

**Parkinson:  
découverte majeure**

(page 25)

Edition 1 | 2016

**CURAVIVA**

Revue spécialisée Curaviva

Association des homes et institutions sociales suisses



## **Autour du repas**

Les nouveaux défis de la restauration en EMS



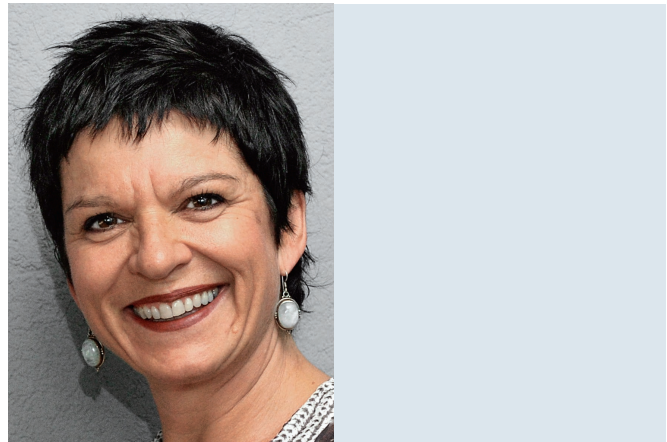
**Du neuf avec de l'ancien au Centre de soins Tharad:  
Girsberger y a rénové plus de 300 sièges.**

Les sièges du Centre de soin Tharad à Derendingen avec leur capitonnage déformé et leur structure abimée après des années d'utilisation étaient devenus très inesthétiques. En outre, le coloris des sièges ne convenait plus au nouveau concept d'aménagement.

Girsberger, fabricant de tables et de sièges, est également expert dans la rénovation de mobilier existant. Dans un premier temps, un siège échantillon a été sablé, laqué trois fois et rembourré à neuf. Le résultat a été convaincant et le centre de soins a passé commande pour la remise à neuf de 277 chaises et 34 fauteuils à dossier haut. Durant la restauration, Girsberger a mis à disposition des sièges de remplacement.

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

«Sortez de vos cuisines et allez à la rencontre des résidents!»



Anne-Marie Nicole  
Rédactrice

## Editorial

«Beaucoup de gens pensent qu'être cuisinier en EMS, c'est la bonne planque. Ils se trompent!» Parole de chef. En l'occurrence celle de Xavier Bats, chef de cuisine à la Fondation La Rozavère, qui a travaillé auparavant avec les plus grands cuisiniers et qui peut aussi se prévaloir d'une bonne expérience dans le domaine de la restauration collective. Il se bat contre cette image erronée du cuisinier. Quand on l'interroge sur ce qui fait, justement, la complexité et la spécificité du métier de cuisinier en EMS, ainsi que sur sa responsabilité et son rôle au sein de l'équipe interdisciplinaire et auprès des résidents, il est intarissable. On comprend alors que sa mission ne se limite pas à ce qui bout dans ses marmites. Dans cette édition, il détaille avec enthousiasme la démarche d'alimentation durable dans laquelle son établissement est engagé depuis peu et qui bouscule certaines habitudes.

On le sait bien: l'acte de manger va bien au-delà de la nécessité de couvrir un besoin physiologique. La convivialité, l'esprit de sociabilité et le plaisir des sens qui entourent les moments du repas importent tout autant, parfois même davantage, que le contenu de l'assiette. Mais le rôle de la cuisine et, dans un sens plus large, celui de la restauration, va plus loin encore. Markus Biedermann, chef de cuisine et gérontologue, parle, lui, de restauration «animante», quand elle devient prétexte à des activités, parfois anecdotiques, mais ô combien efficaces et appréciées des résidents. Fervent défenseur d'une cuisine inventive et chaleureuse, il redouble chaque jour d'imagination pour séduire les résidents et les inciter à manger même quand l'appétit n'y est plus. «Sortez de vos cuisines et allez à la rencontre des résidents!», lance-t-il alors à ses collègues pour qu'ils fassent de même.

Jusque-là, on connaissait les ateliers de cuisine et les séances d'épluchage de légumes. Aujourd'hui, les démarches de développement durable dans lesquelles nombre d'EMS sont engagés ouvrent de nouvelles opportunités à cette restauration «ani-

mante»: production de confitures maison, rencontre avec les producteurs de la région, remise au goût du jour de recettes d'antan, entretien d'un potager bio ou aménagement d'un poulailler qui sert d'atelier thérapeutique, qui contribue au recyclage des biodéchets et qui constitue un trait d'union social et intergénérationnel avec le voisinage. Les exemples ne manquent pas pour montrer que la restauration en EMS a, certes, pour mission de nourrir le corps, mais qu'elle a aussi toute sa place au cœur des maisons pour animer le quotidien, stimuler les envies et contribuer à la qualité de vie. ●



# L'origine compte

## Savourer sans arrière-goût.

Nous ne nous contentons pas de penser – nous vous offrons aussi un vaste assortiment de produits écologiques et durables, avec ou sans label. Ensemble durablement.

### Proche et sympa.

Pistor AG | Chavornay | Tél. 024 447 37 37 | [info@pistor.ch](mailto:info@pistor.ch) | [www.pistor.ch](http://www.pistor.ch)

***pistor***  
en marche depuis 1916 **100**

## Soyez créatifs!



06

## Alimentation durable



19

## Parkinson: avancée prometteuse



25

### Sommaire

Gros plans sur le contenu de cette édition

### Autour du repas

#### Une cuisine inventive pour stimuler l'appétit

Markus Biedermann, chef de cuisine et g erontologue, porte un regard critique sur la restauration du care telle qu'elle est pratiqu e aujourd'hui.

6

#### Regard  thique sur la vie, la mort et l'alimentation

Quand la vie d'un humain touche à son terme, les soignants s'interrogent. Aussi sur l'alimentation.

11

#### Alimentation et soins palliatifs

Avant la mort, l'organisme commence à ralentir ses fonctions et souvent, le corps ne supporte plus de s'alimenter.

16

#### Développement durable dans les EMS

Le canton de Vaud a lancé une stratégie pour promouvoir les produits locaux et de saison dans la restauration collective. Les EMS s'engagent.

19

#### Une charte pour mieux manger et moins jeter

En France, une charte nationale invite les institutions pour personnes âgées à s'engager dans le développement durable.

21

#### La santé bucco-dentaire

Une mauvaise hygiène buccale peut avoir de graves répercussions sur la qualité de vie et la santé. Les professionnels se mobilisent.

23

### Médecine

#### Découverte sur la maladie de Parkinson

Selon une nouvelle hypothèse, la maladie de Parkinson pourrait être décelée bien avant les premiers symptômes. Une découverte qui ouvre la porte à de nouveaux traitements.

25

### Loisirs

#### Des vacances sans souci

Des vacances à l'hôtel pour les personnes à mobilité réduite, avec des prestations de soins et d'accompagnement.

28

### Actualités

30

Photo de couverture: préparation à base d'oeuf, tirée du livre de recettes «smoothfood» de Markus Biedermann, Sandra Furer-Fawer et Herbert Thill, paru aux  ditions Lambertus. Toutes les photos du dossier sur la restauration sont extraites de ce livre. Elles ont été prises par la photographe allemande Katharina Jaeger.

