

Les économies d'énergie en EMS

(page 24)

Edition 1 | 2014

CURAVIVA

Revue spécialisée Curaviva

Association des homes et institutions sociales suisses



Les soins médicaux

Quels modèles d'avenir pour les EMS?

**«conçu pour les établissements médicaux
sociaux et les institutions stationnaires»**



RedLine est un logiciel suisse édité par RedLine Software SàRL dont le siège est à St-Gall. Avec ses fonctionnalités conviviales et ses grandes possibilités, le logiciel RedLine contribue au travail pédagogique et agogique dans les institutions stationnaires. La priorité est orientée vers les processus de la pratique quotidienne. RedLine saisit et relie toutes les informations importantes et apporte une contribution décisive à la gestion de la connaissance dans les différents domaines de travail et d'hébergement. Cette connaissance peut être gérée de manière bienveillante et spécifique à chaque institution. Les utilisateurs de RedLine peuvent régler leur tâches administratives tout en ayant le temps nécessaire pour le travail relationnel au sein du milieu de vie de leurs patients. Venez nous rendre visite:

www.redline-software.ch



sécurité – fiabilité – professionnel

RedLine Software SàRL – Rosenbergstrasse 42a – CH-9000 St-Gall – +41 71 220 35 41

«Quels modèles de soins médicaux privilégier pour l'avenir?»



Anne-Marie Nicole
Rédactrice

Editorial

Lorsque l'on s'attache à présenter la diversité des professionnels qui travaillent en EMS et la variété des métiers qui y sont exercés, on a tendance à oublier le médecin, en l'occurrence le médecin responsable de l'institution. Il est souvent absent de cette belle photo de famille, ou alors il se tient un peu en retrait, presque caché, relégué à l'arrière-plan. Est-ce une façon un peu superstitieuse de tenir à distance une médicalisation qui gagne du terrain sur le lieu de vie EMS? Ou est-ce le fait que le médecin-répondant est rarement un salarié de l'établissement qui, par conséquent, ne figure pas formellement dans les rangs des effectifs?

Peu importe. Le médecin est bien présent dans l'univers médico-social. Les législations cantonales lui assignent généralement la responsabilité du service médical de l'établissement. A ce titre, il garantit la qualité et l'adéquation des soins médicaux, il est partie prenante de l'équipe interdisciplinaire et contribue aux protocoles et projets de soins, il accompagne, conseille et soutient les résidents et leurs proches dans les décisions thérapeutiques à prendre. Et comme la médecine de l'âge est au carrefour de multiples autres disciplines, le médecin en EMS doit aussi savoir tisser autour de lui un véritable réseau de relations professionnelles interdisciplinaires. Le quotidien de Ferdinand Beffa, gériatre et médecin-répondant de plusieurs EMS dans le canton de Vaud, est fait de tout cela. Les situations qu'il rencontre quasiment tous les jours montrent bien toute la difficulté de son rôle, le confrontant régulièrement à des dilemmes thérapeutiques, éthiques, juridiques et mêmes économiques et logistiques. «En psychogériatrie, nous prenons toujours des risques, nous marchons toujours sur des œufs», confie-t-il.

A la fin du mois de février, Curaviva Suisse a organisé un colloque portant sur les perspectives des soins médicaux en EMS. Dans ce cadre, divers thèmes ont été abordés: le droit du résident au libre choix du médecin, le manque d'attractivité de

la spécialisation en gériatrie auprès des jeunes médecins, la répartition des responsabilités et compétences entre médecins et professionnels des soins infirmiers, ou encore la coordination des soins entre médecins traitants, médecins-répondants et soignants. Tous ces thèmes, qui sont repris par nos interlocuteurs au fil des pages, interrogent le modèle de service médical en EMS à privilégier pour l'avenir.

Dans le canton de Fribourg, un nouveau modèle de contrat régit désormais les relations entre les homes et leurs médecins-répondants. Ce projet a le mérite de dresser l'inventaire des tâches du médecin-répondant et de poser les bases pour une juste rémunération de ses prestations «hors Tarmed», rétribuées à bien plaisir jusque-là, voire pas du tout. On retrouve le même souci de clarification à Genève, où l'harmonisation des pratiques et la reconnaissance financière contribuent largement à valoriser la fonction de médecin-répondant en EMS. C'est donc aussi un élément à prendre en considération pour améliorer l'attractivité du métier et assurer la relève avec les plus jeunes générations de médecins. ●

INSCRIVEZ-VOUS
MAINTENANT!

Concours de cuisine

pour la restauration hospitalière et collective

www.svg-trophy.ch

Sponsors principaux

HOTEL & GASTRO
union | **skv**
depuis 1886 | SCHWEIZER KOCHVERBAND
SOCIÉTÉ SUISSE DES CUISINIERS

pistor

SVG
Schweizer Verband für Spital-,
Heim- und Gemeinschaftsgastronomie

Co-sponsors

HACO

Herfo

HUG

WIBERG

Ude Bens

Partenaires média

HOTELLERIE
GASTRONOMIE VERLAG

Salt & Pfeffer

SYMPOSIUM FRIBOURG

Handicap et vieillesse: entre autodétermination et détermination par des tiers

À la recherche de la volonté présumée des personnes âgées avec handicap

Mercredi 14 mai 2014, de 9 h 00 à 16 h 45

Université de Fribourg, Auditorium Joseph Deiss, Boulevard de Pérolles 90, Fribourg

Le 4^{ème} symposium «Handicap et vieillesse» met l'accent sur l'évolution de la volonté et des possibilités de l'exprimer, ainsi que sur la gestion de cette évolution. Des proches et des spécialistes de diverses disciplines présentent leurs approches, proposent des suggestions et échangent leurs expériences.

Dernier délai d'inscription: le 27 avril 2014 (pour bénéficier du tarif préférentiel: le 14 mars 2014)

Programme et inscription électronique sur www.insos.ch > Evénements

CURAVIVA.CH

evahs

insieme

**UNI
FR**

INSOS

Un médecin en EMS



Sommaire

Gros plans sur le contenu de cette édition

Chutes: promouvoir la mobilité



L'efficacité énergétique des homes



Les soins médicaux

Le droit du résident au libre choix du médecin

Le nouveau droit de protection de l'adulte garantit le libre choix du médecin pour les résidents des EMS. Est-ce judicieux dans tous les cas?

6

Davantage de compétences pour les soignants

Si les professionnels des soins infirmiers avaient davantage de compétences, les EMS gagneraient en temps et en argent.

10

La médecine de l'âge est une discipline passionnante

Les médecins qui la pratiquent sont enthousiastes. Pourtant, la gériatrie est encore une discipline médicale mal aimée.

11

Portrait d'un gériatre

Depuis 20 ans, Ferdinand Beffa soigne l'âme et le corps des résidents de quelques EMS dans le canton de vaud.

14

Le médecin-répondant, une fonction à valoriser

Dans le canton de Fribourg, un nouveau contrat régit les relations entre les homes et leurs médecins-répondants. Il clarifie leurs tâches et leur rémunération.

17

Enjeux

Coup de projecteur sur le personnel en EMS

L'étude SHURP offre pour la première fois un état des lieux sur le personnel des soins et de l'accompagnement des EMS.

20

Pratiques en EMS

La mobilité est en marche

La prévention des chutes chez les personnes âgées passe par la promotion de la santé et de la mobilité.

24

Gestion

Comment faire des économies d'énergie?

Nul besoin de gros investissements. Des mesures simples permettent déjà aux EMS de faire des économies d'énergie... et d'argent.

27

Actualités

30

Photo de couverture: Des soins médicaux de qualité sont l'un des composants essentiels des soins et de l'accompagnement en EMS. Les pages de cette édition (couverture et pages 7, 13, et 19) sont illustrées des photographies réalisées par notre photographe dans un EMS de la région de Berne. Photo: Monique Wittwer

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, 2014, 6^e année.

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

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

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

Correction: Stephan Dumartheray

Traduction: Anne-Marie Nicole et Translation-Probst SA

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

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

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

Tirage: 1000 exemplaires

ISSN 1663-6058

Des soins médicaux dans l'intérêt des résidents: qu'est-ce que cela veut dire?

Le casse-tête du droit au libre choix du médecin

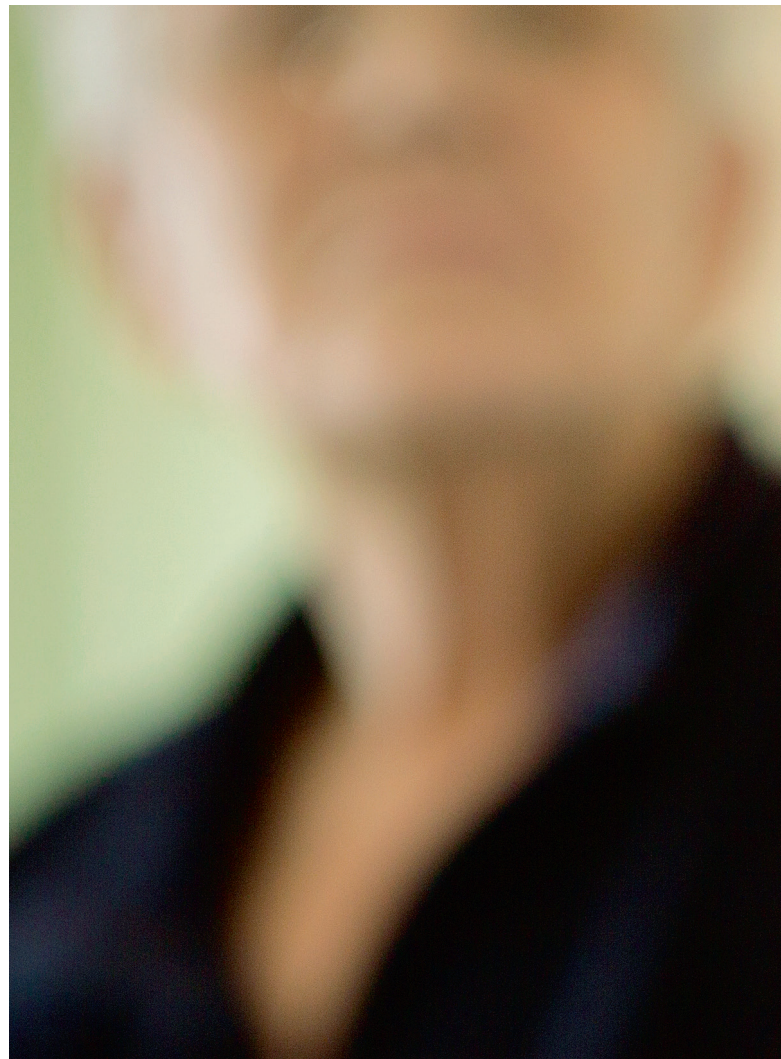
Le nouveau droit de protection de l'adulte garantit le libre choix du médecin pour les résidents des établissements médico-sociaux. L'auteur, un juriste spécialisé en droit dans le domaine des soins, s'interroge: est-ce judicieux dans tous les cas?

Tomas Poledna*

Le droit de protection de l'adulte est entré en vigueur depuis plus d'un an en Suisse. L'objectif de cette nouvelle réglementation est de «préserver et favoriser la liberté de choix des personnes fragiles, en situation de dépendance, mais de garantir en même temps le soutien nécessaire et d'éviter une stigmatisation par la société». Cela inclut le fait que les personnes vivant dans un EMS ont le droit de choisir librement le médecin qu'elles souhaitent pour assurer leurs soins et leur suivi médical. Ce droit au libre choix du médecin est une émanation directe de la liberté individuelle garantie dans la Constitution fédérale. Et il en résulte des conséquences immédiates pour les responsables d'EMS publics et privés. Les dispositions du droit de protection de l'adulte concernent tous les EMS sans aucune distinction, c'est-à-dire indépendamment de leur taille, de leur organisation et de leur mission



* **Tomas Poledna**, 54 ans, est professeur titulaire de droit public et administratif à l'Université de Zurich. Il se consacre principalement au droit public. Le droit de la santé fait également partie de ses domaines de compétence.



spécifique. Mais la diversité est très grande en Suisse. Il y a près de 1200 EMS proposant quelque 93000 places. Il y a aussi bien des EMS de petite taille de dix à douze lits, que des EMS moyens d'une quarantaine de lits ou des grosses structures de cent, deux cents voire trois cents places et plus. Par conséquent, la prise en charge médicale est également organisée différemment. Les plus petits établissements font généralement appel à des médecins de ville (notamment en Suisse allemande). A partir d'une certaine taille, les établissements adoptent un système médical interne (médecin-répondant ou groupement de médecins qui se partagent la charge de médecin-répondant). Quant aux EMS les plus grands, certains disposent même d'un service de soins médicaux spécialisés, qui, d'un point de vue technique, dépasse de loin les soins traditionnellement proposés par les médecins traitants.

Ces situations découlent des dispositions des législations cantonales et de la loi sur l'assurance-maladie, qui réglementent principalement les soins et les services médicaux dans notre pays. Pour sa part, le nouveau droit de protection de l'adulte

dans le Code civil (CC) garantit le libre choix du médecin, soulevant ainsi un dilemme: d'une part, les EMS doivent garantir une assistance médicale suffisante, d'autre part, les résidents ont droit au libre choix du médecin, ce qui signifie en règle générale à leur médecin traitant actuel. Dès lors, les EMS, et en particulier les grandes structures, s'interrogent: le dispositif de soins médicaux mis en place a-t-il encore sa raison d'être si c'est le libre choix du médecin qui prévaut?

