre les cellules («plaques amyloïdes») ou les protéines microtubulaires anormales («fibrilles tau») dans les cellules. Alois Alzheimer avait découvert ces deux indices sous son microscope il y a cent onze ans déjà. Dans les années quatre-vingts, alors que la recherche roule à plein régime, les scientifiques poursuivent leurs travaux dans cette zone avec les moyens modernes à leur disposition. Ils se répartissent alors en «baptistes», qui représentent la théorie des amyloïdes, et en «tauistes», celle des protéines tau à l'origine de la dégénérescence cellulaire.

Les nonnes qui défient la science

Le problème, c'est que de nombreuses études démontrent que même des personnes présentant d'importants dépôts dommageables peuvent se révéler d'une vivacité mentale au-dessus de la moyenne jusqu'à un âge avancé. La plus connue de ces études est celle dite «des nonnes» que David Snowdon de l'Université du Kentucky a menée avec 678 femmes âgées

de 75 à 106 ans. Environ un tiers des cerveaux de ces nonnes, examinés après leur mort, présentaient des signes très nets d'Alzheimer. Et pourtant: vivantes, elles n'avaient manifesté absolument aucun symptôme de démence. À l'inverse, de leur vivant, certaines de ces nonnes étaient clairement démentes; pourtant, après leur mort, leur cerveau ne présentait aucun dépôt pathologique.

Une étude de Changiz Geula, de la Northwestern University de Chicago confirme cette découverte. Il a constaté dans les cerveaux de huit personnes âgées de 95 à 100 ans d'évidents dépôts d'amyloïdes et de tau. Selon ces dépôts, trois d'entre elles au-

Amyloïdes ou protéines tau? Les scientifiques ne sont pas d'accord sur les causes d'Alzheimer.



Le psychiatre allemand Alois Alzheimer et sa première patiente célèbre Auguste Deter: il avait déjà découvert, il y a 111 ans, les plaques amyloïdes et agrégats de protéine tau. Les chercheurs actuels continuent de chercher...

raient été indubitablement diagnostiquées Alzheimer. Pourtant, avant leur mort, elles faisaient montre d'aptitudes cognitives au-dessus de la moyenne.

Voilà pourquoi certains groupes de scientifiques présument qu'il doit exister d'autres déclencheurs des symptômes dévastateurs de la maladie d'Alzheimer. En 2015, des chercheurs ont envisagé une telle hypothèse dans le magazine spécialisé «Frontiers in Physiology». Luc Pellerin, neuroscientifique à l'Université de Lausanne, Pierre Magistretti, directeur du Brain Mind Institute à l'EPFL et Lloyd Demetrius de l'Université de Harvard, y avançaient que les déclencheurs d'Alzheimer n'étaient absolument pas les agrégats d'amyloïdes bêta mais les mitochondries, ces organelles de cellules chargées du ravitaillement en énergie. Ces chercheurs sont persuadés que les dépôts d'amyloïdes sont, certes, témoins du vieillissement du cerveau mais en soi ne rendent pas malade. On le deviendrait quand le métabolisme énergétique du cerveau est perturbé.

D'autres chercheurs misent sur cette théorie neuroénergétique. Quelques-uns d'entre eux partent même du principe que l'approvisionnement en énergie des cellules du cerveau pourrait être perturbé par un diabète de type 2. Andreas Monsch, neuropsychologue et directeur de la Memory Clinic de l'hôpital Felix-Blatter à Bâle, participe lui aussi à une étude basée sur cette hypothèse: trente-neuf de ses patients prennent part à cette enquête baptisée «Tomorrow», au cours de laquelle des chercheurs examineront pendant cinq ans 3500 personnes en bonne santé tant aux États-Unis qu'en Australie, en Grande-Bretagne, en Allemagne et en Suisse. Ils veulent observer si

**Les médicaments
avaient trop d'effets
secondaires ou ne
portaient pas leurs
fruits.**

une dose infime du médicament contre le diabète Pioglitazone peut ralentir le développement de la dégradation des facultés cognitives et, ce faisant, l'apparition de la maladie d'Alzheimer. Ce produit devrait optimiser le métabolisme des neurones et, ainsi, empêcher la destruction des cellules du cerveau.

Andreas Monsch espère que cette approche répondra à nombre de questions ouvertes. Pendant longtemps, il a suivi avec intérêt les entreprises pharmaceutiques qui déclaraient l'une après l'autre se trouver à l'aube de la découverte d'un médicament permettant de dissoudre les plaques amyloïdes. Puis elles interrompaient toutes leurs études parce que lesdits médicaments

provoquaient trop d'effets secondaires ou ne portaient pas leurs fruits. Pas plus tard que l'automne dernier, le laboratoire étasunien Eli-Lilly a dû mettre prématurément fin à une étude en phase II: son médicament «Solanezumab», pourtant prometteur, diminuait, certes, les plaques mais n'améliorait pas de manière quantifiable les capacités mentales des gens concernés.

«Tous ces échecs suggèrent que dans la recherche sur Alzheimer nous devons explorer d'autres voies qui ne partent pas de l'hypothèse amyloïde», conclut Andreas Monsch. Mais il considère comme tout à fait possible que cela ne réussisse jamais avec un seul et unique médicament: «Cette maladie est vraisemblablement provoquée par différents facteurs et doit donc également être traitée par divers moyens.»

Entretemps, de nombreux autres chercheurs se sont persuadés que les plaques amyloïdes pourraient pour le moins ne pas être les seuls déclencheurs. Pourtant, justement, le plus grand espoir actuellement se concentre entièrement sur cette approche: >>

un groupe autour de Roger Nitsch de la division de la médecine régénérative de l'Université de Zurich a recherché dans le cerveau de très vieilles personnes, d'une vivacité mentale au-dessus de la moyenne, des anticorps qui protègent le cerveau des dépôts anormaux de protéines.

L'institut de Roger Nitsch Neurimmune s'est associé à la société de biotech étasunienne Biogen. Ensemble ils ont développé une espèce de vaccin à base de tels anticorps. Ce vaccin devrait débarrasser le cerveau des agrégats de protéines et simultanément améliorer les facultés cognitives. Depuis la fin de l'année dernière, ils testent ce remède en Suisse et aux États-Unis sur 2'300 personnes présentant les premiers signes de «mild cognitive impairment», c'est-à-dire une légère perte de mémoire qui pourrait déboucher ces prochaines années sur une démence de type Alzheimer. Ce porteur d'espoir s'appelle «Aducanumab», et on devrait disposer des premiers résultats en 2020.

Si au terme de ces tests l'efficacité de ce médicament devait se confirmer, cela ne représenterait pas seulement une lueur d'espoir pour des millions de patients souffrant d'Alzheimer mais aussi d'énormes bénéfices pour ceux qui l'ont élaboré. Mais cela signifierait aussi la fin heureuse d'une quête fébrile de trente ans qui tournait en rond sans percée décisive alors que le nombre des intéressés ne cesse de croître très rapidement.

Adriano Aguzzi, directeur de l'Institut de neuropathologie à l'Hôpital universitaire de Zurich, conteste toutefois cette impression: «Ces dernières années, la recherche a récolté de très importantes données dans la biochimie et les implications neuronales de cette maladie: sur les protéines, les enzymes ainsi que les inhibiteurs de sécrétase bêta et gamma.»

Sur le plan de la recherche de médicaments, on a aussi considérablement progressé: parfois une molécule était trop toxique ou alors on n'a pas réussi à la transporter vers les cellules malades. Mais on a acquis de nombreuses connaissances importantes et, surtout, nettement amélioré les possibilités de diagnostic à l'aide de tomographies à résonance magnétique (MRI) et par émission de positons (PET). «C'est un énorme progrès.» Voilà pourquoi Adriano Aguzzi pense avec optimisme que ces prochaines années la recherche pourra tirer profit des diverses découvertes et établir des interconnexions.

Il est donc d'autant plus important que les scientifiques continuent d'explorer de nouvelles pistes. C'est ainsi, par exemple, que Patricia Boyle, du Rush Alzheimer's Disease Center de Chicago, a interrogé sur leur conception de la vie 900 seniors en bonne forme psychique et vivant chez eux. Ceux qui donnaient un sens à leur vie et faisaient des projets d'avenir couraient un risque inférieur de 52% de souffrir d'Alzheimer au cours de cette étude qui courrait sur de nombreuses années. Seulement voilà: avec l'âge avançant, il est plus difficile d'adopter une bonne attitude.

Voilà pourquoi les chercheurs en reviennent toujours au même point: une approche plus précoce est fondamentale. Le Suisse Mathias Jucker travaille à l'Institut Hertie de recherche clinique sur le cerveau de Tübingen et collabore à une étude appelée

Curry, huile de poisson et sommeil

Un médicament contre la maladie d'Alzheimer n'est, et de loin, pas en vue. On pourrait alors en conclure qu'il faut tout faire pour circonscrire la maladie en amont. Des allopathes mais aussi des naturopathes et des gourous auto-proclamés ont émis diverses recommandations préventives: curry, huile de poisson plein d'oméga 3, graines de lin biologiques, vitamine D3, vitamine B12 de foie de volaille, multivitaminés sans fer, luminothérapie, huile de noix de coco ou régime sans sucre devraient aider...

A ce jour, aucune de ces méthodes n'a produit de miracle. Mais peut-être sont-elles finalement tout aussi utiles que les conseils prodigués dans leur impuissance par les professionnels de la médecine préventive: ils prônent l'activité physique, une alimentation équilibrée et la suppression du tabac. «Ce qui est bon pour le cœur est bon pour le cerveau», tel est leur credo. Du sommeil en suffisance pourrait éventuellement aussi exercer une influence positive contre cette maladie, selon une étude de Michele Bellesi de l'University of Wisconsin-Madison: durant le sommeil, les toxines sont évacuées, et vraisemblablement aussi les protéines anormales qui s'agrègent.