### Impressum



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

Editeur: CURAVIVA – Association des homes et institutions sociales suisses, 2016, 8<sup>e</sup> 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.  
A collaboré à ce numéro: Paola Mori  
Rédaction alémanique: Beat Leuenberger (leu), rédacteur en chef, Urs Tremp (ut), Claudia Weiss (cw)  
Correction: Stephan Dumartheray  
Traduction: Anne-Marie Nicole  
Annonces: Ringier Axel Springer Suisse S.A, Zurich, tél. 043 444 51 05, e-mail markus.haas@fachmedien.ch  
Graphisme et impression: AST & FISCHER AG, 3084 Wabern (mise en page Susanne Weber)  
Abonnements (non membres): abo@curaviva.ch; CHF 60.– par année, 4 parutions  
Tirage: 1000 exemplaires  
ISSN 1663-6058

## Une cuisine inventive et chaleureuse pour stimuler les appétits

# «Bonheur et plaisir jusqu'au bout»

Sortez de vos cuisines et allez à la rencontre des résidents! C'est l'appel que lance Markus Biedermann\*, chef de cuisine et gérontologue, aux cuisiniers des EMS. Chaque jour, ils doivent faire preuve de davantage de créativité pour réveiller les envies et les papilles de leurs hôtes.

Propos recueillis par Beat Leuenberger

**Monsieur Biedermann, vous portez un regard critique sur la restauration du care, telle qu'elle est pratiquée dans de nombreuses cuisines d'EMS. Qu'est-ce qui lui manque? Qu'est-ce qui ne fonctionne pas?**

**Markus Biedermann** – Je constate toujours la même chose: le manque de proximité avec les résidentes et résidents et le peu d'intérêt qui leur est témoigné. La mission première des cuisiniers n'est pas de se consacrer à leur réalisation personnelle dans la restauration du care. Nous vendons notre temps de travail et les résidents des EMS paient pour que nous fournissions des prestations durant ce temps-là. Nous sommes des prestataires.

**Quels sont les points que vous critiquez? Que devrait-on changer?**



\* Markus Biedermann est chef de cuisine diplômé et gérontologue SAG (école de gérontologie appliquée). Depuis plus de vingt ans, il travaille sur les interfaces entre gérontologie et alimentation.

La planification des menus se déroule encore et toujours dans les bureaux des cuisiniers alors qu'elle devrait être établie avec les personnes qui sont expertes en la matière: les résidents. Ils disposent à ce propos d'un incroyable trésor de connaissances qui vaut la peine d'être préservé. Les cuisiniers devraient s'y intéresser de plus près. On n'y arrive pas toujours, mais c'est essentiel.

**Les cuisiniers ont-ils seulement le temps de quitter leur cuisine?**

Oui, naturellement. Ils devraient probablement examiner attentivement leur cuisine pour voir quels sont les processus de travail qu'ils pourraient améliorer. Le plan des menus est pour moi un outil d'organisation de premier ordre. En tant que cuisinier, je dois y investir du temps pour bien organiser le travail de mes collaborateurs. Et je dois aussi motiver les résidents pour qu'ils me fassent part de leurs attentes, de leurs besoins et de leurs désirs. Pour moi, mais aussi pour l'institution, leur collaboration est précieuse.

**«Les résidents ont un trésor de connaissances qui vaut la peine d'être préservé.»**

**Une bonne organisation et des processus de travail allégés suffisent-il à dégager suffisamment de temps et d'espace pour se consacrer davantage aux résidents?**

Sans aucun doute. Jusque-là, à nulle autre place de travail je n'ai eu davantage de temps à disposition. Dans les établissements où j'étais responsable, il était évident pour moi d'aller à la rencontre des résidents. Je ne pensais pas que c'était à eux de venir vers moi. Je trouve plus efficace de rencontrer les gens dans leur environnement, là où ils sont chez eux et se sentent

## Repas mixés à l'honneur

«Repas mixés. Entre tradition et gastronomie». Tel est le titre de ce nouveau livre de cuisine proposant quelque 180 recettes, à paraître courant avril. Son auteur, Laurent Gaillot, est chef cuisinier depuis 18 ans à l'Hôpital neuchâtelois La Chrysalide, un centre de référence pour les soins palliatifs à La Chaux-de-Fonds. Son but est de «susciter l'envie de voir la cuisine mixée en tant que mode d'alimentation à part entière, associant nutrition et plaisir de la table». Fruit de deux ans de travail, l'ouvrage est richement illustré, apportant la preuve que le temps est bel et bien révolu où l'on servait des assiettes avec trois tas de purées monotones et insipides, virant invariablement à une couleur brunâtre peu appétissante en se mélangeant. Au fil des pages, les recettes traditionnelles du quotidien côtoient donc

allégrement les plats de fête, dans des présentations qui avivent aussi bien le plaisir des yeux que des papilles. «Et le plaisir du cuisinier», ajoute Laurent Gaillot. Car c'est bien aux cuisiniers des EMS et autres institutions que son ouvrage s'adresse principalement. Il est aussi un hommage rendu à une résidente pour qui il a cuisiné des plats mixés durant huit ans...

---

«Repas mixés. Entre tradition et gastronomie», Laurent Gaillot. Le livre est financé par la Fondation La Chrysalide pour les soins palliatifs avec le soutien de l'Hôpital neuchâtelois. [www.chrysalide.ch](http://www.chrysalide.ch)

---

en sécurité. Je suis toujours frappé de constater que, tous ensemble, nous n'avons toujours pas trouvé la façon de nous intéresser davantage aux personnes qui vivent en EMS.

### Aux personnes qui sont en fin de vie?

Oui, car si elles viennent en EMS, c'est qu'elles sont dans la dernière étape de leur vie. En tant que cuisinier d'EMS, je sais bien que les besoins en soins ont considérablement augmenté et que de nombreux résidents ne sont chez nous que pour une courte période. Le fait que nous ne prenions pas davantage de temps pour ces personnes dont nous devons prendre soin, à tous les niveaux, m'interpelle. Bien sûr, jusqu'à ce que nous arrivions à cuisiner au chevet des personnes souffrant de démence, le chemin est encore long et semé d'embûches: le manque de temps, les imprévus qui perturbent le travail de soignants déjà surchargés, l'incompréhension mutuelle entre les professionnels...

### Serait-il utile de développer un concept impliquant toutes les parties prenantes afin que les uns et les autres ne se gênent pas dans leur travail?



Fingerfood: sticks de céleri-branche

Oui et non. La vie en EMS ne s'organise pas uniquement autour de concepts. Nous n'avons pas le temps de tout traduire en longues planifications. Nous devons utiliser les minutes que nous arrivons à glâner ça et là pour entreprendre des actions ou des activités plus spontanées. Mais effectivement, nous avons aussi besoin de nous reposer sur une compréhension commune du travail.

---

**«Quand je cuisine pour des personnes âgées, j'ai à l'esprit leur biographie alimentaire.»**

---

### Entreprendre quelque chose quand on n'a que quelques minutes à disposition demande une grande flexibilité. Cela ne se planifie-t-il donc pas?

Bien sûr, on peut planifier beaucoup de choses, par exemple aller régulièrement cuisiner dans les unités de vie. Mais parfois on peut aussi simplement se dire: maintenant j'ai un peu de temps, je prends les fruits et je vais dans une unité de vie pour préparer des jus de fruits frais. On devrait pouvoir prendre cette liberté. C'est pourquoi le concept général de soins «animants» me tient particulièrement à cœur depuis des années. Et on peut aussi développer une restauration «animante» qui favorise l'échange et donc la compréhension commune de notre mission. L'essentiel est de rester attentif et d'essayer de tirer le meilleur de toute situation. «Il faut donner au corps quelque chose de bon pour que l'âme ait envie d'y habiter», disait Winston Churchill. J'y crois aussi.