Le droit de protection de l'adulte s'applique à tous les EMS sans distinction.

Un choix restreint pour de justes motifs

Le principe du libre choix du médecin n'est pas nouveau. Il était déjà en vigueur avant l'adoption du nouveau droit de protection de l'adulte. Ce droit puise son fondement dans la liberté de choix de l'individu et s'inscrit dans le cadre du droit à pouvoir décider librement d'une éventuelle intervention portant atteinte à son intégrité corporelle. Le droit au libre choix du médecin n'a jamais été strictement appliqué et ne l'est toujours pas aujourd'hui. Selon l'article 386 al.3 du CC (droit de protection de l'adulte), le libre choix du médecin est garanti, à moins que de justes motifs ne s'y opposent. Quels

>>



Du temps, des compétences, de l'empathie: qu'il soit répondant ou traitant, le médecin qui soigne les personnes âgées en EMS doit satisfaire à beaucoup d'exigences.

sont donc ces justes motifs? En résumé, il s'agit de la grande distance géographique, des situations d'urgence, des ressources financières insuffisantes du résident, de la rupture des relations par le prestataire de soins et des aspects organisationnels contraignants. Concrètement, qu'est-ce que cela signifie? Une «grande distance» signifie que le médecin traitant exerce dans un lieu trop éloigné pour continuer de suivre raisonnablement son patient. Une «urgence» signifie que le médecin externe n'a pas la possibilité de réagir à temps à une sollicitation et de se rendre immédiatement dans le home. Des «ressources financières insuffisantes» signifient que le revenu des rentes et les économies du résident ne suffisent pas à payer la part des honoraires du médecin qui n'est pas couverte par l'assurance obligatoire des soins. Par «rupture des relations par le prestataire de soins», on entend la rupture de la relation par le médecin traitant externe lui-même, non imputable à l'établissement. Enfin, quant aux «aspects organisationnels contraignants», ce sont les conditions institutionnelles qui ne sont pas réalisables autrement.

Une délicate pondération des intérêts

Les exemples montrent bien qu'il existe un juste motif lorsque le libre choix du médecin est contraire aux intérêts du résident – et non du home: mauvaise qualité des soins en cas de trop grande distance ou en situation d'urgence. De la même manière, se référer aux seuls intérêts du home ne serait pas admissible. Ainsi, le fait que l'EMS dispose de son propre système médical interne ne doit pas exclure le libre choix d'un médecin. Il est vrai aussi que ni la loi, ni la littérature juridique – encore timide à ce sujet – ne définissent de manière suffisamment claire la notion de «justes motifs». Les exemples ci-dessus ont toutefois ceci en commun que ce sont des situations dans lesquelles le libre choix du médecin ne peut être garanti qu'au prix de conditions particulièrement difficiles (ou, dans les cas extrêmes, que ce choix n'est même pas possible).

On peut donc se demander quels sont les principaux objectifs communs du droit de protection de l'adulte, des lois cantonales sur la santé et de la LAMal, pour en tirer des solutions praticables pour les soins médicaux dans les EMS.

La santé des résidents est la priorité des EMS. Les plus grandes institutions disposent souvent d'un service gériatrique spécialisé qui est responsable des soins médicaux. Les équipes travaillent en interdisciplinarité et s'associent, au besoin, les services d'autres spécialistes. Une spécialisation en gériatrie et psychogériatrie des médecins ainsi que la collaboration interdisciplinaire au sein des équipes sont particulièrement importantes dès lors que seul un petit nombre de résidents est «stable». La plupart des personnes âgées en EMS sont polymorbides et donc tributaires de soins médicaux spécialisés complets. Par ailleurs, les cas d'urgence nécessitant une réponse rapide ou l'intervention d'un médecin sont très fréquents en EMS. Dans ces situations,

apporter des soins adéquats, avoir une bonne connaissance du patient et de son état de santé, et administrer le bon traitement médical impliquent une communication efficace et bien rodée entre le médecin et les soignants.

Le risque de la multiplication des intervenants

Il est évident que plus les médecins traitants sont nombreux à intervenir, plus les tâches de l'EMS en termes d'organisation, de coordination et de suivi des soins sont importantes. Les interfaces médicales se multiplient aussi, au détriment de la bonne communication entre le médecin et les équipes soignantes. Le risque d'erreurs pour tous les résidents augmente. Enfin, autre facteur influant négativement sur la qualité des soins: la part des soins médicaux administrés en interne diminuerait, remettant en question la fonction d'un éventuel service médico-gériatrique

interne. Une application stricte du libre choix du médecin pourrait donc bien constituer un «autogoal» dans la mesure où elle pourrait entraîner une certaine précarisation des soins dispensés à une population qui a pourtant besoin de soins gériatriques exigeants. Mais il faut aussi tenir compte de la valeur intrinsèque du libre choix du médecin. Le résident qui entre dans une institution qu'il ne connaît pas, entretient souvent depuis des années une relation médicale (et personnelle) avec son médecin traitant. Le maintien du médecin connu rassure et garantit la stabilité et la continuité des relations personnelles dans un nouvel environnement.

Deux intérêts se confrontent: celui du résident de pouvoir exercer son droit au libre choix du médecin et de pouvoir ainsi décider librement (ou son représentant) de ses traitements médicaux, et celui de l'EMS qui doit veiller à la bonne organisation de l'accompagnement et à la gestion efficace et économique de sa structure, pour garantir aux résidents le meilleur traitement médical possible.

Le respect du choix du résident est la règle

Comme précédemment évoqué, se référer aux seuls intérêts du home pour limiter l'accès au libre choix du médecin n'est pas acceptable. Si l'on examine en détail les intérêts de l'établissement, on constate toutefois qu'ils se recoupent en partie avec ceux des résidents. En effet, les EMS ont, à l'égard de leurs résidents, une mission de soins à accomplir. Pour ce faire, des contacts étroits et réguliers sont nécessaires avec les divers professionnels et prestataires de soins. Dans une première phase, compte tenu de la nature

particulière de cette patientèle, il s'agit de mettre en place le plus rapidement possible les soins les mieux adaptés. Dans les soins de longue durée, la polymorbidité nécessite de faire appel à des spécialistes issus de divers domaines. Idéalement, dans les grands établissements, la mission médico-sociale devrait être assurée par une offre entièrement intégrée.

Il n'est pas uniquement question ici de réflexions pratiques visant à alléger la charge administrative des institutions en excluant les médecins traitants. Il s'agit davantage de privi-

Ni la loi ni la littérature ne définissent clairement les «justes motifs».

Les intérêts du home et ceux du résident se recoupent parfois.

légier un modèle de soins médicaux qui réponde aux besoins des institutions et de leurs résidents, que ce soit par un système médical interne ou un système de médecins de ville, comme c'est plus souvent le cas en Suisse allemande. En vertu de leur responsabilité et autonomie d'organisation, les homes définissent les interfaces entre les intérêts des résidents et ceux de l'institution. Ils sont tenus de respecter le souhait du résident d'être suivi par son médecin traitant, même si ce dernier ne dispose pas de la spécialisation dans un domaine requis. Les EMS se contentent d'informer les résidents sur les compétences des médecins qu'ils emploient, mais ne peuvent empêcher la relation contractuelle entre un résident et son médecin traitant habituel. Exclure ces médecins du système de soins médicaux mis en place, équivaut à une atteinte au principe de libre choix du médecin contenu dans l'art. 386 al. 3 CC. Et ce principe autorise le résident ou

Texte traduit de l'allemand

le patient – sous réserve d'avoir été préalablement informé – de pouvoir faire appel au médecin de son choix même s'il ne dispose pas des mêmes compétences spécifiques qu'un gériatre par exemple. ●

Note: L'étude SHURP (lire en page 20) a également passé en revue les caractéristiques organisationnelles des EMS, dont le système médical adopté. Les EMS qui ont participé à l'enquête (163 établissements) travaillent en majorité avec le système de médecins de ville (46%). Le système médical interne (p. ex. médecin-répondant, groupe de médecins-répondants) est mis en place par 27,3% des établissements, et 26,7% ont un système mixte ou un autre système médical, avec des différences en fonction de la taille de l'établissement. Alors qu'en Suisse alémanique la majorité des établissements travaille avec le système des médecins de ville (53,3%, contre 16,7% en Suisse romande et 44,4% au Tessin), le système médical interne est prépondérant en Suisse romande (53,3% contre 21,3% en Suisse allemande et 22,2% au Tessin).

Annonce

Schulthess-Wet-Clean: Le meilleur lavage pour tous les textiles



Écologiques et intelligents,
avec port USB

Outre l'eau, Schulthess-Wet-Clean recourt à des lessives liquides écologiques pour nettoyer les textiles avec le plus grand soin:

- uniformes
- vêtements de protection
- linge de lit
- coussins
- vêtements
- chiffons en microfibres



Contactez-nous, nous sommes là pour vous conseiller!

Schulthess Maschinen SA
CH-8633 Wolfhausen, info@schulthess.ch
Tél. 0844 880 880, www.schulthess.ch



SCHULTHESS

La lessive: Le savoir-faire

Toutes les mesures médicales en EMS n'ont pas besoin du sceau du médecin

Plus de compétence pour les soignants

Si les professionnels des soins infirmiers avaient davantage de compétences médicales, les EMS gagneraient en temps et en argent. Une initiative parlementaire demande une nouvelle répartition des responsabilités.

«Il y a beaucoup de malentendus qui sont difficiles à dissiper. Cela engendre les peurs et déclenche des réflexes de défense.» Pierre-André Wagner, avocat et responsable du service juridique de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), s'exprimait en ces termes, à fin février, à l'occasion d'une rencontre organisée par Curaviva sur les «Perspectives des soins médicaux dans les EMS». A quoi faisait-il allusion? Le conseiller national UDC bernois Rudolf Joder a déposé une initiative parlementaire qui demande la reconnaissance dans la LAMal de la responsabilité propre des soins infirmiers. Concrètement, cela signifie que certaines prestations infirmières doivent pouvoir être fournies par les infirmiers et infirmières sous leur responsabilité propre et sans passer par une ordonnance médicale qui passe sur les frais de l'assurance obligatoire des soins. Dans la pratique, les professionnels des soins n'auraient donc plus systématiquement besoin d'un mandat médical pour des actes diagnostiques ou thérapeutiques.

Pour Pierre-André Wagner, la situation actuelle est intenable: «La législation en matière de financement des soins est en contradiction avec la réglementation de l'exercice de la profession. En d'autres termes, il y a une contradiction entre ce que les professionnels des soins infirmiers ont le droit de faire et ce que l'assurance obligatoire des soins doit prendre en charge.»

Ce désaccord est sans doute à mettre en lien avec la formation en soins infirmiers, qui a profondément changé au cours de ces dernières années, pour devenir si multiple qu'elle a perdu en visibilité. Romy Mahrer Imhof, directrice de la filière de master en soins infirmiers de l'Institut des soins infirmiers de la Haute école des sciences appliquées de Zurich, en est convaincue, la fonction d'infirmière de pratique avancée (Advanced Practice Nurse – APN), une profession soignante avec des compétences supplémentaires, pourrait remédier à cette difficulté. Ce professionnel aurait «le savoir d'expert, les capacités à prendre des décisions dans des situations complexes et les compétences cliniques pour une plus large pratique des soins». Une condition à cela, selon Romy Mahrer: «Un master en soins infirmiers, donc en sciences infirmières.»

D'un point de vue médical, quelles seraient les nouvelles compétences des ANP?

- L'élaboration de l'anamnèse des nouveaux cas et/ou des diagnostics existants
- La réalisation d'examen physiques
- L'identification des changements et de la stabilité de l'état de santé
- La pose de nouveaux diagnostics
- L'identification des urgences

En Suisse 274 professionnels ont ainsi été formés. Pour la plupart, ils travaillent en hôpital somatique. Seuls 5% d'entre eux sont infirmiers et infirmières dans des EMS. Dans ces lieux, ces professionnels disposant de compétences supplémentaires présentent un avantage évident, affirme Romy Mahrer: «Les hospitalisations et les entrées en urgence diminuent, la gestion des maladies s'améliore, les soignants consacrent davantage de temps au chevet du résident, la satisfaction des résidents et des proches croît sensiblement.» Toutefois, «il ne faut pas espérer faire des économies».

Mais on peut s'épargner colère et frustration, assure Pierre-André Wagner: «Exiger un mandat médical pour des prestations qui sont de la responsabilité propre des soins infirmiers est une perte de temps et d'argent.» Il ne s'agit pas de faire de ces infirmiers et infirmières des médecins de remplacement, comme certains parfois le prétendent, mais bien plutôt de lever la distinction entre coresponsabilité et responsabilité propre là où elle ne fait pas sens. Le droit actuel «constitue une discrimination

qui porte préjudice à la formation et au métier des soins infirmiers», estime Pierre-André Wagner, une situation d'autant plus affligeante que la pénurie dans le domaine des soins se fait déjà sentir aujourd'hui et va encore s'accroître. Il n'est pas question d'écarter les médecins, rassure Romy Mahrer. Au contraire: les médecins seraient déchargés de certaines tâches tout en ayant la certitude d'avoir pour partenaires des professionnels fiables et compétents, qui connaissent bien les résidents et le contexte de l'EMS. Et pour les institutions, ajoute Romy Mahrer, «les ANP assurent des soins de qualité orientés vers le futur». Revenant sur l'initiative du conseiller national bernois, Pierre-André Wagner affirme encore: «Il n'est pas possible que la LAMal bloque le développement nécessaire de la profession et de la formation en soins infirmiers.» (ut) ●

Pour certains actes, les infirmiers et infirmières n'auraient plus besoin d'un mandat médical.