Dian – «Dominantly Inherited Alzheimer Network». Avec ses collègues, ils recherchent dans différents pays des personnes qui ont été atteintes tôt par cette maladie. Ils analysent leurs valeurs sanguines, le liquide cérébro-spinal et leurs facultés cognitives. Ce faisant, ils espèrent pouvoir repérer à un certain moment les tout premiers signes de la maladie.

Ils pourraient alors, peut-être, stopper les toute premières protéines nocives. L'idée sous-jacente est la suivante: bien avant l'apparition de la maladie d'Alzheimer, certaines protéines sont quasiment mal repliées, affectent les protéines saines et les transforment en protéines nocives. Si on pouvait éliminer cette protéine mal repliée, on aurait alors trouvé le moyen de stopper la maladie, Mathias Jucker en est persuadé.

Yvonne Herber, l'acheteuse en commerce de gros, victime d'une démence précoce, avait justement procédé à un test génétique et avait mis ses données à disposition des chercheurs. Ce faisant, elle espérait aider d'autres malades d'Alzheimer, en priorité son fils Marc qui, en raison du facteur héréditaire, court un risque de 50%. Lui aussi pourrait tomber malade à l'âge de 40 ans déjà. Mais d'ici vingt ans, les chercheurs auront peut-être résolu ce casse-tête et pourront guérir la maladie d'Alzheimer. Yvonne Herber, elle, ne pourra plus en profiter. Elle est décédée à 44 ans, digne et immobile, soignée par son mari Hans et une aide à domicile. ●

De nombreux chercheurs sont convaincus que les plaques amyloïdes ne sont pas les seules causes.

Texte traduit de l'allemand

De l'importance des sciences infirmières et sociales et de la solidarité face à la démence

Ne pas trop idéaliser l'adage «le plus longtemps possible à domicile»

Dans un avenir proche, rien ne guérira les démences comme la maladie d'Alzheimer. Il est donc d'autant plus important que la société crée un environnement favorable aux personnes souffrant de démence, affirme Christoph Held*, gériopsychiatre et médecin d'EMS.

Propos recueillis par Urs Tremp

Monsieur Held, imaginez que vous souffriez vous aussi un jour de démence. Pensez-vous que vous serez bien pris en charge en Suisse?

Christoph Held – Je n'aimerais pas parler uniquement de moi, mais de nous tous qui pouvons un jour souffrir de démence. Mais pour vous répondre, je dirais: cela dépend. Il y a dans ce pays de nombreux endroits où les personnes atteintes de démence sont admirablement bien prises en charge et bénéficient de concepts de soins et d'accompagnement taillés sur mesure. Mais il y a certainement aussi des lieux où ce n'est pas le cas.



* **Christoph Held** est psychiatre. Gériopsychiatre rattaché au service de gériatrie de la Ville de Zurich, il travaille également comme médecin-répondant en institution. Il a charge d'enseignement à l'Université de Zurich et donne des cours dans les hautes écoles sur le thème de la démence. Outre les ouvrages professionnels, il est également l'auteur de récits portant sur des personnes souffrant de démence.

À quoi cela tient-il?

J'aimerais donner en exemple la Ville de Zurich qui répond largement aux objectifs fixés par la stratégie nationale en matière de démence. Les soins aux personnes démentes sont organisés de façon exemplaire à tous les niveaux – de la clinique de la mémoire à l'évaluation de la démence à domicile, en passant par la gériatrie aiguë, aux foyers de jour et aux EMS.

Pourquoi est-ce mieux en Ville de Zurich qu'ailleurs?

Cela tient notamment à l'histoire des soins médicaux dans cette ville. Avec le service du médecin de la ville, Zurich s'est toujours engagée en faveur des groupes en marge de la société – et donc aussi des personnes âgées, même si elles ne constituent désormais plus un groupe marginal. Ce service n'existe plus aujourd'hui, mais le service gériatrique est né de là.

«La médecine ne guérit pas, mais elle peut aider à soutenir la personne malade.»

Les habitants de la Ville de Zurich profitent donc d'une médecine qui se préoccupait déjà des personnes âgées alors que personne ne parlait encore de démence et d'Alzheimer?

Oui, mais il faut ajouter à ce propos que les sciences infirmières et sociales ont fait davantage que la médecine, ces dernières années, pour les soins et l'accompagnement de personnes souffrant de démence. Cent dix ans après la première description de la maladie par Alois Alzheimer, la médecine n'a pas encore trouvé de moyen probant pour prévenir ou guérir la maladie. Il faut admettre cependant que la médecine peut aider à accompagner et soutenir la personne malade.

Dans quelle mesure les sciences infirmières et sociales contribuent-elles à soulager les maladies démentielles?

>>

La maladie et la situation de vie de chaque personne concernée font l'objet d'une observation beaucoup plus large que par le passé. La prise en charge, qu'elle soit stationnaire ou ambulatoire, tient davantage compte des circonstances individuelles. Dans ce domaine, nous avons fait beaucoup de chemin en quarante ans, lorsque j'ai commencé comme jeune médecin. Les personnes démentes étaient alors placées dans une unité de soins de longue durée en psychiatrie. Lorsqu'elles étaient trop agitées, on les attachait au lit ou à la chaise avec de larges ceintures de lin grossier. Il n'y avait pas de stratégie en matière de démence, et on ne connaissait même pas encore le concept de démence.

Ne voyez-vous pas, dans un proche avenir, de solution médicale pour traiter ou prévenir les démences?

Je ne suis pas prophète. On peut décrire la maladie, on peut faire des tests neuropsychologiques et faire de l'imagerie médicale. Mais les liens de causalité ne sont pas encore clairs et je crains que cela en soit ainsi encore un certain temps. Au cours de ces dernières années, tous les espoirs placés dans une thérapie curative ont régulièrement été déçus.

Devons-nous accepter le fait que les maladies démentielles sont incurables?

Il y a aussi des messages positifs. Ces dernières années, les facteurs vasculaires, qui peuvent aussi être à l'origine de la maladie, ont pu être traités avec succès, par exemple la tension artérielle élevée, le diabète, l'arythmie cardiaque, la baisse du taux de cholestérol, etc.

Les mesures préventives sont-elles donc actuellement plus prometteuses que l'espoir d'un médicament?

Oui. On peut dire en substance que ce qui est bon pour le cœur est aussi bon pour le cerveau et permet ainsi de prévenir les démences.

Concrètement, que peut-on faire à titre individuel?

Veiller à ce que la tension artérielle ne soit pas trop élevée, bouger et se nourrir sainement.

Mais on ne peut pas garantir que ces mesures de prévention empêcheront l'apparition d'une maladie démentielle?

Non, en aucun cas.

Quel rôle jouent les prédispositions génétiques?

Elles jouent surtout un rôle dans les démences précoces, celles qui apparaissent avant l'âge de 65 ans.

Aujourd'hui, on peut établir très tôt déjà un diagnostic chez les personnes exposées au risque de développer une démence. Qu'apporte un tel diagnostic précoce s'il n'y a pas de traitement possible?

Plus tôt la personne, la famille et l'entourage seront informés, mieux ils pourront apprivoiser la maladie et organiser l'avenir. Certes, les médicaments ne guérissent pas ou n'empêchent pas la progression de la maladie, mais il en existe qui peuvent stabiliser les facultés intellectuelles.

En tant que proche aidant ou accompagnant professionnel, à quoi faut-il être attentif?

La maladie d'Alzheimer est une lente et longue progression. Il se passe souvent beaucoup de temps avant qu'un diagnostic soit posé. Même si les proches observent des changements de comportement, ils ne les associent pas nécessairement à une maladie. C'est pourtant là déjà que l'on devrait proposer son aide, en témoignant de la compréhension par exemple, plutôt que manifester de l'impatience ou de faire la morale. Par la suite, toute une série de mesures de soutien seront nécessaires. Il importe alors que les personnes concernées et leurs proches sachent où trouver de l'aide: conseils, offres de répit, services d'aide et de soins à domicile, foyers de jour ou accueils temporaires en institution – avant d'en arriver à une entrée en EMS.

Vous évoquez un long processus. Peut-on l'estimer? Parle-t-on de semaines? De mois? D'années?

C'est très variable. Mais cela peut en effet durer dix ans, voire davantage. De façon générale, on peut affirmer que plus une démence survient tôt, plus elle progresse rapidement.

Comment l'entourage doit-il réagir lorsque quelqu'un manifeste les premiers troubles du comportement?

Tout d'abord, les proches doivent savoir que tous les troubles ne sont pas le signe d'une maladie démentielle. La perte de mémoire peut en être un, certes. Mais il faudrait faire examiner de plus près ces pertes de mémoire avec l'aide du médecin de famille ou de la consultation mémoire.

Pouvez-vous citer un autre exemple qui pourrait indiquer le début d'une maladie?

Les troubles du langage, par exemple, lorsque la personne ne trouve plus les bons mots ou que le discours est hésitant. Ou les troubles des fonctions exécutives, aussi. Lorsque les capacités à penser, planifier, décider, agir, déclinent. Les proches sont les premiers à remarquer ces symptômes. Un médecin, qui ne voit son patient que de loin en loin, ne peut pas faire ces mêmes constats. C'est pourquoi il est

important que l'entretien ait lieu avec les proches.

Les personnes concernées sont-elles conscientes que quelque chose ne va pas?

Au début, certainement. Par la suite, on parle souvent d'une anosognosie, c'est-à-dire que le patient n'a pas conscience de sa maladie.

Il y a également des personnes qui font preuve de beaucoup d'imagination pour cacher la maladie.

Surtout au début de la maladie, la personne met en place des stratégies pour éviter de devoir prendre des décisions. Elle ne décide plus elle-même, renonce à entreprendre des activités ou à voyager, se retire de plus en plus. C'est typique d'une démence qui commence. En même temps, ces changements peuvent aussi être le signe d'une dépression. Ce n'est pas toujours facile à identifier: qu'est-ce qui est de l'ordre du «ne plus pouvoir» ou du «ne plus avoir envie»?

«Ces dernières années, tous les espoirs placés dans une thérapie curative ont été déçus.»