### Comment donner quelque chose de bon au corps quand on ne peut plus rien mâcher? Les purées semblent déplaire à nombre de personnes. Qu'en pensez-vous?

Mon principe est le suivant: si je prépare un repas mixé que je ne pourrais pas présenter au président de la Confédération, alors je suis un cuisinier médiocre. Bien préparé, un repas même mixé, doit être de très grande qualité. Tout le reste ne compte pas pour moi. Un collègue et ami, Markus Gübelin, cuisinier chef d'un EMS, a concocté pour ses clients – des résidents et leurs proches – un repas de Noël entièrement mixé, une cuisine «smooth food» magnifique, comme pour dire: chères familles, même si un jour votre papa ou votre maman ne va plus très bien, il ou elle aura toujours quelque chose de bon à manger. Cette démonstration m'a beaucoup impressionné.

>>

**C'est difficile de confectionner des repas mixés qui soient appétissants et goûteux.**

Non, c'est une exigence normale.

**De nombreux cuisiniers ne s'y conforment pas.**

Oui, mais ce n'est pas la bonne attitude. Comme cuisinier, je dois être créatif, surtout pour des personnes qui vivent en EMS, pour les résidents, minoritaires, qui ont besoin de préparations mixées. Les cuisiniers qui ne se donnent pas cette peine ont, à mon avis, aussi peu de plaisir à cuisiner que ceux qui négligent la cuisine végétarienne, que ce soit au restaurant ou dans les institutions. Soyez imaginatifs, tentez tout ce qui est possible de faire: voilà mon message. Il ne s'agit pas ici de faire une cuisine moderne raffinée, mais de proposer des plats adaptés aux résidents, qui réveillent leurs souvenirs. Lorsque je cuisine pour des personnes âgées, je garde toujours à l'esprit leur biographie alimentaire. C'est essentiel.

**L'alimentation ne se mesure pas seulement aux préférences et à l'esthétique de l'assiette, mais aussi en apports caloriques et nutritifs. Comment les cuisiniers s'assurent-ils que les résidents ne souffrent ni de carences alimentaires ni de dénutrition?**

Je peux vérifier la dénutrition ou l'excès d'alimentation avec la balance. Elle indique le poids corporel et je peux calculer l'indice de masse corporelle. C'est clair et net. Mais l'indice de masse corporelle ne me dit pas si quelqu'un souffre de carences alimentaires. Les cuisiniers doivent donc bien réfléchir aux nutriments, vitamines, protéines qu'ils mettent à disposition des résidents. Seules les analyses de sang permettent de savoir s'il n'y a pas de carences à ce niveau-là.

**Vous attendez des cuisiniers qu'ils soient créatifs non seulement pour les mets, mais aussi pour les boissons. Pouvez-vous donner des exemples?**

Pour les boissons, l'objectif est le même que pour les repas préparés dans les unités de vie: faire plaisir aux gens. Je peux stimuler leur envie, par exemple, en pressant des fruits frais devant eux. Je ne leur sers jamais un grand verre, mais un petit gobelet, qu'ils peuvent vider d'un trait. Ainsi j'ai peut-être la chance de les voir en boire un deuxième. Autre exemple: lorsque c'est la saison des herbes fraîches qui poussent dans le jardin, je les infuse et j'en fais un thé glacé auquel je donne le nom de la résidente qui m'aura éventuellement donné la recette. J'invite ensuite les autres personnes à goûter. Les gens apprécient, même ceux qui souffrent de troubles cognitifs. Ils sont heureux. Pour autant que j'agisse avec le cœur.

**Pourquoi est-il nécessaire d'inciter les personnes âgées à manger et à boire?**

Avec les limitations fonctionnelles, les maladies chroniques, la multimorbidité, les problèmes d'alcool et les addictions, les personnes âgées n'ont souvent plus de plaisir à manger ni à boire. Mais l'isolement social est à mes yeux la raison première qui explique qu'elles n'ont plus envie de manger.

**«Il est important de manger en société; le repas fait partie du vivre ensemble.»**



Repas mixé: salade de concombre

**Comment les institutions peuvent-elles lutter contre cet isolement social de leurs résidents?**

En développant avec eux et avec les collaborateurs un concept de restauration qui prévoit, par exemple, suffisamment de temps pour le repas. En confiant l'accompagnement au repas à des personnes autres que des soignants, qui peuvent se consacrer entièrement à ce temps du repas et offrir un supplément d'animation et de convivialité. Les résidents ont ainsi le temps de manger, de savourer le repas, confortablement et sans stress.

**Lors de vos conférences, vous critiquez les établissements qui exploitent encore des salles à manger que vous appelez des «halles d'enregistrement». Votre conception est**

**plutôt celle de restaurants internes à l'établissement, ouverts toute la journée. Est-ce de la responsabilité des cuisiniers d'EMS de développer de telles approches?**

Naturellement. Pour commencer, j'ordonnerais de maintenir toujours ouvertes les portes des salles à manger. Imaginez que chez vous vous soyez obligé d'attendre que votre femme vous ouvre la porte de la salle à manger! En outre, les cuisiniers ont la possibilité de transformer les salles à manger, là où elles existent encore, en «restaurants». Déjà rien que le changement de nom permet une tout autre association d'idée et appelle une autre attitude aussi. Mais je continue de penser que la grande salle à manger est un modèle dépassé. Aujourd'hui, de plus en plus souvent, les résidents mangent dans les unités de vie, en petits groupes. Il est en effet plus sage de partager le repas dans un cercle plus restreint. Pour moi, il est important de manger en société. Le repas fait partie du vivre ensemble.

**Selon votre approche, la biographie alimentaire joue un rôle important. Pourquoi?**





Purée: fraîcheur de carotte et pomme

Quand je prépare le plan des menus avec les résidents, je touche à leur histoire de vie. En EMS, je collabore encore avec des gens qui sont nés entre 1920 et 1930. Ils ont été habitués à un autre panier d'aliments que le nôtre. On croit toujours que la génération des «filets en croûte» est déjà en EMS. C'est faux. Il faudra attendre encore un peu avant qu'elle arrive. Il faut le savoir. Il suffit d'interroger les résidents et de prêter attention à ce qu'ils nous disent, pour découvrir qu'ils ont des préférences bien différentes des nôtres.

#### Lesquelles par exemple?

Elles sont relativement simples. Il s'agit généralement de ce qu'ils avaient l'habitude de manger à la maison. Et ils ont souvent des histoires à raconter en lien avec leurs plats préférés. Pour les résidents qui sont aujourd'hui en EMS, le riz Casimir tient toujours la vedette. Mais les jeunes cuisiniers ne connaissent pas ça. C'est pourtant une spécialité suisse qui avait beaucoup marqué les esprits à la fin des années 1950 et c'est resté un grand classique. Le riz Casimir et le toast Hawaii étaient des valeurs sûres. Et ceux qui veulent tout mettre en croûte, à la «Betty Bossi», sont les prochains à venir en EMS.

#### Avez-vous le sentiment que la jeune génération des cuisiniers ne veut pas se ridiculiser, se disqualifier avec un toast Hawaii, un riz Casimir ou une croûte dorée?