Texte traduit de l'allemand

Les jeunes médecins estiment que la médecine de l'âge est peu attractive – à tort

La gériatrie, un métier passionnant

Des patients compliqués, des maladies qui durent et aucune possibilité de vanter les mérites de la médecine high-tech: la médecine de l'âge est une discipline médicale mal aimée. Les médecins qui l'on découverte sont pourtant enthousiastes: elle est «diversifiée et valorisante».

Claudia Weiss

La patiente a 84 ans. Elle présente une démence avancée qui épuise peu à peu son mari. De plus, la vieille dame souffre de dépression, d'insuffisance rénale, de douleurs aux jambes et de mobilité réduite. Elle est sans cesse fatiguée et développe une dépendance aux benzodiazépines.

«Un exemple typique dans le quotidien du gériatre», affirme Daniel Grob, médecin-chef de la clinique de gériatrie aiguë de l'Hôpital communal de Waid, à Zurich. «L'éventail de nos tâches est vaste; nous n'avons pas uniquement à traiter des analyses médicales. Nous devons collaborer avec une foultitude de professionnels et mener de nombreux entretiens avant de trouver une solution adaptée aux maux de cette patiente.» Daniel Grob a 60 ans. Il travaille depuis 25 ans comme gériatre. «Je ne me suis jamais ennuyé une seconde. Je trouve ce domaine très varié.» Mais il sait aussi que pour la plupart des jeunes médecins, la gériatrie n'est de loin pas le premier choix.

«Monotone», «des patients âgés pénibles», «pas de médecine high-tech», «pas de résultats spectaculaires»: cette discipline médicale jouit d'une bien piètre opinion. «C'est vrai que tout ça n'est pas terrible à une époque où on entend plus volontiers des formules magiques «quantité et nombre de cas» ou encore «spé-

cialisation de pointe», reconnaît Daniel Grob. En médecine de l'âge, on est mesuré à la démence, à l'immobilité, aux chutes, à l'incontinence, à la malnutrition et à la dépression. Le patient qui atterrit en gériatrie aiguë est en général polymorbide et fragilisé, il a plus de 80 ans et, le plus souvent, il est atteint de troubles cognitifs: «Chez nous, un patient moyen a douze diagnostics.»

Des connaissances dans de nombreux domaines

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la gériatrie est «la branche de la médecine qui s'occupe de la santé à un âge avancé ainsi que de tous les aspects cliniques, de prévention, de réhabilitation et des aspects sociaux des maladies des personnes âgées». Ce qui pose au médecin toutes sortes d'exigences, humaines aussi. «Un gériatre a l'expérience des nombreux problèmes des personnes très âgées et il connaît les méthodes pour les affronter», insiste Daniel Grob. «Malgré tout,

de nombreuses personnes ont le sentiment que la gériatrie est simple.» Il sourit: ses assistants qui commencent une formation pour se spécialiser sont à chaque fois surpris et souvent dépassés par la complexité des cas.

Toujours est-il que «l'intérêt des jeunes médecins croît», constate Daniel Grob. Le mérite en revient, notamment, à l'enthousiasme de médecins spécialisés comme lui, qui arrivent à

transmettre à leurs assistants la grande diversité de cette discipline: outre les multiples questions médicales, les gériatres sont aussi confrontés aux trajectoires de vie, à la nutrition, aux préoccupations autour de la mort, de la famille et des proches. «Les gériatres doivent savoir aborder les interrogations éthiques et les questions liées au droit et à l'économie de la santé.»

Le médecin-chef Daniel Grob n'a aucune difficulté à trouver des assistants dans son hôpital: les neuf places destinées à la for-

«En 25 ans de gériatrie, je ne me suis jamais ennuyé une seconde.»

>>

mation continue sur une année affichent complet jusqu'en 2015, et les quatre places pour la formation de médecin gériatre sur deux ans sont prises pour les trois prochaines années. «Je ne suis pas du tout si pessimiste», conclut-il, tranquille. Cependant, il manque encore en Suisse des places pour la formation continue. A ce jour, seules sept cliniques proposent le cursus complet de formation sur deux ans et 22 institutions la formation gériatrique d'une année.

Mais des changements se profilent: depuis une année, la branche a obtenu une chaire à l'Université de Zurich. La titulaire, Heike Bischoff-Ferrari, a usé de tout son enthousiasme pour éveiller l'intérêt des étudiants et conférer à cette discipline davantage de poids et d'importance. «La gériatrie est un domaine passionnant», dit-elle. «Les jeunes médecins peuvent apporter beaucoup à cette discipline, particulièrement au regard de l'évolution démographique.» En 2030, une personne sur trois sera âgée de 65 ans et plus. Selon Heike Bischoff-Ferrari, cependant, au cours de ces dernières décennies, les personnes âgées auraient été systématiquement exclues des études cliniques. «Nous devons combler le plus rapidement possible ces lacunes qui affectent la médecine de l'âge afin de pouvoir offrir une médecine innovatrice couvrant tout le spectre du grand âge.»

Innovation rime avec prévention

Pour la professeure, «innovatrice» signifie aussi mettre l'accent sur la prévention. La santé au grand âge serait un thème central pour trois raisons: «D'abord, les personnes âgées en bonne santé peuvent vivre beaucoup plus longtemps de façon autonome et jouir d'une bonne qualité de vie.» Ensuite, la réussite économique de la Suisse dépendra de plus en plus de la population âgée, dans la mesure où la part des plus jeunes n'augmente pas, voire même diminue. «Pour cela aussi, il importe d'être en bonne santé durant la vieillesse.» Enfin, le nombre croissant de personnes âgées entraîne une augmentation des maladies chroniques, une tendance qui fait de la viabilité financière des soins de santé un thème politique majeur. «Le meilleur moyen serait de prolonger l'espérance de vie en bonne santé par des mesures préventives», résume Heike Bischoff-Ferrari. «Une meilleure santé contribue dans une large mesure à économiser des coûts.» Dans cette perspective, elle dirige au Centre vieillesse et mobilité de l'Université de Zurich et de l'Hôpital communal de Waid la plus grande recherche européenne sur le vieillissement, l'étude Do Health, qui regroupe sept universités européennes, dont Zurich, Bâle et Genève, et à laquelle 2000 seniors sont associés. L'objectif est d'étudier l'impact de trois mesures simples (vitamine D3, Omega3 et exercices à la maison) sur la longévité et le vieillissement en bonne santé (pour en savoir plus: www.do-health.eu).

La gériatrie a sa place à l'université

La création d'une chaire de gériatrie et gérontologie à Zurich est «un signe important» en faveur des personnes âgées et de leur rôle central au sein de la société, se réjouit Heike Bischoff-

Ferrari. «De plus, cela montre bien que cette discipline a toute sa place à l'université.» Plus important encore, à ses yeux, le fait que grâce à cette chaire, les étudiants en médecine ont désormais un aperçu de cette discipline. La recherche clinique est également assurée: la nouvelle chaire est en lien avec le Réseau gériatrie lancé en janvier à Zurich, qui regroupe le service de gériatrie aiguë de l'Hôpital de Waid, la clinique de gériatrie de l'Hôpital universitaire zurichois et les EMS de la ville de Zurich. Ensemble, ces institutions proposent un réseau de soins médicaux dédiés aux personnes âgées, donnant ainsi à la gériatrie un élan supplémentaire. C'est une chance

unique, aux dires de Heike Bischoff-Ferrari: «Ensemble, nous pouvons intervenir de façon optimale sur l'état de santé des personnes âgées – celles qui sont encore en bonne santé et celles qui souffrent de maladies aiguës ou qui sont en situation de dépendance.»

C'est aussi le but de Thomas Münzer, médecin-chef de la clinique de gériatrie de Saint-Gall. Il craint cependant de devoir patienter encore un peu avant de voir l'image de la gériatrie passer de «pas sexy» à «super sexy»: «Incontinence, fin de vie, mort... tout ça n'est pas très séduisant», concède-t-il. Il soupçonne encore bien d'autres facteurs qui expliquent le manque d'intérêt des jeunes médecins: «Probablement qu'il règne encore une hostilité latente à l'égard de la vieillesse et de nombreux médecins fuient face à la gestion difficile, à l'investissement en temps nécessaire pour trouver des solutions sur mesure et au travail peu excitant.»

Dans les faits, il semble difficile, en gériatrie, de trouver le bon équilibre entre trop et trop peu de diagnostics: «Nous ne pouvons pas simplement traiter un patient de 80 ans comme un de 30 ans – et on ne peut pas non plus dire que les personnes âgées auraient moins droit à la médecine», affirme Thomas Münzer. Si une personne ne souhaite plus d'autre traitement que des soins palliatifs, il faut alors être capable de l'entendre et de «respecter avec bienveillance le désir et la volonté du patient.» Traiter un patient de façon à lui permettre de rentrer chez lui pour y vivre la dernière étape de sa vie, c'est souvent déjà beaucoup.

Pour les non initiés, il peut paraître un peu déprimant d'avoir pour objectif de soins «un accompagnement de qualité dans la dernière étape de la vie et en fin de vie». Bien au contraire, rétorque Thomas Münzer. «Créer une bonne qualité de vie, c'est très beau!» Par ailleurs, il considère que son quotidien est particulièrement passionnant et varié. «Je ne sais

jamais ce qui m'attend aujourd'hui et je vis chaque jour de nouvelles situations.» Ce gériatre de 54 ans est doté d'un tempérament optimiste qu'il extériorise de belle façon: contrairement aux autres médecins-chefs, il ne porte jamais la cravate, mais un nœud papillon – tous les jours un autre, aux motifs les plus bigarrés. Il sourit: «Oui, je veux donner de la visibilité à la gériatrie. Pour l'instant, nous autres gériatres avançons quasiment comme des missionnaires.»

La pénurie guette

Thomas Münzer estime qu'il serait temps que le monde politique, surtout, soit plus attentif à la pénurie qui guette la gériatrie.

**«Les jeunes
médecins peuvent
apporter beaucoup
à cette discipline.»**

**«Incontinence, fin
de vie, mort...
tout ça n'est pas
très séduisant.»**



Les gériatres ne deviennent peut-être ni riches ni célèbres grâce à leur spécialisation. Mais leur quotidien professionnel auprès des résidents est rempli de défis passionnants.

trie. Actuellement, il y a en Suisse 175 médecins qui portent le titre de «gériatre». Dans les dix prochaines années, il en faudra au moins le double. Jusqu'à maintenant, une petite douzaine seulement de nouveaux gériatres terminent chaque année leur spécialisation; ce n'est de loin pas suffisant. Daniel Grob, de l'Hôpital de Waid, suppose toutefois que la pénurie ne se fera pas sentir partout de la même manière: «Le problème se manifestera davantage aux alentours des grandes villes comme Zurich et Berne; à l'intérieur même des villes, il sera moins marqué.» Il est cependant convaincu que le manque de gériatres n'est pas le vrai problème, mais plutôt la pénurie à venir des médecins traitants qui interviennent en EMS ainsi que l'introduction des forfaits par cas qui fait de la gériatrie un domaine déficitaire en raison du temps qu'elle requiert pour consulter et communiquer.

Les gériatres ne s'enrichissent pas avec leur travail – c'est là d'ailleurs un motif supplémentaire du peu d'attrait de la spé-

cialisation. «Il est urgent de proposer d'autres incitations», affirme Thomas Münzer. «Des horaires de travail attractifs ou des possibilités pour trouver un bon équilibre entre vie privée et professionnelle, par exemple.» Les faits tendent à le

démontrer, la gériatrie serait une discipline pour les femmes. «On n'assiste plus uniquement à un changement démographique ici, mais également à un changement de génération dans la médecine», avance encore Thomas Münzer. Que le gériatre soit homme ou femme, peu importe, Heike Bischoff-Ferrari est optimiste: «Les choses bougent dans cette

discipline, et les jeunes médecins ont beaucoup à y apporter.» Pour elle, c'est donc une évidence: «La gériatrie est passionnante – et super sexy!». ●

Trouver le bon équilibre entre trop et trop peu de diagnostics.

Texte traduit de l'allemand

Ferdinand Beffa, gériatre et médecin responsable de plusieurs EMS

«La gériatrie n'a rien d'une médecine pépère»

Depuis 20 ans, Ferdinand Beffa soigne jour après jour l'âme et le corps des résidents. Et parce que la médecine en EMS fait appel à de multiples compétences, il a su tisser autour de lui un véritable réseau de relations professionnelles.

Anne-Marie Nicole

Il est 7 heures. Ce matin-là, le temps est maussade. La pluie tombe, mêlée de grésil. Le docteur Beffa arrive à St-George, une petite commune vaudoise du pied du Jura avec vue sur le Léman. Comme tous les vendredis, il a rendez-vous avec Annick Dupraz, l'infirmière-chef de l'EMS de la Renaissance pour sa visite hebdomadaire. Ouvert en 1989 dans une ancienne ferme réaffectée, l'établissement héberge aujourd'hui 24 résidents. En été, lorsque les grands parasols ombragent les tables et chaises disposées dans la cour devant la grande bâtisse de pierre au toit de tuiles rouges, les promeneurs se réjouissent de cette halte bienvenue, pensant avoir déniché là la terrasse accueillante d'une jolie auberge de campagne. Mais ils comprennent bien vite leur méprise à la vue des soignants en blouse blanche qui vont et viennent au rez-de-chaussée de la maison!