«Être favorable à l'accueil de la démence signifie savoir comment entrer en relation avec les personnes concernées. Je constate souvent que les employés des restaurants Migros savent le faire.»

Photo Alessandro Della Bella/Keystone:

Est-il sensé de vouloir maintenir à domicile le plus longtemps possible les personnes atteintes de démence?

Pas toujours. Ces dernières années, cette exigence est devenue une sorte d'idéologie, propagée notamment par quelques politiciens désireux avant tout de faire baisser les coûts de la santé et de reporter davantage sur les proches la charge de l'accompagnement. Mais de nombreux proches se sentent abandonnés et dépassés par cette charge. L'entrée en EMS peut donc parfois permettre d'éviter le pire.

Que voulez-vous dire?

Souvent, la charge et le surmenage menacent la santé physique et psychique des proches aidants. Naturellement, l'accompagnement dans l'environnement familial contribue au maintien dans la vie sociale des personnes concernées. Mais c'est aussi le cas si Migros, Coop, la Poste et les transports publics ont une attitude d'ouverture face à la démence, de façon à permettre à ces personnes de continuer à les fréquenter même si elles sont en EMS. Aujourd'hui, on parle généralement de la «société solidaire Alzheimer». Cela veut dire que les personnes souffrant de cette maladie sont les bienvenues au restaurant Migros, par exemple, parce que les employés savent comment agir.

Concrètement?

Dans une ville comme Zurich, il y a beaucoup de personnes démentes qui n'ont pas de proches et qui ne se préparent plus le repas de midi. Mais elles se rendent régulièrement au restaurant Migros où elles sont vite dépassées par le vaste choix du buffet. Pour elles, il est donc très important que les employés du restaurant évitent de leur demander «Qu'est-ce que je vous sers?». La plupart leur proposent plutôt quelque chose: «Aujourd'hui, je vous ai préparé une jolie assiette avec ci et ça.» C'est la bonne attitude à avoir pour aider la personne.

Croyez à une inclusion totale des personnes démentes dans notre société?

Que veut dire inclusion? Pour les personnes qui ont besoin d'assistance en continu, sans quoi elles pourraient se mettre en danger, il y aura toujours des maisons et des homes où elles pourront vivre en sécurité et sans peur. On ne peut pas attendre d'une famille qu'elle s'occupe d'un proche qui souffre d'hallucinations ou de tendances agressives, par exemple. C'est du ressort du personnel soignant formé. Même si de nombreux proches sont devenus de vrais professionnels et des artistes de l'accompagnement de la démence. De façon intuitive, ils savent à quel moment ils doivent décider pour leur proche malade ou comment prévenir les situations qui pourraient les perturber. Mais on ne peut pas l'exiger d'eux.

«De nombreux proches sont devenus des artistes de l'accompagnement.»

Qu'est-ce que les EMS doivent mettre en œuvre afin que les personnes souffrant de démence se sentent entourées et en sécurité?

Les EMS doivent élargir leur savoir professionnel, notamment leurs connaissances dans le domaine de la psychiatrie. La démence est une maladie qui se manifeste de très diverses façons. Par conséquent, la prise en soin des résidents doit être la plus individualisée possible. Pour ce faire, la connaissance de l'histoire de vie de la personne est très importante. Il arrive que des personnes s'épanouissent ainsi à nouveau en EMS. Ce qui n'est pas souvent le cas dans un environnement avec des proches aidants épuisés ou du personnel soignant ambulatoire pas spécialement formé. Il ne faut donc pas trop idéaliser l'adage «le plus longtemps possible à domicile». ●

Texte traduit de l'allemand

Les professionnels face à la complexité des situations en milieu psychogériatrique

«Tous les jours, c'est à la fois simple et difficile»

Auprès des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, les jours se suivent mais ne se ressemblent pas. Les équipes sont confrontées à une perpétuelle remise en question de leurs pratiques et doivent accepter leurs propres limites.

Anne-Marie Nicole

La Clé des Champs: un bien joli nom pour un établissement sécurisé qui accueille des résidents souffrant de troubles psychogériatriques, avec une forte propension à déambuler et à fuguer! Entièrement rénové et agrandi il y a quelques années, l'établissement de Mont-sur-Rolle offre une vue imprenable sur le Léman et sur les Alpes et dispose d'un jardin thérapeutique qui invite à la déambulation sensorielle. La Clé des Champs est une structure gérée par la Fondation Belle Saison, qui exploite, sur la Côte vaudoise, deux autres EMS, deux centres d'accueil temporaire et des logements protégés.

La matinée s'étire doucement. Les résidents quittent leurs unités pour rejoindre chacun à son rythme la «place du village», un bel espace entièrement ouvert au rez-de-chaussée de la maison. Ils sont accueillis par Noé Borcard, apprenti assistant socio-éducatif, souriant et un brin taquin, qui leur propose des boissons fraîches pour se désaltérer. Aurélie Martinez-Langlard, animatrice socio-culturelle prépare le «jeu du parachute» inscrit au programme du matin.

Huit résidents s'installent en cercle sur des chaises, tenant chacun fermement une poignée d'un parachute en nylon formé de panneaux de couleur et déployé au centre du cercle. Le jeu

consiste à faire passer une balle en mousse d'un panneau à l'autre, sans qu'elle tombe par terre ou qu'elle passe à travers le trou central. L'objectif est de travailler la motricité, l'attention, la coordination et le lien social. L'ambiance est bon enfant. Les résidents se prennent au jeu, suivent les consignes de l'animatrice, s'encouragent mutuellement, poussent des «oh!» lorsque la balle leur échappe, des «ah!» lorsqu'ils réussissent à lui faire faire un tour complet. Quelques sous-entendus coquins et clin d'œil complices s'échangent entre une résidente et son voisin du même âge.

D'autres professionnels, qui ont terminé leurs tâches dans les unités, s'approchent de la «place du village». Les uns viennent soutenir les joueurs, les autres tiennent compagnie aux résidents qui ne participent pas activement au jeu mais qui profitent de l'atmosphère joyeuse. Un peu plus tard, ils accompagneront tout ce petit monde à la salle à manger pour le repas de midi.

«Tous les jours, c'est à la fois simple et difficile», observe Salvatore Bello, auxiliaire de santé. «C'est à nous d'être à l'écoute des besoins, des envies, des humeurs, de mettre en confiance et de trouver les clés dans les situations compliquées.» Lui qui confie s'épanouir dans son travail auprès des personnes âgées ne connaît pas la routine.

«Il n'y pas d'habitudes ni de schémas tout faits, il n'y a pas de solutions miracles non plus et jamais de situations idéales», renchérit sa collègue, Lucie Janin, assistante socio-éducative et bientôt animatrice diplômée, responsable du secteur social.

Les moments critiques où tout bascule

Les professionnels de la Clé des Champs connaissent bien les moments critiques où tout peut basculer: un retour d'hospitalisation qui s'accompagne d'un traumatisme, l'absence prolongée d'un proche qui génère de l'anxiété et des plaintes de dou-

«C'est à nous d'être à l'écoute et de trouver les clés dans les situations compliquées.»

leurs, le syndrome crépusculaire qui se manifeste par des troubles du comportement, comme l'agitation ou l'errance, à la tombée du jour. «Si une personne manifeste une agitation particulière, il faut être attentif à tout: est-elle mal assise? Est-elle gênée par un courant d'air? Est-elle incommodée par sa voisine? Quelles visites a-t-elle reçues? Etc. Car l'effet de contamination est rapide», rappelle Lynda Touimi, infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie.

Pour prévenir ce fameux syndrome crépusculaire, l'institution n'organise plus d'activités sur la «place du village» en deuxième partie d'après-midi. Cet espace donne en effet sur l'entrée principale de la maison et la large porte vitrée coulissante, et le va-et-vient entre ceux qui entrent et ceux qui sortent exacerbe l'agitation. «Nous avons malheureusement fait une erreur de conception, et nous n'avons pas le moyen de masquer la vue sur cette entrée», regrette Martine Risuleo-Beaud, infirmière-chef de la Fondation Belle Saison.

Les soins d'hygiène sont un autre de ces moments délicats. Ils impliquent d'entrer dans la sphère intime de la personne et d'«envahir» son espace. Ils se traduisent également par une

promiscuité physique qui peut déclencher des réactions inattendues. «Nous n'obligeons pas le résident à faire quelque chose qu'il ne veut pas, il a le droit de refuser. En revanche, c'est plus délicat d'expliquer aux familles pourquoi leur papa n'est pas rasé ce matin ou pourquoi leur maman n'est pas encore habillée.»

«Si le collaborateur répond à un besoin non satisfait du résident, il ne fera jamais faux.»

L'infirmière-chef reconnaît en effet que les relations avec les familles peuvent être difficiles. «Le sentiment de culpabilité pousse certains à vouloir contrôler le travail des soignants et à tenir des propos parfois blessants. C'est lourd à porter pour le personnel qui fait un travail fantastique.» C'est donc le rôle de l'infirmière ou de l'assistante en soins et santé communautaire de s'entretenir avec les

familles, de les informer, de leur expliquer ce que fait l'équipe et pourquoi elle le fait. «Le travail avec les familles est très important aussi pour l'équilibre du résident», rappelle encore Lynda Touimi, l'infirmière clinicienne, expliquant que les personnes souffrant de troubles cognitifs tendent en effet à absorber toutes les émotions, comme par une sorte de mimétisme. Et une famille inquiète, c'est souvent un résident agité. >>



Encouragés par Lucie Janin, responsable du secteur social, les résidents se prennent avec plaisir au jeu du parachute. Ludique et sérieux à la fois, il a pour objectif de travailler la motricité, l'attention, la coordination et le lien social.

Photo: Hélène Tobler



Moment de détente entre Aurélie Martinez-Langlard, Salvatore Bello, Noé Borcard et une résidente: «un vrai rayon de soleil» disent-ils affectueusement.

Photo: Héliène Tobler

Comment faire juste?