Peut-être bien. J'ai mis très longtemps avant d'oser servir un cervelas pour le repas du soir. Pourtant, c'est ce que les gens aiment. Ça, je l'ai compris quand je travaillais dans un EMS à Münchenbuchsee. Chaque dernier vendredi du mois, on laissait les résidents faire les courses eux-mêmes pour leur repas du samedi. C'est à cette époque que j'ai noté ce dont ils avaient vraiment envie.

#### Ce n'était pas ce que vous pensiez?

Non. Une fois, j'avais dit dans une interview que je me réjouirais le jour où les résidents en EMS demanderaient à manger du jambalaya et du couscous. Nous en sommes encore loin. Je cuisine pour des personnes âgées et non pour les proches qui pensent que le menu doit être celui d'un cinq étoiles, parce que le séjour en EMS coûte 8'000 francs par mois. Non, nous devons cuisiner des mets que les résidents apprécient. Voilà pourquoi c'est important de leur demander ce qu'ils veulent. Le dimanche, par exemple, ils mangent volontiers un rôti. Pas un autre jour. Sur la carte des menus, il n'y a pas de rôti du lundi, du mardi ou du mercredi. Mais le rôti du dimanche. Qui est servi le dimanche.

---

**«Nous devons cuisiner des mets que les résidents apprécient.»**

---

#### Les cuisiniers en EMS sont confrontés au manque de ressources pour réaliser tout ce que vous suggérez.

Etonnamment, dans ma pratique, j'ai toujours trouvé du temps pour réaliser mes projets et mes idées en faveur d'une cuisine d'établissement actuelle et adaptée aux résidents. C'est une question d'attitude: qu'est-ce qui est important pour moi? Et une question d'évidence: suis-je un prestataire de service ou pas? C'est tout.

#### Il y aurait une solution simple pour évacuer tous les problèmes: supprimer la cuisine d'établissement et engager une entreprise de catering. La tendance est déjà amorcée.

Oui. En Allemagne, cette tendance est déjà très forte. En Suisse, elle a aussi déjà commencé. Mais je ne partage pas cette vision: exploiter sa propre cuisine est important. C'est même essentiel >>

---

Texte traduit de l'allemand

---

d'avoir une cuisine dans une maison, où on peut cuisiner ce que les gens aiment. Au moins trois fois dans la journée, le repas est un moment fort qui rythme la vie. J'aimerais bien voir comment un fournisseur externe s'identifie à la maison, se donne la peine de plaire au résidents et prépare un repas au milieu de la nuit pour des personnes atteintes de démence.

#### Est-ce que votre concept de restauration 24 heures sur 24 est déjà réalisé?

Non. Mais c'est ma vision. Lorsque je cuisine pour des personnes souffrant de démence, et que je le fais de façon conséquente, je m'appuie sur les principes de la validation. Cela signifie que si je veux laisser les résidents évoluer dans leur monde, je dois leur laisser la possibilité de se nourrir quand ils en ressentent le besoin, même si c'est durant la nuit. Je ne peux pas pratiquer la validation à moitié et dire au résident: quand j'ai un peu de temps, je viens dans votre monde, mais le reste de la journée, c'est vous qui devez venir dans mon monde. Ce n'est pas sérieux. Dès lors, pour être cohérent avec cette approche, nous devons à l'avenir proposer des mets indépendamment des heures habituelles des repas pour respecter le rythme de vie des personnes souffrant de démence.

#### Est-ce là un idéal qui est réalisable?

Oui, bien sûr. La flexibilité fait partie de notre mission. Si avant d'aller se coucher une personne en fin de vie exprime le souhait

de manger un poulet grillé, je le lui prépare, même si au final, elle n'y touche pas. Et si un résident veut tous les jours des spaghettis, je lui cuisine tous les jours des spaghettis. Le droit à la nourriture est un droit fondamental. Aujourd'hui, nous disposons de tous les moyens techniques possibles pour restaurer les gens jour et nuit. Pas seulement avec des flûtes salées et un yogourt nature, mais avec un vrai plat.

**«Au moins trois fois dans la journée, le repas est un moment fort qui rythme la vie.»**

#### Vous déployez également l'accumulation des tâches administratives qui incombent aux équipes de cuisine.

Oui. C'est le cas. Aujourd'hui, les plans des menus ressemblent davantage à des plans «tue-l'envie» avec leur longue liste d'additifs, de provenances des produits, d'allergènes et autres informations que nous devons déclarer. C'est catastrophique. Le plan des menus doit au contraire susciter l'envie, mettre l'eau à la bouche, être compréhensible et bien écrit.

#### Vous insistez toujours pour dire combien l'atmosphère est importante pour faire des repas des moments de plaisir. Ne l'est-elle pas en EMS?

Les chariots avec les couches et papiers hygiéniques parqués dans les couloirs des unités de vie, à côté des tables à manger, les visites des médecins et l'administration des médicaments au moment des repas: partout c'est la même chose. Naturellement, c'est très pratique en termes d'organisation. Mais ce n'est ni convivial ni attrayant. ●

Annonce

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



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

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

Écologiques et intelligents,  
avec port USB



Contactez-nous, nous sommes là pour vous conseiller!

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

since 1845  
**SCHULTHESS**  
La lessive: Le savoir-faire

En fin de vie, les problèmes d'alimentation posent toujours des questions éthiques

## «Laisser venir la mort ou prolonger la vie, telle est la question»

Quand la vie d'un humain touche à son terme, nombre de questions éthiques se posent au personnel médical et aux soignants. Elles touchent également à l'alimentation. Manger représente davantage qu'un apport de calories, précise l'éthicien Settimio Monteverde\*.

Propos recueillis par Urs Tremp

**Monsieur Monteverde, quelle que soit l'importance de la maladie et de l'aide à fournir, les soins devraient correspondre à des pratiques responsables et raisonnables à l'égard du patient. Qui donc définit en quoi consiste cette responsabilité?**

**Settimio Monteverde** - En l'occurrence, il y a une première réponse formelle: pas de soins sans mandat! Le patient, le résident, la parenté ou le représentant légal passent toujours un accord de traitement avec les professionnels ou l'institution.

**Ça, c'est la théorie. Pour tirer un parallèle avec la conclusion d'un autre contrat, par exemple pour la rénovation de mon**



\* **Settimio Monteverde**, 49 ans, a étudié la théologie et suivi une formation d'infirmier ainsi qu'une formation complémentaire d'éthique appliquée et de pédagogie de la médecine. Il a fait son travail de diplôme sur «L'éthique des soins – Bases théoriques et champs

d'application dans l'enseignement et en clinique». Il est professeur attiré à la Haute école spécialisée de Berne dans le domaine de la santé, et éthicien clinique à l'Hôpital universitaire de Zurich.

**appartement, je suis habituellement en possession complète de mes moyens physiques et psychiques. Mais si je me sou mets à un traitement médical et à des soins, ce n'est pas nécessairement le cas.**

Oui, c'est vrai. Les gens qui ont besoin de soins et d'une prise en charge en raison d'une maladie grave ou d'une démence ne sont souvent pas en mesure de conclure un tel contrat. Mais dans ce cas également, il ne peut y avoir d'assistance sans contrat. Là, le médecin et le personnel soignant ainsi que les proches doivent déterminer la volonté présumée (du malade) et agir en conséquence. En l'espèce, les soignants aussi endossent une lourde responsabilité.