Le docteur Beffa et l'infirmière-chef se sont installés dans une pièce aménagée sous les combles, qui sert à la fois de salle de réunion et de bureau, où sont entreposés indifféremment classeurs, chaises de réserve et béquilles de tailles et couleurs différentes. Assis à la grande table qui occupe quasiment tout l'espace, face à l'écran de l'ordinateur, ils passent en revue les fiches de soins des résidents et discutent de quelques situations problématiques – sommeil agité et cauchemardesque ici, problème de prostate là, syndrome du

tunnel carpien ailleurs... Ils sont régulièrement interrompus par les sonneries de leur téléphone professionnel respectif.

Le cas d'une résidente, entrée il y a deux mois à peine et qui présente quelques signes de démence, retient plus particulièrement leur attention. Alors que ses enfants seraient plus rassurés de voir leur mère rester ici, elle insiste pour rentrer chez elle. Annick Dupraz informe le médecin que la famille souhaite une réunion avec lui et les responsables de l'établissement. Puis elle lui montre le tableau élaboré par les soignants sur une grande feuille de papier, rempli avec l'aide de la résidente, pour évaluer ses capacités à accomplir les actes de la vie quotidienne. Si son état de santé semble en effet s'améliorer un peu depuis son arrivée, le médecin estime cependant déraisonnable de la laisser partir. Il lui réserve sa première visite de la matinée. Dans sa chambre, ils discutent ensemble de la situation et conviennent de se donner un mois supplémentaire avant de prendre une décision.

La blouse blanche au placard

Toujours accompagné de la responsable des soins, il poursuit ses visites auprès de deux autres résidentes. A chaque fois, il fait part de ses observations concernant l'évolution de l'état de santé, il explique le traitement et les éventuelles options qui se présentent, il sollicite l'avis de la patiente. Il s'installe toujours de façon à ce que son regard soit à la même hauteur que celui de la personne. Il caresse la main, pose la sienne, rassurante, sur l'avant-bras ou sur l'épaule. Le

propos est clair, le ton chaleureux, l'attention sincère. A moins de devoir prodiguer quelques soins techniques, comme des points de suture, le docteur Beffa a renoncé depuis longtemps à la blouse blanche, d'abord parce qu'il intervient dans un lieu de vie, ensuite parce que la blouse blanche fait peur, dit-il. «De

>>



Le gériatre Ferdinand Beffa avec l'infirmière-chef Annick Dupraz: «Une journée idéale, c'est quand on peut prendre le temps nécessaire auprès de chacun et se dire que l'on a fait du bon travail.»

Photo: amn

plus, je n'en ai pas besoin: les résidents me reconnaissent, ils savent qui je suis!»

Avant de quitter l'EMS de la Renaissance, il consigne encore ses interventions et ses observations dans les différents dossiers informatisés des résidents et prépare les prescriptions à l'intention de l'infirmière-cheffe avec la liste des médicaments et des moyens auxiliaires à commander. Souvent il peste contre l'informatique – «c'est chronophage et le temps qu'on y passe, c'est celui qu'on n'a plus au chevet du résident!» –, même s'il reconnaît son utilité pour les équipes soignantes qui doivent assurer le suivi. En milieu de matinée, tandis qu'Annick Dupraz finit de documenter les visites du matin, le médecin reprend la route pour se rendre dans un autre établissement, à quelques encablures de là, où il est attendu pour une urgence qui lui a été

annoncée un peu plus tôt.

Jour après jour, il sillonne ainsi les routes, passant d'un établissement à l'autre. Il lui arrive même de devoir se rendre quatre ou cinq fois dans un même établissement durant la même journée. Il ne compte ni ses heures ni les

«La gériatrie est une médecine complexe et exigeante qui touche à d'autres disciplines.»

kilomètres parcourus. «On ne sait pas toujours comment vont se dérouler les journées. Une journée ordinaire, c'est quand il n'y a ni imprévu, ni complication. Avoir une journée ordinaire est donc plutôt extraordinaire!» Et une journée idéale? «C'est quand on peut prendre le temps nécessaire auprès de chacun et avoir le sentiment d'avoir fait du bon travail. Ça arrive...»

Ferdinand Beffa a 54 ans. Médecin généraliste, il s'est très tôt spécialisé en gériatrie. Lorsqu'il a ouvert son cabinet à Gimel, il y a une vingtaine d'années, il a commencé à intervenir dans quelques établissements à raison de trois heures par semaine. Aujourd'hui, il est le médecin répondant de six EMS de la région et le médecin traitant de la plupart de leurs résidents. De plus, il préside depuis sept ans le groupement de la société vaudoise de médecine des médecins travaillant en EMS (GMEMS) et s'investit beaucoup en faveur de la formation, que ce soit la formation intra-muros pour les équipes soignantes ou interdisciplinaire ou la formation continue des médecins répondants. L'année dernière, il a décidé de fermer sa consultation privée, faute de temps pour arriver à tout faire dans les règles de l'art. Il estime que c'est une chance de pouvoir lier ainsi les deux fonctions de médecin répondant et de médecin traitant: meilleure connaissance des résidents, de leur état de santé et de leurs besoins, collaboration suivie avec l'équipe soignante et possibilité d'agir plus rapidement. «Comment voulez-vous enrayer efficacement une épidémie de grippe si vous devez auparavant coordonner les interventions avec une dizaine de médecins différents?»

Empathie et sens relationnel

La gériatrie n'a ni le prestige de la cardiologie ni la fascination de la chirurgie. Pire encore: aux dires du docteur Beffa lui-même, elle passe pour être une médecine «pépère» aux yeux de l'opinion publique, qui a le tort de confronter quotidiennement à la sénilité et à la mort. D'ailleurs le canton de Vaud ne compte que 27 gériatres pour 150 EMS. Mais lui, alors, qu'est-ce qui le motive?

«Je ne sais pas trop... J'ai toujours aimé le contact avec les personnes âgées. Je suis convaincu qu'elles ont beaucoup à nous apprendre. Elles ont droit à notre plus grand respect et ne méritent pas qu'on les considère comme une charge inutile.» Il réfute aussi cette image d'une médecine peinard et s'il fallait la promouvoir, il dirait que la gériatrie est une médecine complexe et exigeante, qui touche à toutes les autres disciplines médicales. Outre un savoir étendu, elle requiert de l'empathie et du sens relationnel, elle oblige à une incessante remise en question des certitudes. Et parce que la prise en charge globale de la personne âgée implique une large palette de connaissances, «il faut aussi avoir le courage d'accepter ses limites». En EMS, cela se traduit par une collaboration étroite et régulière avec les soignants pour transmettre et partager les informations. «J'ai besoin des soignants non pas pour leur déléguer les difficultés, mais pour qu'ils me tiennent au courant de l'évolution des situations. C'est une affaire de dialogue, de contacts et de bonnes relations.» Il a également pu faire appel à des collègues installés dans la région pour mettre en place un véritable réseau de compétences: cardiologue, chirurgien, neurologue, dermatologue, radiologue, psychiatre de l'âge avancé... Au besoin, ces spécialistes se rendent au chevet des résidents, dans l'un ou l'autre des EMS où exerce le docteur Beffa, pour leur épargner l'inconfort des déplacements et des hospitalisations.

Un métier en constante évolution

Jetant un regard en arrière, Ferdinand Beffa constate que son métier a beaucoup changé au fil des années: les exigences administratives sont plus lourdes (traçabilité des actes de soins oblige), les pathologies se sont multipliées et demandent davantage de temps alors qu'il y en a moins, de toutes parts la pression financière se fait sentir et les attentes sont élevées. En outre, il faut parfois commencer par prendre soin de la famille qui peine à accepter l'inéluctable qui se précise avec l'entrée de leur parent en EMS et dont la culpabilité est proportionnelle aux exigences qu'elles formulent à l'égard de l'institution. Enfin, à cela s'ajoute une certaine érosion de la confiance jadis placée dans le médecin... Il craint également une médicalisation accrue des EMS, avec des résidents sortis trop tôt de l'hôpital, nécessitant des soins semi-aigus que les ressources soignantes disponibles au sein de l'EMS ne peuvent pas toujours assumer. «En psychogériatrie, dans les choix que nous faisons en termes de traitement, de médication, d'hospitalisation ou non, nous prenons toujours des risques. Nous devons accompagner les résidents, conseiller les familles dans des décisions éthiques parfois difficiles à prendre. Nous marchons constamment sur des œufs!» Mais il en faudra plus pour ébranler son idéal de médecin: soulager l'âme et le corps, et permettre aux personnes âgées de vivre la dernière étape de leur vie le mieux possible. Le docteur Ferdinand Beffa ne trouve pas meilleure expression que cette formule désormais populaire pour définir le rôle du médecin gériatre tel qu'il le conçoit: donner de la vie aux années qui restent et non des années à la vie. ●

«En psychogériatrie, dans les choix que nous faisons, nous prenons toujours des risques.»

Les EMS fribourgeois clarifient les tâches et la rémunération du médecin-répondant

«C'est une valorisation importante de la fonction»

Dans le canton de Fribourg, un nouveau contrat régit les relations entre les homes et leurs médecins-répondants. La démarche qui a conduit à la création de ce document révèle les enjeux de l'accompagnement médical en EMS.

Anne-Marie Nicole

En ce début d'année 2014, un nouveau modèle de contrat régissant les relations entre l'EMS et le médecin-répondant est sur le bureau de la Conseillère d'Etat fribourgeoise Anne-Claude Demierre, en charge de la santé et de l'action sociale, en attente de sa signature pour validation formelle.

Ce contrat flambant neuf est le résultat d'un projet pilote «Analyse des tâches du médecin-répondant en EMS». Lancé en 2010 par la Société de médecine du canton de Fribourg (SMCF) et l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (AFIPA), et financé par le Département cantonal de la santé et de l'action sociale (DSAS), il remplace les «Recommandations au sujet de la collaboration entre le médecin et l'EMS» qui prévalaient jusque-là et qui comprenaient deux modèles de contrat liant l'EMS, l'un au médecin traitant, l'autre au médecin-répondant. Cependant, ces recommandations ne prévoyaient rien à propos de la rémunération des tâches du médecin-répondant non couvertes par le système tarifaire des prestations médicales Tarmed. «Nous avons constaté que les médecins-répondants assumaient beaucoup de tâches non rétribuées et que les pratiques des EMS en matière de rémunération de leur médecin-répondant variaient fortement de l'un à l'autre», relève Emmanuel Michielan, secrétaire général de l'AFIPA. Plus manifeste est la situation des médecins-répon-

dants qui assurent une garde permanente, autrement dit le piquet. Ce temps-là n'est pas rétribué, le système Tarmed ne se déclenchant qu'au moment où il y a demande effective d'intervention.

Face au risque de lassitude et de démotivation des médecins-répondants en place et face à la difficulté d'attirer de nouveaux médecins dans cette fonction, il était important d'agir. Le rapport intermédiaire du projet pilote rappelle le contexte dans lequel il s'inscrit: «Les équipes soignantes ont augmenté en nombre et en compétences; les intervenants externes se sont spécialisés afin de mieux couvrir les besoins bio-psycho-sociaux et spirituels des résidents; les outils de gestion se sont perfectionnés. Pourtant, du côté de l'accompagnement médical,

en raison du statut externe du médecin et de la liberté de choix, de grands manques et disparités apparaissent entre EMS aujourd'hui.»

Des solutions communes doivent être développées au niveau cantonal, qui tiennent également compte de l'aggravation des pathologies des résidents, de la multiplication des situations psychogériatriques, des traite-

ments médicamenteux plus complexes, des négociations avec les proches du résident, bref, autant d'éléments qui rendent plus difficile la fonction de médecin-répondant et qui engagent plus fortement sa responsabilité.

Inventaire des tâches non couvertes par les assureurs

A l'automne 2011, un projet pilote est donc lancé avec quatre EMS, pour une durée d'une année, puis reconduit pour une deuxième année consécutive avec trois autres EMS. Le but est de recenser l'ensemble des prestations hors Tarmed des médecins-répondants en EMS et le temps qu'ils y consacrent. Les données recueillies distinguent les tâches de piquet (garde médicale, disponibilité permanente nuit, jours fériés et week-

>>

end) et les autres activités qui sont de la responsabilité du médecin-répondant.

Le Foyer Saint-Joseph à La Roche, près de Bulle, fut l'un des quatre établissements pilotes du premier groupe. Ce home communal de 47 lits compte deux médecins: un médecin-répondant qui est en même temps le médecin traitant de 39 résidents, et une médecin traitante qui suit les huit autres résidents. A eux deux, ils s'organisent pour assumer une garde permanente, jour et nuit, 365 jours par an. De novembre 2011 à octobre 2012, le directeur et le médecin-répondant ont consciencieusement rempli la grille ad'hoc, y inscrivant toutes les tâches hors Tarmed et tentant de quantifier au mieux les multiples interventions informelles. «J'ai été surpris par l'importance des tâches accomplies! Cet exercice m'a véritablement permis d'en prendre conscience», reconnaît Dominique Perroud, le directeur. Derrière cet inventaire fastidieux au caractère un peu protocolaire, auquel se sont livrés les sept EMS pilotes, se cachent pourtant des enjeux importants: il s'agit d'harmoniser les pratiques médicales, de mieux coordonner les soins et garantir leur qualité, d'intégrer le médecin-répondant au sein de l'équipe interdisciplinaire et de reconnaître par une juste rémunération la part de son travail qui n'est pas couverte par les assureurs maladie.