«Il est plus facile d'être dans le «faire» que dans l'«être», constate Martine Risuleo-Beaud. «Le « faire » se voit: on peut documenter un acte ou un soin dans le dossier du résident, on peut cocher la case pour valider ce qui a été fait. L'« être » ne se voit pas, il est souvent considéré comme du temps perdu.» Or, passer un moment auprès d'une personne anxieuse pour la rassurer peut faire gagner du temps par la suite. «Si le collaborateur répond à un besoin non satisfait du résident, il ne fera jamais faux»,

affirme Martine Risuleo-Beaud. C'est ce que Salvatore Bello appelle fonctionner «au feeling» ou ce que Lucie Janin fait en privilégiant l'empathie et la communication dans son travail quotidien.

«Comment faire intelligemment avec les moyens que nous avons?», s'interroge Martine Risuleo-Beaud. «Nous sommes des artistes tous les jours! Nous dessinons notre tableau des soins tous les jours.» Et même, il n'est pas rare que le planning communiqué lors du colloque organisationnel quotidien de 7h15 ne

«Donner du sens au non-sens»

«En matière de formation, vouloir innover ne sert à rien si on ne développe pas une culture du soin orientée vers cette mission particulière qu'est la psychogériatrie. Il faut opérer un changement de culture institutionnelle et être prêt à se remettre en question dans tous les secteurs», affirme Daniel Ducaux, infirmier en psychiatrie auprès du Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA), spécialisé en gériatrie et gérontologie. Lorsqu'il intervient dans le cadre de dispositifs de formation continue ou de supervisions d'équipe, il s'applique généralement à changer le regard des soignants, à déconstruire l'image de la personne âgée agressive, à opérer un «recadrage», comme disent les Québécois, pour donner un nouvel éclairage et un autre sens aux situations difficiles ou conflictuelles et sortir de l'émotionnel. «C'est ce que j'appelle donner du sens au non-sens, c'est-à-dire trouver du sens à un comportement de prime abord incompréhensible.»

Dès lors, il s'agit de formaliser des techniques d'évaluation et d'observation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence pour comprendre les besoins que la personne démente ne comprend plus toujours elle-même, et mettre en place des interventions psycho-sociales pour y répondre. «Avec ces personnes, il ne suffit pas de donner des soins; il faut être attentif à tous les facteurs personnels, environnementaux, physiques, sociaux, etc., et agir là-dessus pour être au plus juste dans la relation avec elles.»

Les formations continues actuellement proposées dans le domaine de la psychogériatrie sont principalement axées sur les recommandations de bonnes pratiques et préconisent des démarches non médicamenteuses, à implémenter de façon rigoureuse et formelle, avec un langage commun pour gagner en efficacité. Généralement interdisciplinaires et souvent «intra-muros», ces formations sont ancrées dans la réalité du terrain. Elles jouent souvent sur l'émotionnel et utilisent des techniques telles que les jeux de rôle, les mises en situation, ou le théâtre interactif, histoire de prendre du recul par rapport à son propre quotidien professionnel.

Mais pour être efficace, la formation continue doit s'inscrire «dans un terrain propice, dans une culture institutionnelle qui intègre les pratiques probantes et développe un langage commun et une vision commune», précise Daniel Ducaux. Il suggère même de faire appel à un «mentor spécialisé et formé» qui coache le personnel sur le terrain. Surtout, il s'agit de trouver une organisation du travail apte à mieux soutenir les équipes et faire baisser la pression qu'elles subissent de toutes parts. «La plupart du temps, les soignants font du mieux qu'ils peuvent. Le poids qu'ils portent est extrême. Il faut donc trouver des stratégies pour qu'ils arrivent à accepter leurs propres limites et prennent conscience que s'ils ne peuvent pas tout faire, ce n'est pas de leur faute. Ce poids ne leur appartient pas. Il appartient à notre société toute entière.»

De la créativité dans les formations

Les formations continues actuellement proposées dans le domaine de la psychogériatrie sont principalement axées sur les recommandations de bonnes pratiques et préconisent des démarches et interventions non médicamenteuses à implémenter de façon rigoureuse et formelle, avec un langage commun pour gagner en efficacité. Ces formations, généralement interdisciplinaires et souvent «intra-muros», sont ancrées dans la réalité du terrain, jouent souvent l'émotionnel et utilisent des techniques telles que les jeux de rôle, les mises en situation, le théâtre interactif ou le travail par analogie ou métaphore. Dernier exemple en date de créativité dans le domaine de la formation, celui de l'Association neuchâteloise des établisse-

ments et maisons pour personnes âgées qui consacre, ce mois de juin, sa rencontre annuelle des professionnels de l'accompagnement aux «Pratiques communicatives et pratiques de soins». L'objectif est de donner des clés pour appréhender la diversité des langages – verbal, psycho-corporel, visuel, musical, sensoriel, etc. – et favoriser le développement des compétences relationnelles entre soignants et résidents. Un quatuor à cordes propose une «métaphore» musicale, qui mêle les harmonies et les dissonances, pour illustrer les enjeux communicationnels dans la collaboration interdisciplinaire telle qu'elle est déployée dans les EMS. De quoi, sans aucun doute, faire vibrer la corde sensible des participants...

soit déjà plus le même deux heures plus tard! Les collaborateurs, notamment ceux qui sont peu qualifiés ou peu expérimentés, souhaiteraient pouvoir s'appuyer sur des modes d'emploi ou sur des méthodes éprouvées. Or, auprès des personnes souffrant de troubles cognitifs, les jours se suivent mais ne se ressemblent pas. «Ce que j'ai appliqué hier avec succès ne sera pas forcément une réussite aujourd'hui et ce que je vais utiliser aujourd'hui ne se vérifiera peut-être pas demain! Nous devons sans cesse être créatif, oser de nouvelles choses et communiquer entre nous ce qui a bien fonctionné», ajoute encore l'infirmière-chef.

Il y a une année, l'EMS La Clé des Champs a entièrement repensé son projet institutionnel d'accompagnement en intégrant davantage la dimension interdisciplinaire. Afin de répondre au plus près des besoins de la personne «ici et maintenant», elle mise sur la mixité des approches et des techniques d'intervention – humanité, validation, soins relationnels, etc. – ainsi que sur la richesse des cultures représentées au sein du personnel. Les soins et le secteur social travaillent désormais main dans la main. On s'éloigne de l'animation dans sa dimension occupationnelle. «Dans l'institution, nous voulons développer cet accompagnement mixte entre santé et social, car il valorise davantage le rôle social du résident et il accorde plus de place aux proches aidants», explique Martine Risuleo-Beaud.

Dans cet esprit, des journées «binômes» ont lieu une fois par mois, réunissant deux professionnels, l'un du secteur des soins et l'autre du secteur social, qui accompagnent durant toute une journée un petit groupe de résidents pour une sortie, un atelier, une activité cuisine, etc. L'objectif de ces journées «binômes» est, d'une part de mettre en marche la complémentarité des deux pôles au service des résidents, d'autre part de favoriser la compréhension des métiers et le respect mutuel entre collègues en vue d'une culture commune du soin.

Des outils et des formations pour faire face

Dans le cadre de ce nouveau projet institutionnel, des ateliers interdisciplinaires intra-muros ont été mis en place, qui ont en commun le respect de la dignité de la personne et sa qualité de vie, l'écoute et la communication en général. Ils ont pour objec-

tif de sensibiliser et de rappeler les bonnes pratiques, d'apprendre à adopter les bonnes attitudes et à réagir face aux situations aigües. Par le biais d'études de cas, de mises en situation et de jeux de rôles, des thématiques diverses sont abordées telles que l'alimentation, la propreté, l'hydratation, les besoins affectifs et sexuels, les troubles du comportement, les transmissions ciblées ou encore les mobilisations et bonnes postures.

La Fondation Belle Saison travaille également avec deux infirmières formatrices qui officient comme médiatrices. Elles interviennent aussi dans les situations de crise et développent avec les équipes des stratégies et des pistes de travail. «Nous essayons d'être réflexifs et d'agir au plus vite pour être toujours dans l'action», insiste Martine Risuleo.

Les comportements agressifs sont mal vécus par les soignants, bien qu'ils sachent que ce sont généralement des attitudes de défense de la part résidents. «Même si les personnes souffrent de démence, ça n'autorise pas tout; l'institution doit pouvoir poser des limites»,

défend l'infirmière-chef. Ainsi, si un résident est trop violent, s'il mord, griffe ou tape de façon répétée, l'équipe soignante et le médecin peuvent décider, avec l'accord de la famille, de l'hospitaliser quelque jours pour éviter une escalade de la tension au sein de l'établissement.

Il arrive aussi que des collaborateurs qui ont essayé des coups reviennent travailler la peur au ventre ou soient habités par un sentiment de culpabilité: qu'ai-je fait de faux? «Il est important de dépasser ce tabou de la culpabilité, d'accepter qu'en tant que soignant nous n'avons pas toujours la solution et reconnaître au professionnel le droit d'être en difficulté», insiste Lynda Touimi, qui encourage toujours le personnel à verbaliser et à venir chercher de l'aide pour ne pas rester dans la difficulté. Les colloques formels et informels sont des espaces de parole qui permettent d'agir rapidement et qui offrent à chacun l'occasion de s'exprimer, de se responsabiliser, de retrouver du sens à son action. «C'est un travail invisible que nous faisons, qui souffre du manque de reconnaissance. Souvent, les gens le résument à une toilette ou à un soin, alors que l'essentiel n'est pas là.» ●

**«La démence
n'autorise pas tout;
l'institution doit
pouvoir poser des
limites.»**

Plaidoyer en faveur d'un autre accompagnement du vieillissement cérébral et cognitif

«Pourquoi ne pas reconnaître qu'on s'est trompé?»

En opposition à l'approche biomédicale de la démence, le neuropsychologue Martial Van der Linden défend une approche psychologique et psychosociale qui tient davantage compte de la complexité du vieillissement cérébral et cognitif et de la personne dans son individualité.