**«Le défi vient de l'impossibilité de dire quand commence la fin de la vie.»**

**En fin de vie, justement, quand la mort est proche, on évolue dans des zones grises. Il ne s'agit plus de guérir d'une maladie, mais de soulager la souffrance, de maintenir une qualité de vie. Qu'est-ce que ça signifie pour les médecins et les soignants?**

Aujourd'hui, le grand défi vient de l'impossibilité de dire avec précision quand commence la fin de la vie. On peut considérer qu'on est «à la fin» de sa vie parce qu'on ne distingue plus de perspective d'avenir. Ou parce qu'on voit avec évidence la progression d'une maladie incurable. A ce sujet, tant les professionnels que les politiciens ont aujourd'hui vraiment des problèmes. Toutefois, les médecins et le personnel soignant ont souvent un sixième sens pour repérer quand le processus morbide s'amorce. Il faut de l'expérience et de l'intuition pour interpréter avec exactitude les situations et les déroulements de fin de vie, mais il faut aussi avoir la sagesse de toujours remettre en question ces intuitions.



Repas mixé: terrine orange et fenouil.

### En quoi le processus de la mort a-t-il changé par rapport à avant?

Les gens considèrent toujours la mort comme un cap important qu'il convient d'assumer. En cela, nous ne nous distinguons pas des générations précédentes. Mais ce qu'il y a de nouveau, c'est que la mort se présente d'une façon de plus en plus contrôlée, voire planifiée, grâce aux progrès de la médecine: pour parler de façon imagée, pour de nombreuses personnes la mort arrive certes encore et toujours sans se faire prier, mais elle intervient parce qu'on la laisse venir. Une équipe de soins décide en quelque sorte d'interrompre une thérapie ou de ne plus l'appliquer. Et cela parce que la personne traitée la refuse ou parce que ça n'a aucun sens d'un point de vue médical et ne fait que prolonger les souffrances. Dans ce cas, les questions de nutrition jouent toujours et encore un rôle très important.

### Pourquoi?

Parce que les décisions touchant à l'alimentation ne sont en aucune manière marginales. Elles débouchent sur des mesures qui contribuent à accepter la mort ou à prolonger la vie. C'est précisément en cela que réside son impact éthique. Voilà pourquoi ces décisions aussi doivent avoir une justification technique, mais encore plus se baser avec clarté sur la volonté du patient.

### Et si on ne peut pas, ou plus, savoir avec précision ce que veut le patient?

En fait, nous ne pouvons bien souvent plus poser de questions aux proches. Dans ce cas-là, nous sommes heureux quand nous avons des directives anticipées du patient qui soient pertinentes et abordent les questions d'alimentation.

**«Les décisions touchant à l'alimentation ne sont pas marginales.»**

### Cela signifie-t-il qu'en possession de directives anticipées claires les soignants ne se posent plus de questions éthiques?

Absolument pas. Même en traduisant dans les faits les volontés d'un patient, les mêmes impératifs médicaux d'attention et de soins

que nous connaissons dans notre quotidien clinique s'imposent. Précisément quand les situations et les mesures à prendre ne sont clairement décrites dans les directives anticipées, il faut interpréter avec les représentants légaux ce qu'a vraisemblablement voulu exprimer le patient. Des déclarations comme «je ne veux pas être relié à des tuyaux» ou «quand je ne pourrai plus penser clairement, je veux qu'on me laisse mourir» sont particulièrement difficiles. Précisément quand les maladies sont longues et que les patients et les résidents ont une bonne qualité de vie, il faut bien réfléchir à de telles décisions d'un point de vue éthique. C'est souvent le cas par exemple avec des personnes souffrant de maladies neurologiques et neuro-dégénératives.



#### Qui décide, alors?

Fondamentalement, toujours le patient lui-même ou son représentant légal. Si ce dernier n'appartient pas au cercle familial, il est cependant important de l'associer à la décision. Chaque fois que c'est possible, les décisions devraient être prises par

**«La médecine a la faculté de maintenir la vie très longtemps.»**

consensus en tenant compte de ce qu'aurait voulu le patient ou le résident dans une situation donnée.

**Le moment où commence la fin de la vie et où médecins et soignants doivent se poser certaines questions n'est pas clair. Ne faudrait-il alors pas que médecins et soignants agissent simplement comme si la fin de vie n'existait pas?**

La fin de vie n'est pas opaque parce qu'une telle fin n'existe pas. Ce serait carrément contre-intuitif. Ce n'est simplement pas clair parce que nous ne sommes pas d'accord entre nous sur le moment où commence le déclin. Aujourd'hui, la médecine a la faculté de maintenir la vie très longtemps. On peut pratiquer la respiration artificielle, remplacer les fonctions des reins et du cœur. Le travail éthique consiste à reconnaître l'instant où une telle pratique conduit à une impasse et où nous devons suivre un autre objectif, tout aussi légitime, qu'autorisent la médecine et les soins actuels, donc permettre une mort paisible et digne.

#### N'est-ce pas simplement le prix que nous devons payer pour les progrès de la médecine?

Oui, en principe c'est cela. Le grand mérite de la médecine, c'est qu'elle peut venir en aide aux gens qui traversent des crises en termes de santé, percer la nature à jour et la duper jusqu'à un certain point. Cela nous réjouit. Mais simultanément la mort est présente dans chaque organisme biologique. C'est en cela que réside l'ambivalence: la mort, normalement une ennemie, peut aussi devenir une amie dans certaines situations.

#### Qu'est-ce que cela signifie concrètement?

Aujourd'hui encore, la pneumonie représente une maladie mortelle qu'il faut reconnaître à temps et soigner. Auparavant, on l'appelait «l'amie des vieux» parce qu'on en mourait relativement en douceur. C'est précisément pour cette raison qu'on renonce à la soigner en phase de vie terminale.

#### La médecine moderne nous a-t-elle désappris à mourir?

Je ne le crois pas. Mais elle nous oblige à penser de manière plus consciente et plus active à ses possibilités et à ses limites en phase de vie terminale. Dans ce processus, nous devons aussi réfléchir aux limites que nous voulons mettre aux interventions de la médecine. Là aussi se posent des questions éthiques.

Annonce

**diga** care **LITS MÉDICALISÉS** Perfecta

**Le meilleur rapport qualité-prix de Suisse!**

[www.diga.ch/carebed](http://www.diga.ch/carebed)  
Téléphone: 055 450 54 19  
8854 Galgenen | 8600 Dübendorf |  
1763 Granges-Paccot



Repas mixé: petites boules d'abricots

En règle générale, les gens ont des idées claires sur la valeur et les particularités de leur vie mais aussi sur ce qui la rend précieuse. Par exemple, nous sommes gravement malades, nous avons perdu nos proches et nos compagnes ou compagnons, nous ne pouvons plus faire ce que nous aimons et ce qui nous tient à cœur. Je côtoie des gens qui affirment: s'il en est ainsi, je préfère mourir.

**Ça me paraît assez compréhensible.**

Oui, sans aucun doute. Mais ce qu'on ne peut pas oublier en l'occurrence c'est que souvent ce sont d'autres personnes qui doivent traduire dans les faits cette volonté quand quelqu'un est devenu entretemps incapable de discernement. Il est donc impératif que des directives anticipées soit formulées avec suffisamment de précision et qu'elles aient été discutées avec les proches, les représentants légaux et les professionnels comme le médecin de famille.