Un modèle gagnant pour tous

Le rapport rappelle encore un autre objectif important: «Montrer par quelques situations qu'une meilleure organisation et rémunération de la collaboration médicale dans les EMS évite des hospitalisations inutiles ou urgentes». Ainsi, l'expérience des

EMS pilotes, qui privilégient généralement la voie du médecin-répondant qui est en même temps le médecin traitant de la plupart, voire de tous les résidents, secondé ou non d'un ou deux médecins, a démontré l'effet positif de ce modèle sur la qualité et l'économicité du système. «C'est un modèle gagnant pour

tout le monde», assure pour sa part Jean-Luc Barbey, médecin-répondant de la Résidence des Chênes en ville de Fribourg. «Meilleure coordination des soins, meilleure communication avec l'équipe soignante, meilleure connaissance des résidents et de leur état de santé», résume-t-il. Le bénéfice se voit surtout dans le système de permanence continue: «Le projet pilote montre que le médecin-répondant

et ses suppléants sont capables d'assumer une garde permanente et d'intervenir à toute heure», précise le rapport. L'équipe soignante n'a donc pas besoin d'avoir recours au médecin de garde, qui se solde le plus souvent par une hospitalisation. Toutes les données récoltées pendant les deux ans qu'a duré le projet pilote ont été objectivées. D'une part, elles ont permis d'établir un cahier des charges du médecin-répondant en EMS qui fait l'objet du nouveau contrat. Il se décline en douze tâches standard hors Tarmed – élaboration de la liste des médicaments, participation aux protocoles de soins, intervention dans les cours de formation continue, gestion de situations particulières, fonction de médecin du personnel, etc. – auxquelles l'EMS, en accord avec le médecin-répondant peut en ajouter d'autres.

Deux heures par résident par année

D'autre part, les données recueillies ont servi de base pour émettre des recommandations chiffrées pour la rémunération du médecin-répondant. Selon les données du premier groupe

«Un système ni affamant, ni trop cher payé»

Il n'y a pas que dans le canton de Fribourg que l'on s'est préoccupé du sort des médecins en EMS. Tandis que les Fribourgeois préparaient leur projet pilote d'analyse des tâches, pendant ce temps à Genève, le Groupe des médecins-répondants d'EMS (MEPAG's) élaborait un cahier des charges type définissant «le rôle, le mandat et les responsabilités du médecin-répondant dans ses activités au sein de l'établissement médico-social», un document approuvé par la Direction générale de l'action sociale à fin mai 2011.

Responsable de la bonne organisation des soins, relais entre résidents, proches, institution, médecins traitants et autres professionnels de la santé, référent du département de tutelle pour toutes les questions médicales: la mission inscrite dans ce cahier des charge est multiple et plaide en faveur d'un partenariat étroit entre le médecin-répondant et l'institution et de son implication dans le projet d'établissement, en particulier dans la définition du projet de soins. «Le médecin-répondant fait partie de la vie de son EMS», résume Jacques Lederrey, président du MEPAG's. Par souci d'efficacité et de qualité des soins, comme d'autres confrères, il privilégie le modèle visant à réduire le nombre de médecins traitants au sein des EMS, au profit d'un médecin portant les deux casquettes de répondant et de traitant. Tout en respectant la liberté de choix du

résident, il rappelle cependant la réalité des faits qui expliquent que la relation avec le médecin-traitant est souvent déjà rompue au moment de l'entrée en EMS: hospitalisations répétées, éloignement géographique, incapacité de discernement... En outre, les médecins traitants qui continuent de suivre leurs patients en EMS se déchargent volontiers sur les médecins-répondants les soirs, les nuits, les week-ends et les jours fériés. Jacques Lederrey milite donc aussi pour que la garde et son organisation soit de la responsabilité du médecin-répondant.

Le cahier des charges élaboré par le MEPAG's confère une certaine unité à la fonction du médecin-répondant en EMS. Il sert également de base pour déterminer sa rémunération, fixée à 145 francs l'heure (pour toutes les tâches hors Tarmed et piquet), et un nombre d'heures forfaitaire par mois selon la taille de l'EMS (par ex. 17 heures pour un EMS de 51 à 80 lits, 22 heures pour un EMS de 81 à 150 lits, etc.). «Auparavant, c'était à bien plaisir», rappelle Jacques Lederrey. Les rémunérations mensuelles pouvaient en effet varier fortement d'un EMS à l'autre, entre 250 et 6'000 francs par mois pour des engagements pourtant comparables! «Le système a le mérite aujourd'hui d'être le même pour tous. Il n'est ni affamant, ni trop cher payé», se réjouit-il.



Les médecins-répondants en EMS assument beaucoup de tâches qui ne sont pas couvertes par le système tarifaire des prestations médicales et diversement rétribuées par les EMS.

Photo: Monique Wittwer

d'EMS pilotes, le temps consacré aux tâches hors Tarmed est estimé entre 12 et 14 heures par mois, ou deux heures par résident par année, selon une moyenne rapportée sur l'ensemble des établissements fribourgeois.

Prenant en considération le piquet, les tâches de médecin-répondant hors Tarmed et le manque à gagner du médecin lorsqu'il n'est pas à son cabinet, l'AFIPA et la SMCF proposent un coût moyen de 2,50 francs par journée résident, soit un total de quelque 2,2 millions de francs pour l'ensemble des EMS fribourgeois pour 2014. Faute de moyens financiers suffisants, seul 1 franc sera couvert pour l'instant, soit 50 centimes par journée résident pour le piquet, à financer par une subvention du DSAS, et 50 centimes par journée résident au titre d'honoraires pour les prestations fournies selon le cahier des charges, à financer par l'EMS lui-même. Même si cette rémunération est encore en deçà du montant estimé, «c'est une valorisation importante pour les médecins-répondants, admet Jean-Luc Barbey, d'autant plus importante que nombre d'entre eux vont partir à la retraite et qu'il faut par conséquent améliorer l'attractivité de la fonction pour assurer la relève».

Pour l'heure, le nouveau contrat n'a pas de valeur contraignante pour les EMS fribourgeois. De même, il offre deux options aux cocontractants, leur laissant le choix de s'engager sur tout ou partie des tâches ainsi que sur la disponibilité pour le piquet, avec, naturellement, une adaptation des indemnités correspondantes. «La question du médecin-répondant, de son rôle et de sa rémunération, est un sujet sensible», reconnaît Emmanuel Michielan. Il est cependant confiant quant à l'avenir de ce contrat et des bénéfices qu'il apportera en terme d'accompagnement médical dans les homes fribourgeois. ●

Première étude nationale sur le personnel des soins et de l'accompagnement en EMS

Coup de projecteur sur quelques résultats

En interrogeant 5323 collaborateurs des EMS et en récoltant les données de 10061 résidents, l'étude SHURP est non seulement représentative pour la Suisse, mais elle offre un état des lieux dans un contexte en plein évolution.

Christine Serdaly*

L'étude SHURP («Swiss Nursing Homes Human Resources Project»), propose aussi des données en «première internationale» pour un secteur qui reste encore peu étudié. En objectivant certaines données, elle permet de confirmer des impressions, mais elle révèle aussi des résultats étonnants, parfois contradictoires, qui invitent à les approfondir, tant au niveau des établissements, des associations professionnelles, que des cantons ou de la Confédération.

Fondée sur deux questionnaires, l'étude SHURP met la focale sur le personnel des EMS en Suisse. D'un côté, une enquête conduite auprès du personnel de soins et d'accompagnement, et de l'autre des données descriptives recueillies par les directions des établissements. L'ensemble des informations a per-

mis de dresser un portrait du personnel, des résidents et de leur établissement, de recenser des indicateurs de la qualité des soins (chutes, escarres, etc.) et de disposer de résultats sur la perception que le personnel a de son environnement de travail, comme sur des faits et des constats qu'il décrit en matière de charge de travail, de rationnement des soins, de satisfaction, de santé, ou d'identification à sa profession. Des liens ont ensuite été établis entre certaines caractéristiques et la manifestation de faits observés chez ce personnel et chez les résidents.

«J'ai du plaisir à exercer mes activités professionnelles»

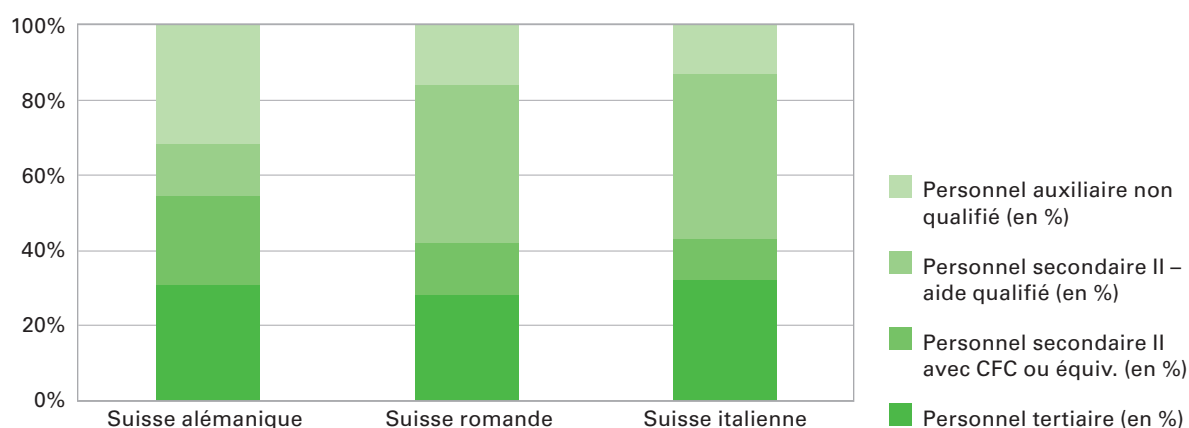
Dans un contexte de besoins croissants de personnel, mais où la pénurie est d'ores et déjà avérée dans certains cantons et le recours à une main d'œuvre hors des frontières, un fait, la satisfaction du personnel est un facteur d'importance, à la fois pour sa rétention comme pour l'attractivité de l'établissement et du secteur. De même, la qualité des soins est à la fois une question de société, de santé publique et de coûts, mais également d'attractivité du secteur.

Dès lors, les premières informations que livre l'étude à ce sujet sont réjouissantes. La qualité des soins est élevée, au sens des indicateurs usuels et dans une perspective internationale: 2% de chutes conduisant à des blessures, 2,7% d'escarres, ou encore 4,5% de résidents ayant subi une perte de poids. La satisfaction du personnel est, quant à elle, importante, que ce soit du point de vue des qualités managériales de ses responsables, de son association aux décisions (87,3%), de son autonomie (82,1%) et de la collaboration au sein de son équipe, comme avec les professionnels des autres secteurs de l'EMS (entre 88,5 et 96%). La majorité du personnel (88,1%) se déclare en outre content ou très content de la qualité des soins et de l'accompagnement pour les résidents, et 87% considèrent leur lieu de travail comme un bon lieu de travail.



* **Christine Serdaly** est co-auteure de l'étude SHURP et responsable du projet pour la Suisse romande. Elle est aussi consultante et accompagnante, à ce titre, les entreprises sociales et les collectivités publiques dans les champs de la santé et du social, du travail et de la formation.

Profils d'équipe selon la région linguistique



Commentaire SHURP: pour le personnel de niveau de formation CFC, les différences observées entre les régions linguistiques (23,7% en Suisse allemande, 13,5% en Suisse romande et 10,2% au Tessin) sont vraisemblablement liées à une mise en place diffé-

rente des filières de formation ASSC / ASE. De même, le personnel d'aide se répartit différemment (13,8%, resp. 41,7% et 44,3%), tout comme le personnel auxiliaire (31,7%, resp. 16,1%, et 12,8%) avec plus de personnes non qualifiées en Suisse alémanique.

La diversité comme aiguillon du questionnement

Ces résultats positifs appellent bien sûr des nuances qui font notamment apparaître des différences en termes de région, de taille ou de forme juridique: trois «filtres» au travers desquels les données ont été analysées et présentées dans le rapport. Ainsi, l'usage de la faute comme source d'apprentissage dans le travail est une pratique moins développée en Suisse romande (65,1%) et au Tessin (61,1%) qu'en Suisse alémanique (82,5%); tout comme, il apparaît plus difficile, au chapitre des facteurs de sécurité, de parler des erreurs au niveau de l'unité en Suisse romande (27,4%) et au Tessin (42,2%). Ceci, alors même que les systèmes de déclaration des erreurs et le traitement réglementé des événements indésirables prédominent en Suisse ro-

mande, par rapport aux autres régions (96,7% contre 66,4% en Suisse alémanique et 44,4% au Tessin).

Si des cultures de travail différentes émergent, elles sont portées notamment par des profils d'équipe et une origine des professionnels différents. Les «Profils d'équipe selon la région linguistique» (voir le graphique ci-dessus) présentent des différences qui ouvrent à de nombreuses questions. Bien que la part de personnel qualifié se joue aujourd'hui de manière différente entre la Suisse alémanique et les deux autres régions, un socle de personnel tertiaire apparaît de manière commune pour les trois régions, autour d'un tiers environ. Faut-il y voir une forme de réponse pratique, telle un minima, à des besoins des résidents qui tendent à s'uniformiser au plan national? >>

La culture de l'apprentissage, nettement plus développée en Suisse alémanique (11 apprenants/100 lits) qu'au Tessin (9,2/100) et qu'en Suisse romande (6/100), va vraisemblablement de pair avec le fort développement du niveau secondaire de type CFC dans les équipes outre-Sarine. Malgré une part totale de personnel formé supérieure en Suisse romande et au Tessin, l'appréciation des EMS romands et tessinois, lorsqu'ils sont interrogés sur la question de la dotation (un élément de la qualité de l'environnement de travail), est moins bonne à propos du personnel qualifié en suffisance (respectivement 61,2%, 58,3% contre 79,7% pour les Suisse alémaniques). S'agit-il d'un effet de la part accrue du niveau secondaire CFC en Suisse alémanique qui doterait les équipes de compétences plus effectives?