Propos recueillis par Anne-Marie Nicole

Martial Van der Linden, vous vous opposez farouchement à l'approche biomédicale de la démence. Que lui reprochez-vous?

Martial Van der Linden - Le modèle biomédical dominant considère que le vieillissement cognitif et cérébral problématique serait le résultat de maladies spécifiques, telles que la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale, la maladie à corps

de Lewy, etc., qui auraient chacune une cause spécifique. Dès lors, des moyens très importants sont investis dans la recherche et dans les centres du cerveau pour explorer les soubassements neurobiologiques de ces maladies dans l'espoir de trouver les médicaments pour les guérir.

En quoi ce modèle est-il contestable?

Prenez l'exemple de la maladie d'Alzheimer: par le passé, on la caractérisait essentiellement par les troubles de la mémoire. Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour dire qu'elle peut s'exprimer par des difficultés cognitives variées (problèmes exécutifs, langagiers, perceptifs, gestuels, etc.), avec ou sans troubles de la mémoire. Nous sommes ainsi confrontés à une grande hétérogénéité des symptômes, mais aussi des manifestations neuropathologiques, ce qui est en contradiction avec la conception essentialiste et catégorielle du modèle biomédical. Il est donc vain de penser qu'il y aura un médicament «miracle» qui guérira cet état multifactoriel.

Êtes-vous en train de dire que, à ce jour, la recherche scientifique et médicale n'a rien apporté?

Elle n'a pas produit grand-chose, c'est incontestable. La grande majorité des dizaines de milliers d'articles scientifiques consacrés à la maladie d'Alzheimer au cours de ces trois dernières décennies n'ont rien apporté de significatif à la compréhension de cette «maladie».

Faut-il donc stopper la recherche?

Surtout pas! La recherche a plus que jamais son rôle à jouer. Mais il faut éviter une recherche réductrice pour privilégier une recherche plus systémique qui va explorer l'ensemble des mécanismes impliqués dans le vieillissement cérébral et cognitif problématique et qui diffèrent d'une personne à l'autre. Cela change tout!



Martial Van der Linden est docteur en psychologie et professeur de psychopathologie et de neuropsychologie aux Universités de Genève et de Liège. Il consacre une partie de ses travaux aux effets du vieillissement sur le fonctionnement de la vie quotidienne, dans une

perspective multifactorielle et intégrative. Il développe des méthodes d'intervention psychologique dans le vieillissement cérébral et cognitif problématique. Enfin, il est le co-auteur de l'ouvrage publié en 2014 «Penser autrement le vieillissement» et il anime, avec son épouse Anne-Claude Juillerat Van der Linden, neuropsychologue clinicienne, le blog www.mythe-alzheimer.org.



«Il y existe toute une série d'interventions psychosociales qui visent à intégrer davantage les personnes dans leur milieu de vie, par exemple par le biais des relations intergénérationnelles», affirme Martial Van der Linden

Photo: Verywell.com

Aurait-on fait tout faux jusque-là?

On peut se poser la question. Allons-nous donc poursuivre dans cette voie? Pourquoi ne pas reconnaître qu'on s'est trompé? Ce qui est scientifiquement tout à fait acceptable. Au cours des vingt, trente ou quarante dernières années, on n'a pas trouvé d'explication solide à la maladie d'Alzheimer, pas un seul médicament non plus. On peut donc légitimement se demander si on ne devrait pas envisager le vieillissement autrement. Et je ne suis pas le seul à le dire... Par ailleurs, le modèle biomédical favorise une «alzheimerisation» de la société, il ouvre une perspective traumatisante et tient des discours apocalyptiques.

Quelle est cette autre approche du vieillissement que vous préconisez?

«À plus de 90 ans, un grand nombre de personnes ont des troubles cognitifs importants.»

L'approche que je défends peut se résumer d'une façon assez simple: c'est de dire que le vieillissement fait partie de l'aventure humaine. Les difficultés cognitives de mémoire et d'attention liées à l'âge font partie du vieillissement, j'en suis d'ailleurs

le témoin quotidien! Car c'est un fait: le vieillissement affecte le fonctionnement cérébral et cognitif. Mais, bien entendu, il y a des différences très importantes d'un individu à l'autre. Certains souffrent de dysfonctionnements graves qui entravent leur autonomie tandis que d'autres présentent des difficultés légères qui progressent peu. Il faut aussi se rappeler qu'à 90 ans et au-delà, un grand nombre de

personnes âgées ont des troubles cognitifs importants, souvent couplés avec des comorbidités. Même avec des mesures de prévention, le cerveau vieillit. N'oublions pas que nous sommes tous mortels.

>>

Comment rendre compte de ces différences entre les individus dans le vieillissement?

Les études épidémiologiques se multiplient et apportent des résultats de plus en plus plausibles montrant que le vieillissement cérébral et cognitif problématique est influencé par de multiples facteurs médicaux, psychologiques, culturels, sociaux, etc. qui interviennent tout au long de la vie, dès la naissance. Il existe des index de facteurs de risques qui montrent que le cumul de plusieurs de ces facteurs augmente le risque de développer une démence. L'approche que nous défendons est donc très différente du modèle biomédical, qui concentre tous ses efforts de recherche sur les protéines amyloïdes et tau, lesquelles, d'ailleurs, ne seraient pas les facteurs causaux de la dégénérescence, selon certains neurobiologistes, mais des réactions protectrices du cerveau face à d'autres anomalies.

Quels sont ces multiples facteurs de risque qui interviennent tout au long de la vie?

La dépression, le tabagisme, l'hypertension, le diabète, l'inactivité physique, l'obésité sont, entre autres, des facteurs de risque. Les pesticides, les toxines environnementales également. Une étude canadienne a récemment montré que les personnes les plus exposées à la pollution de l'air engendrée par les véhicules automobiles avaient un risque significativement accru de développer une démence. On sait maintenant que c'est aussi le cas, par exemple, des personnes ayant vécu dans un milieu socialement défavorisé (y compris dès l'enfance). Le régime alimentaire est tantôt un facteur de risque tantôt un facteur de protection tandis que l'insertion sociale et avoir des buts dans la vie sont des facteurs de protection. Ainsi, ces facteurs interviennent tout au long de la vie selon des mécanismes neurobiologiques spécifiques, qui peuvent conduire à un vieillissement cérébral et cognitif plus ou moins problématique selon les individus. Le facteur de risque le plus important reste néanmoins celui de l'âge.

Dès lors quel type d'accompagnement du vieillissement suggérez-vous?

Il conviendrait d'allouer davantage de ressources pour développer des démarches taillées sur mesure, permettant de répondre aux difficultés ressenties par les personnes âgées et d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie. Il existe des interventions psychologiques qui, plutôt que de se focaliser sur les déficits, exploitent les capacités préservées des personnes pour les aider à être plus autonomes dans leur vie quotidienne. Il y a également toute une série d'interventions psychosociales qui visent à intégrer davantage les personnes dans leur milieu de vie, par le biais des relations intergénérationnelles et des activités artistiques, par exemple. Il faut créer une société amie des personnes présentant une démence, qui reconnaît qu'il y a des personnes âgées avec des troubles cognitifs, mais qui ne les considère pas comme des malades. Rappelons-nous: nous sommes tous, à un moment donné, vulnérables au vieillissement problématique.

«Il faut passer d'une culture centrée sur le soin à une culture centrée sur la personne et son bien-être.»

Ce ne sont pas des malades, dites-vous. N'y a-t-il donc pas de maladie non plus?

Je ne minimise pas les troubles dont souffrent certaines personnes. Je conteste l'existence de la maladie d'Alzheimer et l'interprétation essentialiste qui en est faite, mais je ne nie pas les problèmes que recouvre cette étiquette. Simplement, j'aborde les choses d'une autre manière.

Ce serait donc davantage une question sémantique?

Ce n'est pas qu'une question sémantique: il s'agit de prendre en compte l'extrême complexité et les nuances du vieillissement cognitif et cérébral. Cependant, les mots ne sont pas neutres. La démence est un terme qui charrie des connotations tellement stigmatisantes et dégradantes! Et celui qui reçoit le diagnostic d'Alzheimer doit en même temps supporter tout le fardeau qui va avec: l'image de zombie, la perte d'identité, etc. Alors oui, je suis favorable à ce qu'on ne parle plus d'Alzheimer, ni de de démence, mais, par exemple, de vieillissement problématique (déterminé par des facteurs et des mécanismes multiples). Cela raconte un autre récit...

L'autre axe que vous privilégiez est celui de la prévention.

En effet, c'est un axe fondamental, à condition de ne pas faire dépendre la prévention uniquement du bon vouloir de la personne, mais de lui donner les moyens de le faire et de l'accompagner dans la réalisation des activités de prévention. Pour être efficace, la prévention doit relever d'une volonté politique et s'appuyer sur des structures de proximité intégrées dans la communauté. Elle doit prendre en compte différents aspects: activité physique, rôle social, alimentation équilibrée, relations intergénérationnelles, avoir des buts dans la vie et des activités à défi... Je suis pour une prévention raisonnable, à la portée de chacun, sans que cela dépende des moyens socio-économiques à disposition.

«Je crois aux interventions taillées sur mesure, en fonction des besoins de chacun.»

Vous portez un regard très sévère sur les EMS et sur leurs pratiques en matière d'accompagnement des personnes souffrant de troubles cognitifs.

Oui, très sévère, même s'il y a des EMS meilleurs que d'autres. Personne aujourd'hui ne veut aller vivre en EMS. Faire ponctuellement de l'intergénérationnel ne suffit pas à régler le

problème. Je ne dis pas que rien ne bouge, mais il faut changer profondément d'état d'esprit pour passer d'une culture centrée sur le soin et la bureaucratie à une culture centrée sur la personne et son bien-être. Je considère que ce n'est pas la société qui doit entrer dans l'EMS, mais les personnes qui doivent sortir de l'EMS et interagir avec l'environnement social.

Que proposez-vous?