**Peut-on en fait apprendre à mourir et déterminer comment on veut mourir?**

Nous souhaitons naturellement tous pouvoir dire en toute décontraction: le passé, c'est le passé, et c'était bien ainsi. Mais probablement qu'il vaut mieux apprendre à composer avec la certitude de la mort.

---

**«Il vaut mieux apprendre à composer avec la certitude de la mort.»**

---

**Et à partir de quand doit-on se préparer à mourir?**

La confrontation avec la mort a lieu bien sûr tout au long de la vie. Et elle se fait à différents moments. Aux Etats-Unis, on connaît la notion de ce qu'on appelle la «death education», c'est-

à-dire la confrontation avec la mort que l'on enseigne très tôt déjà à l'école. Une telle approche serait d'autant plus importante surtout dans une société où l'espérance de vie est élevée.

**A partir d'un certain âge, chacune et chacun sait pourtant que ça ne durera plus aussi longtemps que ça a duré.**

---

Texte traduit de l'allemand

---

Bien sûr, mais que devons-nous en conclure? La tentative est grande de confier à la médecine le passage de la mort. C'est justement cet état de fait qui a donné à la médecine un grand pouvoir d'interprétation de la mort. De ce fait, elle est devenue un espace de projet pour les gens qui désirent une longue vie et une mort indolore dans une société laïque. C'est ainsi qu'on a débouché sur une sorte de spiritualité médicalisée. Mais ce dont nous aurions besoin, comme le souligne le sociologue de la médecine Arthur Frank, c'est le contraire, à savoir d'une médecine spiritualisée qui aide les gens à gérer les multiples limites de la vie.

#### Alors à la fin de sa vie, la volonté du patient est toute relative?

En médecine et dans les soins, s'il y a quelque chose qui ne se discute pas, c'est le droit à un traitement: le droit d'une personne souffrant d'un problème de santé à une aide professionnelle. On peut exiger un traitement mais pas la guérison.

#### Existe-t-il une belle mort en toute conscience?

Pour l'avoir observé, je crois bien. Précisément quand une personne peut se retourner sur une longue vie riche, qu'elle est bien entourée mais sait aussi lâcher prise et que les soignants savent qu'ils agissent selon sa volonté.

#### Et quand on ne le sait pas?

Alors il faut négocier minutieusement avec les proches pour déterminer la volonté présumée. En l'occurrence, dans cette phase de fin de vie, nous devons toujours avoir à l'esprit que le soulagement, les soins et les traitements sont prioritaires, pas les demandes de dialyse, de réanimation ou de respiration artificielle. De telles mesures doivent être très sérieusement motivées.

**«Au moment du repas, tout le tissu social d'un individu est visible.»**

#### Donc il faut parfois aussi dire aux gens ce qu'on ne fera plus?

Je formulerais cela de façon positive: on doit dire ce qu'on fera, par exemple de bons soins palliatifs. Justement avec les gens qui ne mangent ni ne boivent plus, il faut de nouvelles approches qui les font participer à la communauté. Au moment du repas, tout le tissu social dans lequel vit un individu est visible. Souvent, les membres de la famille sont particulièrement attentifs au repas et craignent que le patient ait faim ou soif. Dans cette situation, les soignants et les médecins ont un important rôle d'explication et d'information à jouer. Ils expliquent souvent des choses aux proches, décrivent ce qui se passe quand on meurt et les aident à se concentrer sur de nouvelles tâches. Car le désir d'aider perdure souvent jusqu'à la fin. ●

## PUBLIREPORTAGE

### L'importance d'une bonne conception de l'éclairage pour prévenir des chutes en maisons de soins.

Avec l'âge et, parfois, la maladie, la vue diminue. Cela a des conséquences radicales sur l'autonomie des personnes âgées. Selon une étude, plus de 60 % des chutes se produisent dans la chambre. Mais les autres espaces s'avèrent eux aussi dangereux.

Une des causes de chutes: un mauvais éclairage. Car lorsque la vision baisse, la perception change. Avec des conséquences importantes: les ombres naissant dans les couloirs deviennent des obstacles infranchissables ou elles se font menaçantes sur les visages. Les obstacles ne sont pas détectés à temps, car l'œil âgé est facilement ébloui et s'adapte plus lentement.

#### Il y a lumière et lumière

Quand on construit ou rénove un bâtiment, lors du choix de l'éclairage, il est important de considérer, outre l'aspect esthétique, les caractéristiques de puissance. Une solution mêlant éclairage direct et indirect offrent des pièces visuellement plus grandes et plus accueillantes, car la lumière y est homogène, n'éblouit pas et génère peu d'ombres. La couleur de la lumière est indissociable du rendu de la pièce et tous deux devraient être pris en compte dès la phase de conception.



LED VIVAA avec une part élevée d'éclairage indirect

#### Éclairage pour chambre de résident

La chambre est une pièce aux fonctions multiples. L'éclairage se doit donc d'être tout aussi polyvalent.

- Éclairage général direct et indirect à commande séparée
- Lampe de lecture et de soins facile à utiliser, à positionner et à nettoyer
- Éclairage de soins et d'examen pour les soins quotidiens et/ou médicaux
- Veilleuse intégrée pour faciliter l'orientation et l'apaisement
- Éclairage d'orientation pour éclairer le sol et prévenir les risques de chute

#### Couloir et escaliers

Pour que les résidents puissent se déplacer aussi librement que possible certains aspects de l'éclairage doivent être pris en compte en amont.

- L'utilisation combinée d'applications murales et de plafonniers offre plus qu'un éclairage homogène: elle fait aussi ressortir portes, recoins et angles morts
- Les éclairages d'orientation à hauteur d'yeux complètent l'éclairage général
- Le concept d'éclairage biodynamique compense les changements de luminosité

#### La salle de bains des résidents

Même les espaces sanitaires sans fenêtres peuvent être un havre de bien-être grâce à un éclairage harmonieux et uniforme qui améliore la perception spatiale.

- Une applique murale directe et indirecte éclaire le visage sans créer de zones d'ombres
- Un bon rendu des couleurs et une lumière homogène facilitent les soins

Pour plus d'informations:

[www.waldmann.com/p&g](http://www.waldmann.com/p&g)

Waldmann Lichttechnik GmbH • Benkenstrasse 57 • Postfach 64 • 5024 Küttigen Schweiz

Tel.: +41 62 839 1212

Fax: +41 62 839 1299

E-Mail: [info-ch@waldmann.com](mailto:info-ch@waldmann.com)

**Lorsque la mort est proche, l'inappétence fait partie d'un processus naturel**

## En fin de vie, un massage vaut mieux qu'une côtelette

**Avant la mort, l'organisme commence à ralentir ses fonctions. Le plus souvent, le corps ne supporte plus de s'alimenter. Un massage léger ou une musique douce apportent davantage de bien-être aux mourants qu'un copieux repas.**

**Claudia Weiss**

Le repas est souvent synonyme de joie de vivre, de plaisir et de convivialité. Du moins pour les personnes en bonne santé. Car pour les femmes et pour les hommes qui sont en fin de vie, manger peut devenir pénible. Ce que l'entourage ne comprend pas toujours. «Il a pourtant toujours aimé mes spaghetti à la sauce bolognaise», se désespèrent les épouses qui supportent mal de ne plus pouvoir témoigner leur amour à leur mari avec leur plat préféré.