L'étude a permis de dresser un portrait du personnel, des résidents et de leur établissement.

L'examen du profil d'équipe et ses incidences sur la qualité des prestations, la sécurité des résidents, la satisfaction du personnel et le recrutement, peut être complété par les données concernant l'âge et l'origine des titres des professionnels. Si une part non négligeable de personnel a moins de 30 ans (20%) – et il pourrait s'agir-là d'une nouvelle capacité à attirer des jeunes en début de carrière –, il n'en reste pas moins qu'une partie importante du personnel partira à la retraite dans les quinze prochaines années (34,2%). Conjugué au fait que la proportion de personnel tertiaire ayant été formé hors de Suisse est très importante, en particulier au Tessin (70,1%) et en Suisse romande (59%, contre 32,1% en Suisse alémanique), les défis du renouvellement du personnel des EMS sont grands, et plus encore dans un contexte de contingentement possible des travailleurs étrangers.

Des résultats qui semblent contradictoires

La satisfaction du personnel concernant la qualité des soins interpelle en regard des résultats liés au rationnement des

soins. Les six thèmes soumis sur cette dernière question touchent notamment au maintien de l'autonomie de la personne, au soutien émotionnel des résidents, à leur surveillance, à la documentation les concernant ou aux activités socioculturelles. Dans ce contexte, entre un cinquième et un tiers des professionnels disent n'avoir pas pu, partiellement ou complètement, effectuer les activités prévues durant les sept derniers jours. Ces résultats, qui restent à approfondir, interrogent la spécificité même de l'EMS et la représentation que les professionnels ont de la qualité. Ils interrogent aussi la question des choix à effectuer face à des ressources limitées et des compétences pour arbitrer, comme l'ont relevé les EMS participant à l'étude, à l'occasion des rencontres régionales autour des résultats.

Cette satisfaction est aussi interrogée par les résultats du personnel concernant sa propre santé. Une part non négligeable d'entre eux souffre de différents problèmes de santé et d'un épuisement émotionnel. Davantage que d'absentéisme, les EMS sont par ailleurs victimes de présentéisme, avec des professionnels qui tendent à venir travailler, même malades.

Les EMS regorgeraient-ils de super-héros?

Les différents aspects évoqués sont liés à des thématiques comme celles de la sécurité des résidents, de la maltraitance ou du désir de démissionner. Si dans un contexte de forte prévalence de résidents présentant des symptômes de démence ou des démences diagnostiquées médicalement, plus marqué encore en Suisse romande (67,5%) et au Tessin (72,1%) qu'en Suisse alémanique (54,6%), la formation est une protection, les signes de «fatigue» du personnel doivent être considérés comme autant de sonnettes d'alarmes. Dans ce sens, les liens entre les stratégies diverses et généralement multiples, développées par les EMS qui présentent des résultats positifs pour diverses caractéristiques, méritent d'être étudiés et valorisés, tant par des recherches que par l'échange entre établissements.

Où est l'avenir?

Certains faisceaux de données méritent aussi que l'on mette les politiques cantonales en regard des résultats, car les seules données de l'étude SHURP ne pourront tout éclairer. La densité de lits par rapport à la population du canton, l'impossibilité d'accueillir des résidents en dessous de certaines catégories de soins selon les autorisations cantonales, ou encore, le degré de développement des soins à domicile ont des incidences sur le profil des résidents accueillis.

La diversification des prestations des EMS – avec ses apports pour les résidents et le personnel, et ses effets sur l'organisation du travail – est aussi un facteur d'explication. Comme en témoignent les résultats de l'étude sur ce point (voir le graphique ci-contre), la Suisse alémanique présente déjà une diversification des prestations à l'œuvre et notamment des prestations de type «structures intermédiaires», entre le domicile et l'EMS de long séjour, ou

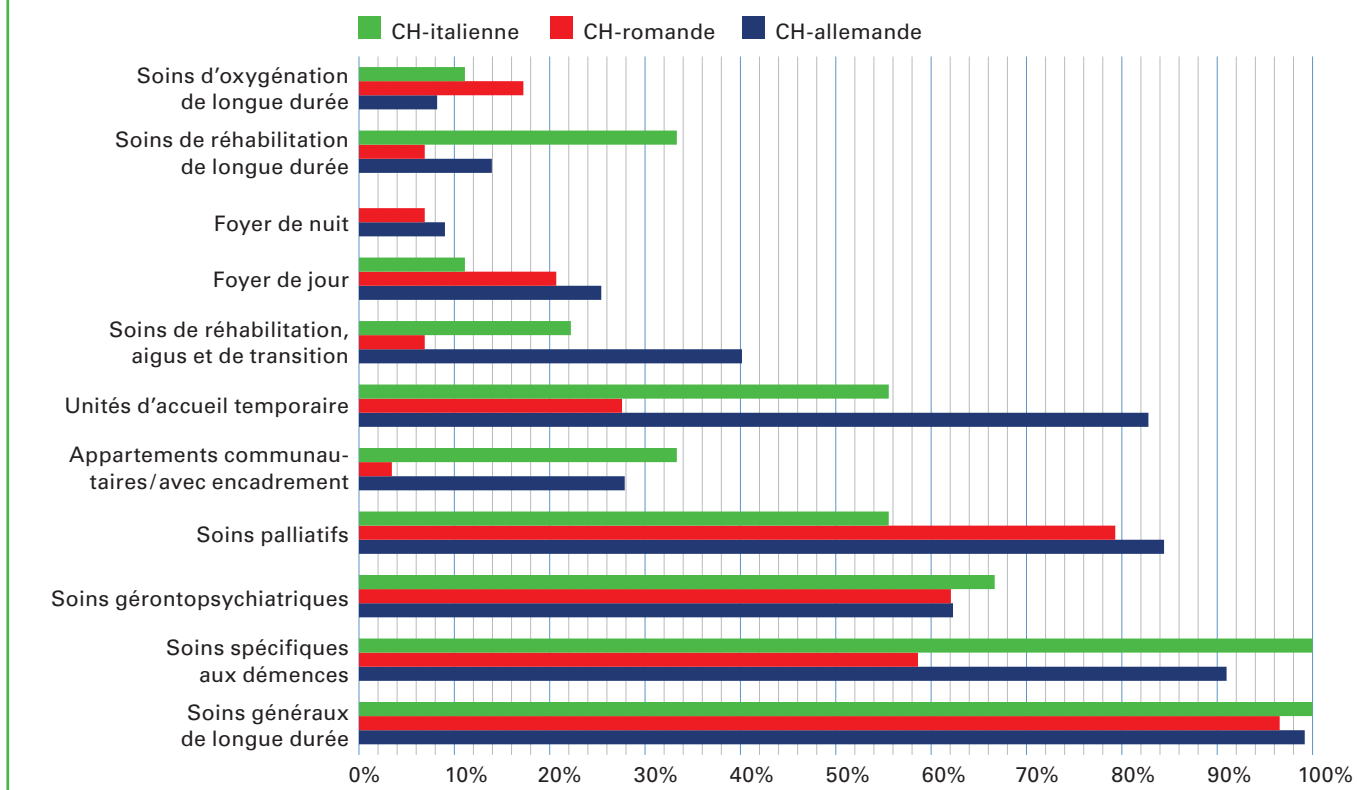
Les profils d'équipe reflètent des cultures de travail différentes selon les régions.

La réponse des résidents

L'image livrée par SHURP ne serait pas totale sans le point de vue des résidents sur les soins et l'accompagnement qui leur sont proposés. C'est le but de l'étude RESPONS, conduite par le département santé de la Haute école spécialisée bernoise (BFH). Elle interrogera, pour la première fois, les résidents d'un échantillon d'EMS, issu de celui de l'étude SHURP. Les entretiens ont débuté en novembre dernier en Suisse allemande. Le recrutement a lieu ce printemps en Suisse romande. Au total, 880 résidents de 37 institutions seront interrogés au sujet de leur qualité de vie et de leur satisfaction.

Au cours des prochains mois et années, les équipes de recherche donneront régulièrement des informations au sujet de ces études, soit lors de présentations à l'occasion de rencontres ou de congrès, soit par le biais de publications dans des revues spécialisées et de contributions dans d'autres médias.

Part des EMS par région linguistique offrant la prestation



Commentaire SHURP: les trois prestations particulières et offres d'accompagnement les plus citées sont, aux côtés des soins généraux de longue durée (98.8%), les soins spécifiques aux démences (85.6%), les soins palliatifs (81.9%) et les unités d'accueil temporaire de courts-séjours (71.3%). Les soins spécifiques aux démences sont plus souvent cités en Suisse alémanique et au Tessin (91% en Suisse allemande, 58,6%, en Suisse romande et 100% au Tessin), et les

soins palliatifs, en Suisse alémanique et en Suisse romande (84,4% resp. 79,3%, et 55,6% pour le Tessin). De même les appartements communautaires ou avec encadrement (27,9% en Suisse allemande, 3,4%, en Suisse romande et 33,3% au Tessin), comme les unités d'accueil temporaire (82,8%, resp. 27,6% et 55,6%) et les soins de réhabilitation / soins aigus et de transition (40,2%, 6,9%, 22,2%) sont moins mentionnés en Suisse romande.

Le rapport de l'étude SHURP est disponible en français, en allemand et en italien sur le site de l'Institut de recherche en soins infirmiers de l'Université de Bâle, www.nursing.unibas.ch/shurp. A noter que les EMS participants disposent aussi d'un rapport sous forme de benchmark électronique qui permet à chacun de se situer, pour chaque question, parmi les résultats de l'ensemble des autres EMS ou selon les trois filtres évoqués (région, taille, forme juridique).

des offres de court séjour pour des soins de transition, de réhabilitation ou de répit pour les proches, tout comme, dans une moindre mesure, le Tessin.

SHURP est une étude descriptive. Elle ne livre ainsi pas encore la réponse à certains questionnements. En présentant ici une sélection de résultats fondés sur des différences ou des contradictions, il s'agit de montrer d'une part, la richesse des travaux d'analyse en aval – dont une partie est d'ores et déjà en cours ou prévue –, d'autre part, l'intérêt de poursuivre les échanges, au sein et entre les régions linguistiques, pour orienter certains choix. ●

Une alimentation saine, suffisamment de vitamine D et beaucoup de mouvement:

«On diminue ainsi le risque de chute»

Un tiers des personnes de plus de 65 ans chute une fois dans l'année. Les personnes concernées perdent en mobilité et finissent à l'hôpital ou en EMS. On ne doit pas en arriver là, estime le gériatre Reto Kressig. Il plaide pour une bonne alimentation et la pratique de la rythmique.

Propos recueillis par Renate Metzger-Breitenfellner

Reto Kressig, pourquoi les personnes âgées tombent-elles si souvent?

Reto Kressig – Cela tient en partie à l'état de santé individuel des personnes: faiblesse musculaire ou cachexie, troubles de la marche ou de l'équilibre, déficits visuels et auditifs ou encore diminution des capacités cognitives et psychiques. Les aides à la marche en lien avec des capacités de coordination amoindries peuvent également présenter un risque de chute. En revanche, je suis plus sceptique quant à l'incidence des facteurs environnementaux, tels que les tapis de sol, les seuils de porte ou l'éclairage insuffisant. Aucune des études réalisées à ce jour sur l'environnement des personnes âgées n'a pu prouver des



Reto W. Kressig est professeur et médecin-chef pour la gériatrie à la faculté de médecine de l'Université de Bâle. Jusqu'en 2006, il exerçait au sein du Département de réhabilitation et gériatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, où il avait déjà contribué à développer un

programme de réhabilitation de la mobilité et de l'équilibre (MOBEQ), intégrant notamment l'Institut Jaques-Dalcroze.

réductions significatives des risques de chutes grâce à des interventions architecturales.

Il est fréquent que les personnes qui ont chuté une fois, chutent à nouveau. Comment expliquer ce phénomène?

Une marche sûre résulte de l'interaction entre des fonctions organiques et des facteurs les plus divers. Il y a chute lorsque l'un de ces facteurs est perturbé et que le corps n'arrive plus à compenser la perturbation. Une chute est ainsi un symptôme non spécifique indiquant que quelque chose ne fonctionne pas dans le corps.

Peut-on reconnaître le risque de chute?

Y a-t-il des signaux d'alerte?

Oui. Les troubles de la mobilité peuvent être assez facilement décelés grâce au test Timed Up & Go. Le test indique le nombre de secondes nécessaires à une personne pour se lever d'une chaise, marcher trois mètres, faire demi-tour, revenir et se rasseoir sur la chaise. Entre 14 et 20 secondes, on estime que la mobilité est légèrement diminuée, au-delà de 20 secondes qu'elle est réduite. Des analyses quantitatives de l'équilibre et de la marche permettent de constater les irrégularités dans la démarche. Plus la démarche est irrégulière, plus le risque de chute est élevé. Aussi les moindres variations dans la suite des pas – par exemple un écart de 1,7 centimètre entre deux pas – peut doubler le risque de chute.