D'abord, de s'éloigner de l'approche médicale, ne plus envisager les structures à partir des besoins médicaux. Il faut des structures de plus petite taille dans lesquelles les personnes se sentent libres et conservent un contrôle sur leur existence. Il

faut également réduire la surconsommation médicamenteuse. Je suis par ailleurs opposé aux structures spécialisées qui sont sources d'isolement social et de stigmatisation. Il faut également faire preuve de créativité pour concevoir d'autres types de structures. Je ne dis pas que cet exemple est généralisable, mais on trouve en Hollande, notamment, des fermes de petite taille qui ne sont plus rentables et qui ont combiné une activité agricole avec une structure d'accueil et d'hébergement pour personnes avec une démence, lesquelles peuvent se promener en toute sécurité et aider aux travaux de la ferme. Mais tant qu'on n'aura pas la volonté politique de changer à long terme, nous ne verrons que des changements qui dépendront des initiatives individuelles.

Les efforts de formation déployés depuis quelques années par les établissements ne sont-ils pas suffisants à vos yeux?

Les choses changent, mais à la marge. Je crois aux interventions taillées sur mesure en fonction des besoins de chacun. En ce sens, il existe diverses approches dites centrées sur les besoins non satisfaits. Plutôt qu'appréhender le comportement déran-

«Il est vain de penser qu'il y aura un médicament qui guérira cette maladie multifactorielle.»

geant d'une personne comme le résultat de sa démence, on peut apprendre au personnel à analyser les raisons pour lesquelles une personne est agitée ou déambule. Parmi les besoins considérés, les plus fréquents sont l'ennui, la privation sensorielle, le be-

soin d'interaction sociale, la douleur et l'inconfort physique qu'on oublie très souvent, une mauvaise interprétation de la situation (due à des problèmes auditifs ou visuels). On parvient ainsi à réduire significativement la déambulation ou l'agitation. Quand je dis changement de culture, c'est aussi arrêter le langage «pépé-mémé», la voix fluette avec l'intonation qui remonte à chaque fin de phrase.

L'approche biomédicale de la démence et votre approche psychosociale peuvent-elles cohabiter?

Ah non, certainement pas! Je milite pour sortir le vieillissement de l'emprise strictement médicale. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut plus de médecin, mais cela implique de créer des structures d'accompagnement et de conseil pluridisciplinaires, dans lesquelles le médecin aura une place au même titre que d'autres intervenants. Il est temps d'imaginer des structures implantées dans le milieu de vie des personnes, en lien direct avec les médecins généralistes, les services sociaux, les associations, etc...

Où en est le large débat citoyen sur le vieillissement auquel vous aspirez?

Il n'a pas vraiment lieu et ce n'est pas faute d'essayer! Le regard sur le vieillissement est en train de changer progressivement, mais c'est un travail de longue haleine qui demande beaucoup d'énergie. Les gens sont très réceptifs, mais l'empire Alzheimer et le pouvoir médical restent très forts, dans les pays francophones tout particulièrement. ●

THE BENCHMARK MACHINES

UNE VÉRITABLE INNOVATION

Les nouveaux lave-linge PERFORMANCE et PERFORMANCE PLUS pour une capacité de charge de 10-20 kg font certaines choses différemment. Et beaucoup de choses mieux.



Miele
PROFESSIONAL

056 417 27 51 | professional@miele.ch |
www.miele.ch/pro/benchmark

Décloisonner les prestations de soins ambulatoires et stationnaires

L'EMS qui se déplace à domicile

La Résidence Beauregard poursuit une démarche innovante visant à assurer un suivi médico-social des personnes âgées fragilisées vivant à domicile. Objectifs de ce projet de proximité: maintenir l'autonomie et prévenir l'isolement, réduire les hospitalisations et retarder l'entrée en institution.

Anne-Marie Nicole

Le projet de «Valorisation du rôle social de l'EMS» est né en 2012 d'une jolie rencontre avec André et Andrée, un couple de nonagénaires voisin de la Résidence Beauregard, à Confignon, dans la campagne genevoise. D'ailleurs, lorsqu'ils en discutent entre eux, les collaborateurs de l'établissement parlent volontiers du «projet André-e». Ainsi donc, André et Andrée ont répondu un jour à l'invitation «portes ouvertes» lancée par l'EMS aux habitants âgés du quartier, leur proposant de venir partager un repas ou participer à une animation. Tous deux à mobilité réduite, André et Andrée ont profité de cette visite pour demander si, à tout hasard, la résidence serait disposée à leur livrer les repas.

L'équipe n'a pas eu à réfléchir bien longtemps avant d'accepter. Au début, ce sont les cuisiniers qui ont livré les repas. Très vite, ce «service rendu» a pris une dimension plus large, se transformant en moment de socialisation: on aide à réchauffer le plat et à mettre la table, on écoute, on discute, on jette un œil sur tel courrier administratif auquel le couple ne sait pas que répondre. Peu à peu, des liens de confiance se tissent. «L'EMS a les compétences, même psychogériatriques, pour prendre soin des personnes âgées dépendantes en institution. Dès lors, pourquoi ne pas faire davantage et utiliser ces ressources «hors les murs» pour

accompagner les personnes à domicile qui en ont besoin», explique Tiziana Schaller, directrice de l'établissement.

L'intention a donc pris corps avec la mise en place de ce nouveau «rôle social», semaine et week-end. La Résidence Beauregard, petit établissement de 36 lits qui accueille presque uniquement des personnes âgées souffrant de démence à des stades divers, gère actuellement la livraison de près de 1300 repas par mois. Une «équipe mobile» a été constituée au sein de la résidence, composée de deux infirmiers coordinateurs et de deux assistants socio-éducatifs (ASE). Ils assurent le suivi de quelque 115 personnes âgées vivant à domicile, réparties sur les quatre communes alentour. Pour la plupart, ces personnes ont besoin d'une aide ponctuelle, parfois d'un soutien psycho-social continu. Près de la moitié des bénéficiaires de ce service souffrent de troubles cognitifs. Sans un suivi, certains d'entre eux seraient exposés à un risque majeur d'hospitalisation en raison de dénutrition, de dépression ou de chutes, ou devraient envisager une entrée en institution.

«Ce n'est pas un suivi en pointillé que nous proposons, mais un accompagnement continu.»

Portage de repas à vocation sociale

À Beauregard, on préfère parler de «portage» de repas plutôt que de «livraison», une nuance de vocabulaire qui traduit mieux la dimension sociale de ce travail hors murs. Le repas est en effet un prétexte pour entrer en contact avec les personnes âgées à domicile, pour dépister

les difficultés, identifier les risques encourus, évaluer les besoins, s'assurer de la présence d'un réseau social et familial. Cette analyse de la situation, régulièrement réévaluée, permet de déterminer la nature et l'étendue de l'accompagnement médico-social personnalisé à mettre en place. Les objectifs du «rôle social» sont clairement formulés: prévenir la fragilité de la personne à domicile, préserver et stimuler son niveau d'autonomie et de bien-être et créer un relais médico-social de



Vanessa Tolin, assistante socio-éducative de l'équipe mobile, accompagne Madeleine, une bénéficiaire du projet «Rôle social» de l'EMS Beauregard.

Photo: Grégory Marchand

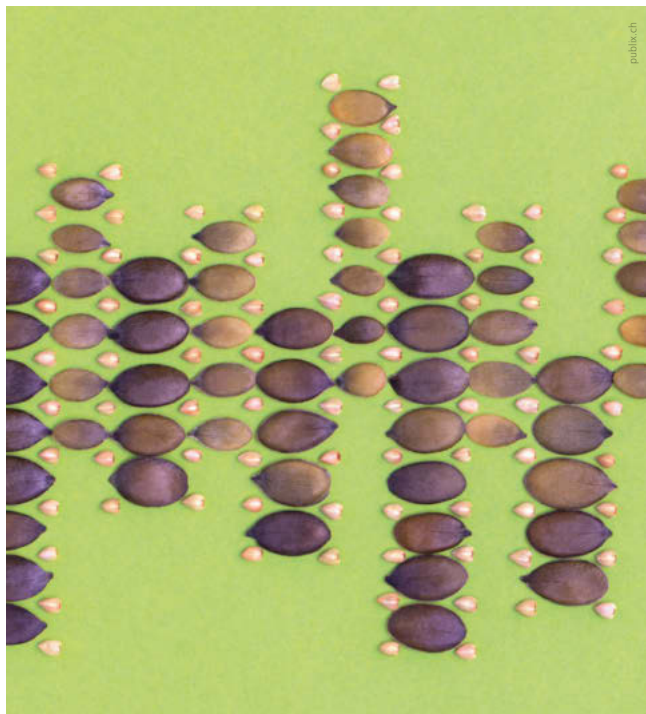
confiance et de proximité pour la population, dans la perspective de réduire le nombre d'hospitalisations et de retarder leur entrée en institution.

«Il n'est pas question de nous substituer aux services de l'aide et des soins à domicile», souligne Stéphane Moiroux, l'un des deux infirmiers de l'équipe mobile qui coordonne les interventions. «Nous travaillons en réseau et nous sollicitons les services et les professionnels en fonction des besoins détectés par l'équipe mobile: médecin traitant, services à domicile, unité d'accueil temporaire, services sociaux, ainsi que le réseau privé, social et familial, impliqué dans l'accompagnement.»

La richesse du dispositif mis en place par la Résidence Beauregard réside dans son action de proximité, dans son agileté et sa rapidité de réaction et dans la constance des interlocuteurs qui suivent les bénéficiaires, favorisant la relation de confiance. «Ce lien que nous arrivons à nouer permet d'éviter les situations de crise et nous le maintenons même en cas d'hospitalisation», assure Stéphane Moiroux. «Ce n'est pas un suivi en pointillé que nous proposons, mais un véritable accompagnement continu», ajoute Tiziana Schaller.

Depuis 2015, le projet a pris de l'envergure et l'offre hors murs de l'établissement s'est élargie avec un accueil de jour de dépan-


>>



public.ch

**Une prévoyance professionnelle
pour des avantages individuels**

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



COMUNITAS



**Un concept de soin relationnel et
d'accompagnement adapté aux personnes
atteintes de troubles cognitifs**

Devenez Colporteur'Couleurs...