Difficile à accepter. Pour les proches mais aussi pour les soignants qui ne sont pas toujours à l'aise avec les questions liées à la toute fin de vie, comme le confirme Sara Häusermann, infirmière et enseignante dans la filière Bachelor en soins infirmiers de la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW). C'est d'autant plus difficile qu'on ne sait jamais vraiment quand commence la phase terminale de la fin de vie, le moment où le fait de ne plus s'alimenter n'est pas une souffrance mais un soulagement. «Même les soignants expérimentés ne peuvent pas toujours prédire, après des années de pratique, combien de temps une personne va encore vivre», explique Sara Häusermann. Il existe bien un modèle théorique pour les soins palliatifs qui détaille les différentes phases du processus de fin de vie. «Mais dans la plupart des cas, ce modèle ne correspond pas à la réalité individuelle.» Des jours,

des semaines, des mois? «La seule réponse honnête est qu'on n'est pas capable de le dire.» En revanche, ce que l'on pourrait constater, selon cette spécialiste en soins palliatifs, ce sont des indications cliniques et des analyses de laboratoire qui laissent penser que le corps se met en phase catabolique du métabolisme: «C'est le moment pendant lequel le corps ne peut plus rien absorber, ne peut plus rien faire des substances ingérées.»

Ce processus se déroule insidieusement en général. Chez chaque individu, il démarre à un autre moment de l'évolution de la maladie et progresse plus ou moins vite. «C'est comme une usine qui serait mise hors service: quand le four ne brûle plus, tout l'apport d'énergie ne sert à rien», illustre Sara Häusermann. Au contraire: «Si on essaie de retaper un patient dans cet état avec des menus copieux ou des boissons hypercaloriques, on ne fait que surcharger son organisme, avec le risque

de provoquer chez lui des douleurs gastro-intestinales et des vomissements.» A ce stade, une alimentation par une sonde gastrique ne sert plus à rien non plus. Quant aux liquides, leur administration doit être limitée, pour ne pas perturber la circulation sanguine.

### **Des évolutions pathologiques étonnantes**

Pour Sara Häusermann, expliquer ces mécanismes aux personnes concernées et aux proches est une démarche délicate. «Pour cela, il faut du personnel qualifié, du personnel qui a le courage d'aborder les faits face aux membres de la famille.» L'infirmière et enseignante l'a maintes fois constaté, la question de l'alimentation n'est que la partie visible. Derrière se cache une multitude d'autres questions inexprimées: combien de temps encore? Qu'est-ce qui nous attend? Le patient va-t-il souffrir? Comment les proches doivent-ils gérer leurs inquiétudes? «De nombreux soignants redoutent ce qu'ils pourraient

**Derrière la question de l'alimentation se cache une multitude d'autres questions.**





Mousses: écume de lard, mousse de radis et mousse de persil (de gauche à droite).

déclencher en abordant le sujet de « l'alimentation en fin de vie » et, de ce fait, évitent d'en parler. »

Ils craignent avant tout les nombreuses questions auxquelles ils ne pourraient pas répondre malgré toute leur expérience professionnelle. Sara Häusermann a eu l'occasion de vivre des évolutions incroyables: « Une patiente, dont on pensait qu'elle n'avait plus que quelques jours tout au plus à vivre, a survécu encore durant un mois et demi sans manger ni boire, uniquement avec des soins de bouche, ce qui semble impossible d'un point de vue physiologique. Même ses ulcères sur les jambes ont guéri. » Se fiant à tous les éléments et signes d'évaluation de la douleur, le personnel soignant a pu affirmer que la patiente n'a pas souffert durant cette période.

Il s'agit là cependant d'un cas extrêmement rare, relève Sara Häusermann: « Selon diverses études, le personnel de santé ferait généralement une évaluation trop longue du temps qui reste à vivre à leurs patients. » Mais on ne peut pas non plus établir de règles générales: les questions psychologiques et spirituelles jouent aussi un rôle dans le processus de fin de vie. Certains mourants attendent le retour de vacances de leurs proches, d'autres de pouvoir parler pour partir en paix, d'autres encore l'arrivée du curé. « Les êtres meurent de façon aussi individuelle qu'ils ont vécu », souligne-t-elle. « Cela demande à chaque fois une grande capacité d'empathie renouvelée de la part des professionnels des soins. »

#### **A l'approche de la mort, l'organisme se modifie**

Que se passe-t-il dans l'organisme à l'approche de la mort? « Quelques mois ou semaines avant la mort, l'appétit diminue et le corps commence peu à peu à faiblir », explique Sara Häusermann. Les muscles et les tissus gras s'amenuisent, la concentration en sels se modifie et les électrolytes se dérèglent.

Des symptômes comme les nausées, la peur, les douleurs, la fatigue et la détresse respiratoire peuvent renforcer l'inappétence et accélérer le processus. « A partir d'un certain moment, qui varie d'un individu à l'autre, ça n'a plus de sens de vouloir donner de la nourriture au patient. Ça ne fait que solliciter l'organisme. »

Dans de telles situations, la certitude que les soins palliatifs ne signifient pas « ne plus rien faire » rassure beaucoup les personnes concernées et leurs proches. « Dans de tels cas, nous ne mettons pas fin à une thérapie, nous ne faisons que modifier l'objectif thérapeutique », précise Sara Häusermann. Et cela ne signifie en aucun cas que les patients souffrent parce qu'ils ne boivent plus ou ne mangent plus. Et c'est souvent difficile à comprendre. Les spécialistes en soins palliatifs peuvent donc apporter leur soutien aux proches: « Si la nourriture ne peut plus être un témoignage d'affection, il faut alors trouver une

autre façon de faire du bien à quelqu'un. » Proposer un massage apaisant par exemple, ou simplement tenir compagnie, faire la lecture, mettre de la belle musique. Le plaisir prend alors une tout autre signification.

#### **Rien ne sert de forcer l'appétit**

A partir de ce moment, le repas n'est plus considéré comme un plaisir. Pour beaucoup, il devient une contrainte pénible. La pression exercée sur le patient par les proches inquiets pour qu'il mange malgré tout quelque chose, peut même être contre-productive: « La pression génère une contre-pression; j'ai déjà vécu ça plusieurs fois », affirme Sara Häusermann. En effet, chez certains patients, cela leur fait perdre le peu d'appétit qui leur restait. Mais Sara Häusermann voit aussi des gens qui mangent avec grand plaisir jusqu'au dernier jour de leur vie. Comme cette patiente souffrant d'une tumeur des parties molles à la hanche qui est morte

**« Si la nourriture ne peut plus être un signe d'affection, il faut alors trouver autre chose. »**

>>

peu après le petit-déjeuner en raison d'une hémorragie sous-jacente. «Là aussi il s'agit d'un cas particulier», insiste-t-elle. De nombreux patients aimeraient simplement s'asseoir à table et être présents au repas, sans être obligés de manger. «Dans ces moments, la convivialité importe davantage que le fait de se nourrir.»

Lorsqu'arrive le temps où boire devient aussi pénible, il faut rincer la muqueuse buccale avec la boisson préférée de la personne et soigner ses lèvres avec un baume ou une pomme. «Il est important d'utiliser la boisson préférée de la personne. Ça peut très bien être du vin rouge ou un peu de café.» Sara Häusermann ajoute: «Pour le reste, il s'agit de limiter le plus possible les interventions pénibles durant la période de fin de vie.»