«Plus la démarche est irrégulière, plus le risque de chute est élevé.»

Entre 30 et 80 ans, la masse musculaire de l'individu diminue de 30%. N'y a-t-il donc rien à faire contre cette perte musculaire?



Des exercices multi-tâches en musique faisant appel aux capacités cognitives et motrices: un atelier mémoire Jaques-Dalcroze pour personnes âgées à Bâle.

Photo: Martin Töngi

Si. Un entraînement musculaire ciblé combiné à des exercices de l'équilibre peut contrecarrer efficacement la perte musculaire et diminuer considérablement le risque de chute. A cela s'ajoute une bonne alimentation – le corps a besoin de protéines et de vitamines D. Grâce à une substitution optimale en vitamine D – 800 à 1000 unités par jour – le taux de chutes peut être ramené de 50%.

Tout le monde sait maintenant que l'exercice est bon pour la santé. Pourtant, les gens ne bougent pas. Pourquoi?

«Nous devons motiver les gens à bouger davantage.»

Parce que ça ne les intéresse pas ou qu'ils pensent en faire déjà assez. Or, il est prouvé que la moitié des personnes âgées ne bougent que trois heures et demie par semaine. C'est très peu si l'on songe à tout ce que l'on définit comme mouvement.

Quelles sont les mesures qui permettent de lutter contre ce manque d'exercice?

Nous devons motiver les gens à bouger davantage et éveiller leur intérêt à faire de l'exercice.

Les interventions les plus efficaces sont celles qui activent simultanément le mouvement, la coordination et l'attention et

>>

Deux nouvelles publications sur la prévention des chutes

Les chutes sont fréquentes en EMS. Pour les personnes qui en sont victimes, elles ont des conséquences graves sur leur état de santé. Pour l'entourage, elles représentent également une charge supplémentaire. Dès lors, les mesures servant à minimiser les chutes et leurs incidences font partie des principaux critères de qualité d'une institution.

Le Bureau de prévention des accidents (bpa) a élaboré, en étroite collaboration avec le Domaine spécialisé personnes âgées de Curaviva Suisse, deux nouvelles publications sur la prévention des chutes, axées sur la pratique professionnelle. Les publications sont parues en français et en allemand à l'automne 2013.

■ «La prévention des chutes dans les EMS. Guide pratique comportant un outil d'analyse et des informations spécialisées»: cette publication s'adresse aux dirigeants des EMS ainsi qu'à leurs responsables des pratiques professionnelles et de la qualité. Au moyen de l'instrument d'analyse et des informations spécialisées disponibles relatives aux critères de qualité, les responsables peuvent vérifier et optimiser les mesures de prévention des chutes mises en

place dans leur établissement ou en introduire de nouvelles. Le document facilite la conception et la rédaction de lignes directrices adaptées à l'institution, en matière de prévention des chutes.

■ «Mesures architecturales pour la prévention des chutes dans les EMS»: ces recommandations s'adressent aux promoteurs, concepteurs, maîtres d'ouvrage ainsi qu'aux services techniques des institutions. La brochure présente les standards actuels concernant l'infrastructure, permettant aux responsables d'examiner le niveau de sécurité existant dans leur établissement et d'acquérir les compétences nécessaires pour s'engager dans une commission de planification des travaux, par exemple.

Entre février et mai 2014, les 1200 délégués à la sécurité du Bureau de prévention des accidents suivent une formation spéciale sur les mesures architecturales. Ils seront ensuite à disposition pour soutenir les EMS, au besoin et sur demande.

Pour commander les publications: www.bpa.ch/fr

qui ont en même temps une dimension psychique: la danse, le tai-chi et la rythmique selon Jaques-Dalcroze.

Vous avez introduit à Bâle la rythmique Jaques-Dalcroze qui a fait ses preuves en matière de prévention des chutes. Il y a quelques offres à Berne, Zurich, Zoug, Schwyz et Genève. Pourquoi ne pas l'introduire plus largement en Suisse?

Parce que personne, apparemment, n'a un intérêt commercial à soutenir une telle offre. Ce n'est pas un médicament qui génère des bénéfices pour l'industrie pharmaceutique. De plus, la pratique de la rythmique exige une certaine qualité: elle a besoin d'espace, d'un piano, d'une monitrice formée à la rythmique Jaques-Dalcroze. C'est un investissement trop important.

Les chutes engendrent des coûts. Les caisses maladie ne peuvent pas rester indifférentes...

Oui, naturellement. La rythmique Jaques-Dalcroze diminue effectivement le risque de chute. La caisse de santé allemande AOK, dans le Bade-Wurtemberg, a testé un modèle de prévention des chutes ciblé et efficace auprès de 10 000 résidents en institution et épargné ainsi 800 000 euros. Rapporté à l'ensemble des établissements pour personnes âgées dans le Land, cela se traduit par une épargne annuelle de 37 millions d'euros. ●

Texte traduit de l'allemand

La rythmique selon Jaques-Dalcroze

Depuis plus d'un siècle, la rythmique selon Emile Jaques-Dalcroze occupe une place prépondérante dans l'éducation musicale des enfants, des adolescents et des adultes, en Suisse et dans 20 autres pays sur quatre continents. C'est aussi une activité physique régulière pratiquée avec succès par les personnes âgées ainsi que par les personnes souffrant de démence.

La rythmique Jaques-Dalcroze comprend des exercices multi-tâches dirigés par la musique et faisant appel aux capacités cognitives et motrices. Ils sollicitent simultanément l'équilibre, la marche et, par conséquent, la coordination, l'attention et la mémoire. Avec un accompagnement au piano, les professeurs de rythmique formées conduisent les participants à travers les exercices, en rythme et pas à pas. Elles adaptent le programme aux capacités physiques des seniors. Cette rythmique sensibilise les individus à leur être dans son entier, elle développe les perceptions et favorise la mobilité psychique et physique. Chez les personnes souffrant de troubles cognitifs, elle réduit l'agressivité et ouvre de nouvelles perspectives de rencontre et de communication. La rythmique Jaques-Dalcroze soulage l'entourage qui aide et qui soigne et diminue le stress.

Pour plus d'informations: www.dalcroze.ch

Une nouvelle culture de la mobilité

La prévention des chutes figure au catalogue de formation des EMS genevois depuis une quinzaine d'années, lorsque le Département de la santé et de l'action sociale (selon l'intitulé de l'époque), poursuivant des objectifs de santé publique pour la population âgée, a intégré à son projet de Planification sanitaire qualitative (PSQ) un programme de prévention des chutes. En 2003, à la fin du projet PSQ, convaincues de l'importance qu'il y avait à poursuivre cette action, la Haute école de santé (HEdS) et la Plateforme de formation de la Fédération genevoise des EMS (Fegems) ont repris les acquis du programme de prévention des chutes et ont mis en place un nouveau dispositif de formation dès 2006.

Dans une approche interdisciplinaire, ce dispositif de formation alterne entre des étapes de formation inter-EMS et les mises en pratique intra-EMS. Un «groupe de suivi et d'analyse de la pratique», réunissant les personnes-ressources «chutes» des différents établissements, doit ensuite permettre d'assurer la mise en commun et le partage des expériences sur la durée, au-delà de la formation à proprement parler.

Si les objectifs poursuivis restent les mêmes, à savoir, principalement, diminuer le nombre de chutes et de fractures et instaurer une culture de la prévention et du suivi des chutes, le dispositif de formation a évolué au fil des années, développant un nouveau paradigme, comme l'explique le physiothérapeute Pierre Bellemare, chargé d'enseignement à la HEdS, qui anime

des séquences de la formation: «Davantage que la prévention, nous mettons l'accent sur la promotion de la mobilité en tenant compte des paramètres bio-psycho-sociaux du résident.» Et parce que la mobilité – qui implique souplesse, force, endurance et équilibre – s'inscrit dans une vision globale et interdisciplinaire, d'autres intervenants sont étroitement associés au projet, proposant des approches complémentaires: ergomotricité, basse-vision ou nutrition. «En instaurant une culture de la mobilité au sein de l'EMS, poursuit Pierre Bellemare, nous souhaitons changer la représentation de l'EMS.» Et d'expliquer: qui dit mobilité, dit compression de la morbidité, par conséquent ambiance générale plus détendue et sécurité accrue au travail, et au final, meilleure image de l'EMS.

Depuis 2006, 231 professionnels ont été formés. Le projet se poursuit. Une nouvelle volée devrait démarrer à l'automne. Des réflexions sont en cours pour évaluer, notamment, l'impact des démarches qualité sur la formation, et faire l'inventaire des changements de pratiques et des mesures introduites au sein des établissements. Le point faible du projet reste encore cependant la traçabilité et le suivi des chutes: «Nous avons des retours positifs, mais nous manquons encore d'une base scientifique pour objectiver ces bonnes impressions», admet Catherine Guillod, chargée d'enseignement à la HEdS dans la filière soins infirmiers et coordinatrice de la formation pour la prévention des chutes depuis 2006. (amn)

Des mesures modestes permettent déjà de grandes économies d'énergie

Pour le bien de l'environnement et du portemonnaie

Nul besoin de gros investissements. Des mesures simples permettent déjà aux homes et institutions de faire des économies d'énergie, et de coûts par la même occasion. C'est ce qui ressort d'une analyse de l'efficacité énergétique de l'institution Frienisberg, sise à mi-chemin entre Berne et Bienne.

Daniel Vonlanthen

En 2009, pour sa seule facture d'électricité, le home Frienisberg a déboursé plus de 200 000 francs, auxquels s'ajoute un montant quasi équivalent pour les frais de mazout et de plaquettes de bois. Ces coûts énergétiques paraissent très élevés. Ils correspondent pourtant à la moyenne estimée pour une institution de cette taille avec un chiffre d'affaires annuel de 27 millions de francs.

L'établissement médico-social bernois accueille 250 résidents et emploie 360 professionnels. Propriété d'une coopérative, il est organisée sous forme de communauté qui comprend plusieurs maisons d'habitation, une exploitation agricole, une boulangerie, une lingerie, une boucherie, une jardinerie, un restaurant – 44 biens immobiliers au total.

Frienisberg est un village chargé d'histoire. En 1131, la congrégation des cisterciens a posé la première pierre du monastère dont le bâtiment central et le clocher sont encore conservés aujourd'hui au titre de patrimoine protégé.

L'établissement accueille des personnes qui ne sont plus en mesure de vivre en indépendance: personnes âgées, personnes handicapées, personnes avec des problèmes d'addiction. Grâce à sa taille imposante, l'institution dispose également d'ateliers d'occupation.

Il y a plus de quatre ans, la direction de l'établissement a décidé d'analyser dans le détail sa consommation d'énergie. Pour ce faire, elle a fait appel aux conseils des Forces motrices bernoises FMB. Elles proposent aux entreprises des programmes d'efficacité énergétique et conseillent diverses associations de branche sur les questions énergétiques, comme Curaviva Suisse. Baptisée «e-help», cette prestation est offerte sur l'ensemble de la Suisse.

Implication du personnel

Au service des FMB depuis trois ans, le conseiller en énergie Peter Iten est responsable des programmes d'efficacité. Il est intervenu à plusieurs reprises à Frienisberg pour les besoins de l'analyse. «L'efficacité énergétique n'est pas une action unique, mais une tâche qui s'inscrit dans la durée», affirme-t-il. Mais surtout, le personnel devrait être impliqué dans la démarche. «Sans quoi, l'économie d'énergie est vouée à l'échec.»

En règle générale, rien qu'en réajustant et en optimisant les équipements existants, il est possible de réaliser des économies d'électricité de l'ordre de trois à cinq pour cent.

En procédant à de petits investissements, qui s'amortissent sur un à deux ans, le taux d'économie d'énergie grimpe jusqu'à huit pour cent. Avec des investissements plus importants dans les installations et les bâtiments, il est possible de diminuer davantage encore la consommation d'énergie et, par conséquent, les coûts. A

Frienisberg, le conseiller en énergie a détecté d'importants potentiels d'économie dans le traitement de l'eau chaude sanitaire, dans l'utilisation des rejets de chaleur des installations frigorifiques industrielles, dans l'éclairage, dans les systèmes de ventilation, dans le chauffage et la répartition de la chaleur. Au total, son analyse a permis d'identifier des potentiels d'économie de quelque 23% dans la consommation d'énergie thermique et de

«L'efficacité n'est pas une action unique; elle s'inscrit dans la durée.»

>>

Les EMS zurichoises dans la Société à 2000 Watts

Les EMS zurichoises participent au projet Société à 2000 Watts

La Ville de Zurich s'est engagée à poursuivre les objectifs de la Société à 2000 watts et à assurer la gestion de ses propres immeubles selon les principes de l'efficacité énergétique. Les 25 EMS de la ville en font partie. Un service d'optimisation énergétique de l'exploitation effectue les relevés de consommation et forme les concierges et le personnel. Grâce à des interventions techniques sur l'exploitation des bâtiments, tels que la baisse de l'énergie de chauffage durant la nuit, les économiseurs d'eau et les concepts d'éclairage, des économies substantielles ont déjà pu être réalisées ces dernières années, confirme Barbara Hohmann Beck, directrice adjointe des EMS de la Ville de Zurich.

8% dans la consommation d'électricité. Coûts de l'investissement nécessaire: un peu plus d'un million de francs.