Pour élargir vos compétences relationnelles
Pour acquérir des outils de communication
Pour vivre de belles rencontres avec les résidents



2005-2017 : 10 ans de pratique
12^e formation de septembre 2017 à juin 2018
Informations: www.arc-en-jeu.ch

PUBLIREPORTAGE

Soin optimal de la peau en cas d'incontinence

Nettoyage, soin et protection

Chez les patients souffrant d'incontinence, l'hygiène de la peau est difficile à préserver. *Proshield™ mousse et spray* ainsi que *Proshield™ Plus* forment une solution associant nettoyage et soin à une protection durable pour peau intacte et lésée.

Les patients souffrant d'incontinence urinaire et/ou fécale présentent souvent une peau inflammée, infectée et lésée. Le contact permanent avec l'urine et les selles entraîne des irritations cutanées, de l'eczéma, des dermatites liées à l'incontinence ou finalement des ulcérations. L'ammoniac présent dans l'urine affine le manteau acide protecteur de la peau et active les enzymes présents dans les selles, ce qui induit une séparation des protéines et des lipides ainsi qu'une fragilisation de la couche cornée de l'épiderme. Dans la mesure où la peau ainsi endommagée est fortement exposée aux mycoses et aux bactéries favorisées par le milieu chaud et humide des parties intimes, il existe un risque élevé d'infections et d'ulcères.

Proshield™: doux, traitant, protecteur

Proshield™ mousse et spray est un produit lavant sans rinçage et au pH neutre. Il dissout les croûtes, lave la peau intacte ou lésée de façon particulièrement douce et efficace, combat les odeurs désagréables, hydrate et assouplit la peau.

Proshield™ Plus est une pommade barrière pour peau intacte ou lésée. Il s'applique sur une peau humide ou sèche, l'hydrate et la protège contre



l'urine, les selles, les coupures et les frottements grâce à sa barrière grasse et sans parfum.

L'association de ces deux produits forme une solution alliant une propreté et un soin optimum à une protection durable contre les lésions cutanées liées à l'incontinence, chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte.

Smith & Nephew Suisse SA

Advanced Wound Management

Oberneuhofstrasse 10d

6340 Baar

Suisse

T +41 (0) 41 766 22 44

F +41 (0) 41 766 22 97

swiss.cservice@smith-nephew.com

www.smith-nephew.com

Références littéraires

1. Wounds UK, Best Practice Statement Care of the Older Person's Skin, 2nd Edition, 2012.
2. Rees J et al., Best Practice guidelines for the prevention and management of incontinence dermatitis, Nursing Times, 2009, 105(36) 24-6
3. Flynn D and Williams S, Barrier creams for skin breakdown, Nursing & Residential Care, 2011, 13(11) 553-558



Le Service de soutien continu dans le canton d'Argovie

«Nous sommes contents que quelqu'un ait pu nous conseiller et nous accompagner», affirme Franziska W. Elle, sa sœur et sa mère ne savaient pas comment réagir aux défaillances de plus en plus fréquentes de leur père et époux. Domiciliées dans le canton d'Argovie, elles sont allées chercher de l'aide auprès de l'Association Alzheimer, elles ont aussi consulté la clinique de la mémoire du service psychiatrique du canton. Lorsque le diagnostic de démence est tombé, «le fait que quelqu'un nous dise quoi entreprendre et comment nous organiser pour que notre papa puisse vivre le plus longtemps possible dans son environnement familial, a été une aide précieuse».

C'était il y a quatre ans. Depuis, la maladie a tant progressé que cet homme de 78 ans a besoin d'un accompagnement intensif. Il vit depuis peu dans une institution. Sa famille continue d'être avec lui le plus souvent possible. Il aime les ballades et les sorties en voiture «et semble très heureux». Franziska W. n'en est pas sûre. Mais en tout cas, elle est contente d'avoir pu compter sur quelqu'un au cours de ces dernières années – et même quand elles demandaient beaucoup! –, quelqu'un qui les a conseillées et préparées à tout ce qui attend les proches d'un père, d'une mère ou d'un conjoint souffrant de démence. «J'ai ainsi pu mieux accepter le fait de devenir peu à peu une étrangère pour mon père, et de ne pas savoir s'il me reconnaît encore. Sans l'aide du «Service de soutien continu», nous aurions été complètement dépassées.»

Le «Service de soutien continu» de l'Association Alzheimer Argovie existe depuis cinq ans. Il est actuellement assuré par trois infirmières de l'Association Alzheimer spécialement formées qui prennent soin et accompagnent, dans leur environnement familial, les personnes souffrant de démence. «Ces personnes doivent pouvoir conserver leur cadre et leurs conditions de vie aussi longtemps que possible», affirme Irène Taimako, l'une des trois infirmières.

Après avoir fonctionné comme projet pilote dans le canton d'Argovie durant quatre ans, le «Service de soutien continu» est désormais un dispositif confirmé, toujours sous l'égide de l'Association Alzheimer, mais assuré au niveau opération-

nel par Pro Senectute. «La demande est manifeste», affirme Beat Waldmeier, de Pro Senectute. L'année dernière, une cinquantaine de familles ont été ainsi accompagnées. «Certes, les professionnels du «Service de soutien continu» disposent de beaucoup de compétences et d'expérience. Mais aucune situation ne ressemble à une autre. À chaque fois, des solutions et des stratégies individuelles doivent être trouvées.» Pour les personnes concernées, le fait que ce soit toujours la même personne qui vienne, qui accompagne et qui soit l'interlocuteur privilégié est l'un des points forts de ce service. «Cela donne de la stabilité. Et elle est importante», ajoute Beat Wldmeier.

Entre-temps, le monde politique a aussi pris acte de l'augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles cognitifs et de la nécessité de développer en conséquence une offre en soins et accompagnement. «Malgré tout, je sens une certaine retenue lorsqu'il s'agit d'ancrer fermement des offres du type du «Service de soutien continu», affirme Martina Sigg. La députée radicale au Grand Conseil argovien s'est beaucoup engagée ces derniers temps en faveur du «Service de soutien continu». Elle en a présenté les avantages auprès des conseils communaux du canton. Cependant, elle doit en convenir: «Il y a une tendance générale à dire que l'on ne peut pas allouer des moyens pour ça aussi.» Mais la politicienne est convaincue qu'à long terme le «Service de soutien continu» sera gagnant d'un point de vue financier: «La phase pilote a montré que ce service retarde l'entrée en EMS d'au moins une année.»

Ce constat a également été scientifiquement étayé. Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la phase pilote du «Service de soutien continu» a été suivie par la Haute école de St-Gall. Le rapport final n'a pas encore été publié. Mais on l'affirme déjà, au sein de l'OFSP: «C'est une prestation très utile.» (ut)

Texte traduit de l'allemand

nage sept jours sur sept, un système d'appel 24 heures sur 24, une veille sanitaire téléphonique, des animations ouvertes au public et des activités extérieures comme les repas festifs mensuels organisés dans les communes avoisinantes, à tour de rôle.

Le «rôle social» a également pour effet de donner une vision nouvelle de la mission de l'EMS au sein du réseau de proximité. Selon Stéphane Moiroux, la démarche a valorisé les compétences de l'ensemble du personnel et redonné du sens à son travail – animation, cuisine, intendance, etc. tous les secteurs sont impliqués dans le «rôle social». Le regard que le personnel pose sur les résidants aurait changé aussi. «Nous avons pris conscience que nous pouvions sortir

de l'institution. Cela n'enlève rien aux résidants, au contraire, c'est un enrichissement pour eux, malgré des troubles cognitifs parfois sévères.»

Pour 2016 et 2017, le «rôle social» a bénéficié d'une subvention du canton au titre de projet pilote. «Le projet de rôle social n'aurait pas pu se faire sans l'enthousiasme, les compétences et les capacités d'adaptation de l'équipe de l'EMS», relève encore Tiziana Schaller, assurant qu'avec ou sans l'aide de fonds publics,

l'expérience se poursuivra. André s'en est allé il y a quelques mois. Mais Andrée pourra ainsi continuer de bénéficier chez elle des services et de l'attention bienveillante de l'équipe de Beaugard. ●

«Avec ou sans l'aide de fonds publics, l'expérience se poursuivra.»

Lancement du projet INTERCARE

Concevoir un modèle de soins innovant au niveau national

L'Institut de recherche en soins infirmiers (INS) de l'Université de Bâle lance une nouvelle recherche d'envergure nationale. Objectifs: valoriser l'expertise du personnel infirmier et favoriser l'interprofessionnalité des équipes de soins.

Anne-Marie Nicole

Après l'étude SHURP, qui visait à acquérir une meilleure connaissance des relations entre les caractéristiques des établissements, les profils du personnel et les conséquences chez les résidents au sein des EMS de Suisse, l'Institut de recherche en soins infirmiers (INS) de l'Université de Bâle continue d'explorer le champ professionnel médico-social. Il vient de lancer un nouveau projet au niveau national, qui bénéficie d'un important soutien du Fonds national pour la recherche scientifique.

Le projet INTERCARE, puisque tel est son nom, a pour objectif de développer un modèle innovant d'organisation des soins, fondé sur la responsabilité infirmière, en l'occurrence sur la responsabilité des infirmiers et infirmières de pratique avancée (APN, Advanced Practice Nurses). Un tel modèle doit favoriser la prise en charge des situations complexes de résidents souffrant de pathologies multiples et permettre d'éviter les hospitalisations inappropriées. L'idée est de développer un modèle suisse, en s'inspirant des expériences réalisées à l'étranger, notamment aux États-Unis et au Canada.