Pour atteindre son objectif – diminuer, à long terme, sa consommation d'énergie de 50 à 60% – l'institution de Frienisberg ne pourra pas échapper à un vaste programme d'assainissement de ses bâtiments. Et pour les responsables du home, le moment n'est finalement pas si mal choisi. Ils pourront en effet profiter de l'important chantier de construction qui était de toute façon planifié pour y associer ces nouveaux objectifs. Le projet de nouvelle construction devisé à 40 millions de francs n'avait pas une priorité énergétique mais stratégique: le développement des logements communautaires et l'agrandissement de l'espace de vie des résidents. L'institution a donc aussi l'occasion de concrétiser ses objectifs ambitieux en termes d'efficacité énergétique: les grandes surfaces en toiture seront exploitées pour l'énergie solaire, aussi bien thermique qu'électrique. L'institution pourrait couvrir une part importante de la charge de base avec le courant d'origine solaire. L'exploitation agricole doit être affermée dès 2015. Ces coûts d'énergie disparaîtront.



Des mesures pratiques et faciles à appliquer

En plus de ces grands travaux, diverses mesures plus modestes, proposées par Peter Iten, peuvent favoriser une consommation plus responsable et par conséquent plus parcimonieuse de l'énergie. Il s'agit pour la plupart de recommandations pratiques et faciles à appliquer, par exemple:

Les EMS paient aussi la taxe sur le CO₂

Le conseiller des FMB Peter Iten et son équipe sont actifs dans toute la Suisse. Avec leur analyse d'efficacité, ils aident les gros utilisateurs à diminuer leur consommation d'énergie et, par conséquent, à réduire leurs frais. Le département de conseil en énergie des FMB est autorisé par l'Office fédéral pour l'énergie et par l'Office fédéral pour l'environnement à formuler pour ses clients des objectifs de réduction des émissions de CO₂. Dans cette fonction, il conseille également les entreprises pour obtenir le remboursement de la taxe CO₂ sur l'énergie thermique. Les entreprises énergivores peuvent être exemptées de la taxe sur le CO₂ pour autant qu'elles s'engagent à participer à réduire leurs émissions de gaz à effet de serre. Un tiers des recettes de la taxe sur le CO₂ – maximum 300 millions de francs – est réaffecté dans le programme des bâtiments pour promouvoir

l'assainissement énergétique et les énergies renouvelables, et 25 autres millions vont chaque année au fonds technologique. La loi et l'ordonnance sur le CO₂ règlent les mesures concrètes permettant de diminuer les émissions de gaz à effet de serre. A partir de 2016, la Confédération doit régulièrement rendre compte des objectifs et des effets des prescriptions en la matière. Le Conseil fédéral peut augmenter la taxe sur les énergies fossiles. Depuis le début de cette année, les entreprises s'acquittent d'une taxe de 60 francs par tonne de CO₂. Le parlement définit toute une série d'entreprises et de branches qui sont exemptées de la taxe sur le CO₂ (blanchisseries, industrie horlogère et industrie alimentaire, hôtellerie et autres). «Les homes et les institutions ne sont pas exemptées de la taxe», affirme Peter Iten.



Le directeur Paul Hirsiger (à gauche) et le conseiller en énergie Peter Iten devant la maquette du projet de nouvelles constructions Vignoni. Sur la photo de gauche, le centre historique de Frienisberg avec l'ancien cloître.

Photo: Iva Krüttli, FMB

- Taux de remplissage à 100% au moins de toutes les machines à laver.
- Eteindre les Secomat le dimanche.
- Changer de place les équipements frigorifiques.
- Brancher le lave-vaisselle de la cuisine du restaurant sur le réseau d'eau chaude (la machine était raccordée à tort sur le réseau froid nécessitant de chauffer l'eau à chaque rinçage).

Entre-temps, la direction de l'institution a mis en place quelques-unes des mesures proposées. Paul Hirsiger, directeur depuis 2010, s'engage personnellement pour faire avancer le programme d'assainissement: «Nous sommes responsables de l'énergie dont nous avons besoin.» Paul Hirsiger entend appliquer à la lettre les recommandations, indépendamment du fait de savoir si le canton et la Confédération vont un jour verser pour cela une subvention. Il a été particulièrement impressionné par «la diversité des possibilités» qui sont ressorties de l'analyse d'efficacité.

Les premiers changements sont visibles

Afin de rassembler derrière lui ses responsables, Paul Hirsiger a développé une stratégie environnementale et écologique que

le conseil d'administration a entre-temps approuvée. Les premiers changements sont visibles: le premier détecteur de présence – un appareil pour économiser sur les coûts d'éclairage – a été installé devant la porte du bureau du directeur. Depuis octobre 2013, la boulangerie dispose d'un nouveau four modulaire nettement moins gourmand en énergie. Les ventilations ont été remplacées, les heures d'exploitation optimisées. Les logements ont été équipés de fenêtres à isolation thermique.

Un programme d'automatisation des meubles est en cours et une maison d'habitation a été entièrement dotée d'ampoules LED. Au final, Frienisberg ne sera pas seulement un modèle en matière d'efficacité énergétique. Les nouvelles constructions vont se fondre avec le cloître, la place, l'auberge, les granges, l'étang et le chemin panoramique pour donner

naissance à un nouveau Centre Frienisberg. Un pari ambitieux et passionnant pour l'équipe du bureau zurichois d'architecture, emmenée par Ana Sofia Gonçalves et Stephan Hausheer. ●

«Nous sommes responsables de l'énergie dont nous avons besoin.»

Texte traduit de l'allemand

Actualités

Suisse

Nouveau comparatif des EMS suisses

Les EMS occupent une place centrale dans le paysage de la santé en Suisse. En 2012, on dénombrait 1558 EMS ayant accueilli plus de 140000 personnes. Ces établissements ont généré des coûts de près de neuf milliards de francs, la plus grande partie étant consacrée aux soins et à l'hébergement (y compris les repas). Pour la première fois, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publie les «Chiffres clés des homes médicalisés suisses», qui permettront de comparer les établissements entre eux. Quarante-neuf chiffres clés y transcrivent notamment le nombre de patients hébergés dans chaque EMS et la durée d'un séjour moyen par établissement. Les données portent également sur le personnel à disposition par place d'hébergement et sur la part de personnel soignant spécialisé par rapport à tous les employés. La publication fournit également les chiffres concernant les coûts d'une journée dans l'institution, l'intensité des soins ou encore le résultat d'exploitation. Les chiffres recensés fournissent des indications pertinentes du point de vue des soins et relevant de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Ils se basent sur les données de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED) que l'OFSP collecte chaque année. Conçue comme un outil destiné aux acteurs du système de santé, cette publication peut aussi servir aux patients et à leurs proches pour s'informer. Elle instaure plus de transparence dans un domaine amené à prendre davantage d'ampleur. Plus d'informations sur www.bag.admin.ch > actualités. (Source: OFSP)

Suisse romande

Genève

Les personnes âgées en EMS n'ont souvent pas le même avis que leurs proches ou les médecins quand vient la maladie. Même lorsqu'ils ont toutes leurs facultés, les résidents en EMS ne souhaitent pas être soignés en milieu hospitalier s'ils sont, par exemple, atteints d'une pneumonie aiguë. La plupart préfèrent être traités en EMS, et certains expriment le désir qu'on les laisse mourir en paix, sans douleur. Leurs proches, les infirmières et les médecins sont en revanche davantage attirés par une prise en charge à l'hôpital et connaissent mal l'avis des principaux intéressés sur leur propre état de santé. Ces constats sont tirés de l'étude «Attentes de soins en fin de vie», réalisée par la Commission santé de l'Université du troisième âge (Uni3), publiée sous forme de brochure.* Réalisée par six enquêteurs, cette étude se fonde sur des entretiens menés avec douze résidents, avec leurs personnes de confiance, leurs infirmières et leurs médecins. L'âge moyen des résidents était de 81,5 ans, tous capables de discernement. Les auteurs de l'étude mettent cependant en garde sur les conclusions trop hâtives sur l'ensemble des personnes âgées qui seraient tirées de l'étude. Notamment parce qu'elle ne porte que sur douze cas. Lors d'une conférence d'Uni3, des questions similaires ont été posées aux participants (moyenne d'âge 72 ans). L'hospitalisation a été choisie par une proportion bien plus importante, y compris en cas de démence. A consulter sur www.unige.ch/uni3/Commission/Publications.html

(Source: Tribune de Genève)

Curaviva Suisse

L'éthique au cœur des débats

Pour la sixième année consécutive, Curaviva Suisse organise une Rencontre romande d'une journée sur une problématique concernant les institutions qui accueillent des personnes âgées. Cette année, l'éthique sera au cœur des débats. Face à la hausse de la pression exercée sur les coûts et l'augmentation des procédures qui mènent inexorablement à un accroissement de la charge en travail administratif, comment parvenir à gérer les défis éthiques auxquels les institutions médico-sociales sont confrontées actuellement? La Rencontre romande propose des points de vue philosophiques sur les questions éthiques majeures en lien avec les EMS et le grand âge. Les réflexions et travaux réalisés par les conseils d'éthique de Suisse romande seront présentés, ainsi qu'une approche méthodologique pour mettre en pratique l'éthique au quotidien. Plus d'informations: www.offresdeformation.curaviva.ch/fr.

Rencontre romande, 3 avril 2014, 9h00 à 17h00, Congrès Beaulieu, Lausanne

Annonce



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



Visitez le programme de formation 2014:
www.arc-en-jeu.ch

Informations DS personnes âgées

Les offres du DS personnes âgées

Le Domaine spécialisé personnes âgées a beaucoup à offrir. Nous organisons des congrès et séminaires, nous éditons des cahiers thématiques, check-lists et brochures, avec des contenus d'actualité importants et intéressants. Nous avons des spécialistes dans le domaine de la gestion d'entreprise et du droit, qui travaillent sur les instruments de gestion d'entreprise, les tarifs et taxes et les contrats. Nous proposons une hotline pour traiter des questions juridiques relatives au droit du travail, aux assurances sociales, au droit de la protection de l'adulte et pour répondre à bien d'autres préoccupations encore.

Vous trouverez de nombreuses informations sur notre site internet www.curaviva.ch, sur les dossiers thématiques, les instruments de travail, notre activité politique et les projets que nous menons. Les études que nous mandatons sont également publiées sur internet.

Afin que les personnes intéressées aient un aperçu de tout ce que le Domaine spécialisé personnes âgées propose, nous avons réuni nos offres dans un flyer, disponible au format PDF sur notre site www.curaviva.ch. → Infos spécialisées → Projets

Benno Meichtry – Nouveau collaborateur du DS personnes âgées

Benno Meichtry (1963) habite Agarn, dans le Haut-Valais. Il est marié et père de deux enfants adolescents. Il a terminé sa formation de base d'infirmier diplômé en soins généraux il y a près de 30 ans. Par la suite, il a suivi diverses formations postgrades: diplôme d'infirmier de santé publique, diplôme de gérontologue, enseignant en soins infirmiers, ainsi que CAS en management. Il est également formateur à la méthode de la validation selon Naomi Feil et chargé de cours pour la formation au modèle de soins selon Böhm.

Son parcours professionnel l'a conduit dans le secteur hospitalier, dans l'aide et les soins à domicile, à la Haute école santé-social du Valais, et durant plusieurs années dans le

domaine des soins de longue durée, comme responsable d'unités de vie spécialisées dans la démence et responsable du service des soins.

Ces derniers deux ans et demi, il a œuvré en qualité d'infirmier diplômé en santé publique au service de la santé du canton du Valais.

Depuis le 1^{er} février 2014, Benno Meichtry complète ainsi l'équipe du Domaine spécialisé personnes âgées, apportant sa longue expérience et ses connaissances acquises au cours des années dans le domaine des soins et de la gérontologie.

Il succèdera à Christoph Schmid qui prendra une retraite bien méritée à fin août.

L'équipe du DS personnes âgées se réjouit de cette collaboration avec Benno Meichtry et lui souhaite la bienvenue.



Dr. Markus Leser
Responsable DS personnes âgées

Actualité

Manifestation

Rencontre Romande

Ethique en EMS: quels défis actuels?
3 avril 2014 à Lausanne

Nouvelles publications

«Prévention des chutes dans les EMS»

bpa – documentation spécialisée 2.120

«Mesures architecturales pour la prévention des chutes dans les EMS»

bpa – documentation spécialisée 2.103

Les deux publications peuvent être commandées directement auprès du bpa, sur <http://www.bfu.ch/fr/commander/tout>

Divers

Nouvelles informations en continu

Etudes – études achevées sur des thèmes divers
www.curaviva.ch/etudes

Dossiers thématiques – Informations de fond sur des thèmes spécialisés et d'actualité politique
www.curaviva.ch/dossiers

Instruments de travail – Aide et documentation pour le travail quotidien
www.curaviva.ch → Instruments de travail



ABACUS 
version internet

Logiciel de gestion intégré pour EMS

ABACUS Business Software AbaProject

- > Base personnalisée des résidents
- > Tarifs des soins selon le système d'évaluation BESA, RAI
- > Saisie des soins, frais et absences
- > Scan des codes-barres pour les soins, les achats de médicaments et de matériel
- > Regroupement des charges par nature, sections et centres de frais selon la LAMal, l'OFAS et les exigences cantonales
- > Statistiques SOMED
- > Interface pour la documentation des soins
- > Intégration parfaite dans la Comptabilité des salaires, GPAO, Gestion du matériel, Facturation, Comptabilité analytique avec saisie unique des données

www.abacus.ch

 **ABACUS**
business software