Le projet INTERCARE s'inscrit dans un contexte où les défis liés à la dépendance du grand âge sont multiples: maintien de la qualité de vie, efficacité des soins, complexité croissante des situations gériatriques et hospitalisations inappropriées, pour ne citer que ceux-là. Les nouveaux modèles de soins devraient

apporter une réponse à ces défis, estiment les auteurs du projet. Et d'énumérer les éléments clés de ces nouveaux modèles: l'expertise clinique et gériatrique de personnel infirmier au sein de l'EMS, une équipe soignante interprofessionnelle pour une meilleure coordination avec le médecin-répondant et les différents intervenants dans la chaîne des soins, et l'encouragement du développement des soins. Ces nouvelles organisations sont souvent placées sous la responsabilité d'infirmiers ou infirmières de pratique avancée, dont le rôle, les compétences et la place au sein de l'institution sont pourtant encore peu clarifiés.

Une alternance entre théorie et pratique

D'une durée totale de quatre ans, le projet INTERCARE se décline en deux phases.

- La première, la phase A, a commencé ce printemps et s'achèvera à fin 2017. C'est une période de recueil d'informations, de pratiques et d'expériences qui doit déboucher sur le développement, dans le contexte suisse, d'un nouveau modèle de soins basé sur des données probantes. Ce premier temps du projet se déroule en collaboration avec les partenaires du secteur, tels que les organisations professionnelles, les médecins de ville, les autorités, les assurances, etc., mais surtout avec des EMS qui disposent déjà d'une organisation des soins interprofessionnelle, sous la responsabilité d'un-e APN ou d'un-e expert-e en gériatrie avec de solides connaissances cliniques. Une attention particulière sera portée aux facteurs de succès et aux éléments qui font obstacle au développement de ce type de modèle. Enfin, cette phase sera l'occa-

Un nouveau modèle de soins en réponse aux défis du vieillissement.



Le projet INTERCARE vise, notamment, à favoriser l'interprofessionnalité des équipes de soins.

Photo: Shutterstock

Appel à candidatures

Tout l'enjeu de cette phase B sera de trouver les douze établissements qui serviront de pilotes. L'équipe de recherche a défini quelques critères auxquels devront répondre les EMS qui souhaitent faire partie du projet pilote:

- L'adhésion de la direction à ce modèle d'organisation des soins et un accord formel pour l'engagement de l'EMS sur toute la durée du pilote (de juin 2018 à mars 2020).
- Soixante lits au minimum.
- Au moins une hospitalisation pour mille jours résidents
- L'implication des médecins et la collaboration formelle du médecin-répondant
- L'emploi d'un ou d'une infirmière spécialisée en gériatrie à soixante pour cent au minimum et son implication dans le projet à hauteur de quatre heures par semaine.

Tentés par l'aventure? Contactez Christine Serdaly (serdaly@serdaly-ankers.ch), coordinatrice du projet pour la Suisse romande

sion d'explorer plus avant le rôle de l'infirmier-ère expert-e, ainsi que la collaboration entre le personnel infirmier et les médecins.

- La seconde phase prévoit l'implémentation et l'évaluation, dans le cadre d'un projet pilote, de ce nouveau modèle de soins fondé sur la responsabilité infirmière et centré sur la personne. Cette phase B commencera en juillet 2018 pour une durée de dix-huit mois. Elle impliquera douze EMS pilotes, issus de Suisse romande et Suisse allemande. La particularité du projet INTERCARE réside ici dans le va-et-vient constant entre le modèle théorique défini durant la phase A et la réalité du terrain. Le modèle sera évalué et ajusté en continu pour aboutir à un modèle de soins centré sur la personne, adapté à l'aune des EMS pilotes.

**Le modèle
sera évalué
et ajusté
en continu.**

Par les expériences acquises durant le projet pilote, l'étude devrait contribuer à clarifier l'apport du personnel soignant hautement qualifié dans les équipes interprofessionnelles et, partant, à valoriser leur expertise. Trois rapports seront publiés dans les trois langues nationales: un rapport sur les exemples de modèles de soins, un descriptif du modèle de soins adapté à la réalité suisse ainsi qu'une check-list pour l'implémentation, et un rapport d'évaluation de la phase pilote. Ces documents seront mis à la disposition des EMS et des politiques dans la perspective d'une diffusion du modèle. ●

L'actualité des associations d'EMS

Afipa – Le Gérontopôle devient une association

Le Gérontopôle Fribourg/Freiburg est désormais une association. La Plateforme d'échanges des centres de compétence, des praticiens et des personnes concernées par les questions du vieillissement a changé de statut à la mi-mars. Objectif de cette mue: intégrer de nouveaux partenaires notamment les Hautes Écoles. Précisons que le Gérontopôle, créé en 2014, est la première association plurisectorielle du genre en Suisse. (Source: Radio Fribourg)

Afipa – Obtention du Label du bilinguisme

Début mai, l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées a obtenu le Label du bilinguisme décerné par le Forum du bilinguisme. «Voix» des 55 homes fribourgeois qui hébergent 2700 résidents et emploient 4800 collaborateurs, l'Afipa a en effet passé avec succès les différents critères menant au label, confirmant un bilinguisme vécu tant au sein de son administration que de son comité composé de huit membres. L'association souhaite au travers de cette certification asseoir sa position en tant qu'association véritablement bilingue. La durée de validité du Label du bilinguisme est de cinq ans. A cette échéance, une nouvelle expertise analysera l'évolution de l'Afipa au niveau de ses bonnes pratiques linguistiques. (Source: communiqué de presse)

Fegems – Cahiers des charges en intendance

La Fédération genevoise des établissements médico-sociaux et l'Organisation du monde du travail Intendance Genève ont mené un travail de pionnier, inédit en Suisse: la définition des cahiers des charges génériques d'une trentaine de professions dans le secteur de l'hôtellerie-intendance dans les EMS. Les contenus se réfèrent aux formations et aux niveaux de qualification du système suisse dans les domaines de l'intendance et apparentés, et comprennent les connaissances, savoir-faire, compétences et qualités travaillées et acquises par les professionnels. La démarche s'inscrit dans une perspective de valorisation des professionnels et de leurs multiples compétences, et d'attractivité pour la relève de personnel qualifié. (Source: communiqué de presse)

Fegems – Recommandations sur l'assistance au suicide

Le Conseil d'éthique de la Fegems a publié ses nouvelles recommandations en matière d'assistance au suicide dans les EMS. Cette version, la troisième en quinze ans, s'inscrit dans un

contexte où le droit de choisir sa mort devient un enjeu de société et où les questions liées à la fin de vie en général font débat. Cadre de référence éthique, les recommandations 2017 visent principalement à mieux soutenir les professionnels du terrain face à ce dilemme éthique fondamental. Un projet de loi «Pour garantir le droit au suicide assisté dans les EMPP et EMS» est actuellement en débat au Grand Conseil genevois. S'il devait être adopté, les recommandations seront adaptées en conséquence. (Source: communiqué de presse)

Anempa – Contre le démantèlement de la CCT Santé 21

Fin mars, le Grand Conseil neuchâtelois s'est prononcé en faveur d'une loi contraignant les institutions publiques de soins du canton à proposer deux CCT différentes, une pour les soignants et une pour le personnel non soignant, signant du même coup le démantèlement de la CCT Santé 21. L'accompagnement de la personne âgée résidant dans un home est «conçu comme un tout et se fonde sur une approche interdisciplinaire et une collaboration coordonnées entre tous les intervenants», argumente l'Anempa. «L'introduction d'une distinction entre personnel soignant et personnel socio-hôtelier est (...) un non-sens absolu et risque de péjorer grandement le fonctionnement des EMS.» Les institutions de l'Anempa craignent une «péjoration des conditions de travail, (...), mais aussi une augmentation prévisible des coûts, gaspillage des ressources et perte d'attractivité sur le marché de l'emploi indigène.» Réunie en assemblée générale extraordinaire à la mi-avril, l'Anempa a décidé de soutenir le référendum lancé par les partis de gauche. (Source: L'Express)

Événement

À vos agendas!

Le 11^e Congrès International Francophone de Gérontologie et Gériatrie (CIFGG) se tiendra à Montreux du 13 au 15 juin 2018. Organisé conjointement avec la Société Suisse de Gérontologie (SGG), il abordera sous un angle optimiste les nouvelles opportunités de développement qu'offre une société vieillissante. Les médecins experts et les principaux décideurs de la Francophonie proposeront un panorama complet des approches innovantes en gériatrie, une immersion dans les gérontechnologies et une mise à niveau des nouveautés thérapeutiques et de prises en soins des patients âgés. Des spécialistes internationaux aborderont les questions et les enjeux de vieillissement et société et les chercheurs présenteront leurs derniers travaux lors des sessions de communication orale et posters.

Informations et inscription: <https://cifgg.viva-events.ch>



Le système de soin cutané en cas d'incontinence

PROSHIELD° PLUS et **PROSHIELD° mousse & spray** constituent un système de soin cutané unique pour préserver et protéger l'intégrité de la peau. La pommade barrière **PROSHIELD PLUS** contribue à protéger les peaux intactes et abîmées en cas d'incontinence. **PROSHIELD mousse & spray** en vaporisateur pratique nettoie la peau immédiatement et en douceur après des épisodes d'incontinence.

PROSHIELD de Smith & Nephew.

Au service des professionnels de la santé depuis plus de 150 ans.

 **smith&nephew**
PROSHIELD°



Références : 1 Best Practice Statement: Care of the older person's skins, Wounds UK | 2 Best Practice guidelines for the prevention and management of incontinence dermatitis, J Rees et al. Nursing Times, 2009 105(36) 24-6 | 3 F Meuleneire, A new solution in the treatment of moisture lesions, EWMA poster presentation, 2010
° Tous les produits ainsi signalés sont des marques de commerce de Smith & Nephew.

Smith & Nephew Suisse AG | Advanced Wound Management | Oberneuhofstrasse 10d | 6340 Baar | Suisse | T +41 (0) 41 766 22 44 | F +41 (0) 41 766 22 97 | swiss.cservice@smith-nephew.com | www.smith-nephew.com

Pistor: «Dynamisme et continuité»

Thomas Boog, client de Pistor
EMS Hchweid, Ebikon