#### La question de la qualité de vie évolue aussi

En fin de vie, le volume d'eau dans le corps diminue, «libérant les hormones du bonheur dans le corps, celles qu'on appelle les endorphines, et allégeant ainsi le processus de la mort». Lorsque

la personne ne peut plus s'exprimer verbalement, il faut l'observer attentivement pour savoir si elle a soif tout d'un coup ou si elle ressent peut-être des douleurs. Un bruit de mastication par exemple, un gémissement ou une grimace peuvent être des indices et il faut alors trouver le remède: «L'absence de symptômes, notamment, détermine le bien-être en fin de vie.»

Cependant, ce n'est pas toujours facile à constater pour les soignants, car les mimiques se modifient en fin de vie, la respiration aussi: elle devient plus irrégulière, le rythme et la profondeur varient, les mourants sont tantôt très paisibles tantôt très agités. «C'est une grande difficulté», confirme Sara Häusermann. «Les soignants doivent bien observer et changer ce qui doit l'être; mais aussi savoir se retenir de changer ce qui ne doit pas l'être. Cela requiert beaucoup d'expérience.»

Les proches peuvent cependant se rassurer: si pour eux le fait de ne plus ni manger ni boire semble être une dégradation importante de la qualité de vie, ce n'est pas le cas pour les patients en fin de vie. Pour eux, la notion de qualité de vie se détache de la nourriture pour se concentrer sur d'autres thèmes, comme les questions spirituelles. Sara Häusermann cite à ce propos le philosophe Karl Popper: «Never try to define quality – N'essaie jamais de définir la qualité.» ●

**«La convivialité importe davantage que le fait de se nourrir.»**

Texte traduit de l'allemand

Annonce

## PLUS DE CALME DANS LES LIEUX QUI EN ONT BESOIN

**Le bruit est une source de stress et peut même entraîner des problèmes de santé. C'est pourquoi le bruit, dans les établissements hospitaliers par exemple, représente l'une des principales causes de plaintes. Le revêtement de sol joue un rôle prépondérant dans l'acoustique architecturale.**

Concepteurs et responsables de bâtiments de santé ou des EMS ont souvent du mal à trouver le revêtement doté des propriétés acoustiques adaptées parmi la multitude des produits proposés. Les scientifiques du laboratoire de recherche Intertek à Cortland, dans l'État de New York aux États-Unis, ont évalué plusieurs revêtements souples dans le cadre d'un test comparatif des bruits d'impact.

#### Excellente isolation phonique

Le résultat est sans appel: les revêtements de sol en caoutchouc, comme ceux que propose nora systems, restent les plus performants en matière de réduction du bruit sur le sol et contribuent ainsi nettement à diminuer le fond sonore dans les bâtiments. Les propriétés de matériaux du caoutchouc durablement souple réduisent de manière significative les bruits générés au sol.



#### Une solution durable pour une atmosphère saine

De plus, les revêtements de sol nora sont très résistants à l'usure, simples à nettoyer et gardent un aspect pratiquement neuf même après plusieurs années de très forte sollicitation. Et à l'inverse des autres revêtements de sol souples, ils ne nécessitent pas de métallisation. Enfin, les revêtements en caoutchouc pauvres en émissions garantissent une atmosphère saine des pièces intérieures. Un climat ambiant sain grâce à des matériaux de construction peu polluants et calme est un facteur de bien-être fondamental pour des malades ou des personnes

agées dont le système immunitaire est affaibli – tout comme pour les employés des cliniques et établissements de soins.

#### nora flooring systems ag

Gewerbstrasse 16  
CH-8800 Thalwil  
Tél.: +41 (0)44 835 22 88  
info-ch@nora.com  
www.nora.com/ch

**nora**<sup>®</sup>

Vaud: promotion des produits locaux et de saison dans la restauration collective

## Une marge de progression importante

Chaque année, les EMS vaudois servent 6 millions de repas à leurs résidents. Quelle est leur part de produits locaux et de saison? Quel est leur impact écologique? L'Etat de Vaud s'est penché sur la question et propose un diagnostic des achats alimentaires

Anne-Marie Nicole

En janvier 2011, un groupe de députés du Parlement cantonal vaudois, emmené par le vert Yves Ferrari, déposait un postulat demandant au Conseil d'Etat de concrétiser l'article 23 de la Loi sur l'agriculture vaudoise adoptée quelques mois plus tôt. Intitulé «Exemplarité de l'Etat», cet article 23 dispose en effet que «le Conseil d'Etat favorise la consommation de produits agricoles locaux dans les manifestations organisées par ses services ou ayant bénéficié de subventions, ainsi que dans les établissements gérés par l'administration cantonale».

Le gouvernement vaudois s'est attelé à la tâche et a présenté, à fin 2014, une «Stratégie pour promouvoir les produits locaux et de saison

dans la restauration collective». Sont concernés en premier lieu les céréales, les fruits, les légumes et la viande. Il est vrai que par sa vocation agricole, le canton de Vaud peut proposer une grande partie des produits frais et de première transformation. Basée sur l'incitation et la sensibilisation, cette démarche d'alimentation durable s'adresse aux lieux de restauration sous la responsabilité directe de l'administration cantonale ainsi qu'aux communes et aux institutions parapubliques comme les EMS ou les hôpitaux, par exemple.

La restauration collective vaudoise n'est pourtant pas à la traîne, comme l'atteste une étude de l'Association suisse pour

le développement de l'agriculture et de l'espace rural (Agridea), commandée par le Service de l'agriculture et de la viticulture. Les auteurs de l'étude soulignent même que «la place des produits de proximité dans la restauration collective est bien meilleure qu'attendu» et que «de nombreux chefs de cuisine sont d'ores et déjà convaincus de l'intérêt à s'approvisionner «en local» et le mettent en œuvre au quotidien». Ces mêmes auteurs estiment cependant qu'une marge d'amélioration existe en termes d'information, de formation, de reconnaissance et de soutien des filières agricoles.

### Evaluation, formation et sensibilisation

Il faut dire que l'enjeu est de taille: «Les entreprises publiques et parapubliques du canton servent plus de 18 millions de repas par année, sans même compter les repas servis au personnel

de ces institutions», affirme Viviane Keller, cheffe de l'Unité de développement durable du Canton de Vaud(UDD). Les EMS et les institutions socio-éducatives produisent à elles seules 6 millions de repas par an, soit un tiers de l'offre.

Les actions de mise en œuvre de la stratégie cantonale vaudoise d'alimentation durable

rejoignent les pistes préconisées par Agridea. «Nous proposons aux EMS d'évaluer l'impact environnemental de leurs achats alimentaires et de former leurs cuisiniers», explique Viviane Keller. «En parallèle, nous élaborons des modèles d'appels d'offres lorsqu'un prestataire privé de restauration est recherché, et nous sensibilisons les producteurs pour les inciter à se positionner sur le marché.»

Après avoir dressé une cartographie des EMS du canton pour connaître le nombre de lits et de repas produits (qu'ils soient consommés sur place ou livrés à l'extérieur) par chacun, l'UDD concentre ses efforts sur les établissements dont le restaurant

**Céréales, fruits, légumes et viande: l'approvisionnement local est bon.**

>>

est en gestion directe, soit 81 EMS sur les 144 que compte le canton. «Les cuisiniers sont au cœur de la démarche. Nous devons donc toucher en priorité ceux qui sont directement responsables des achats de denrées alimentaires et qui peuvent les influencer», ajoute la cheffe de l'UDD.

#### Réflexion sur la stratégie des achats

Xavier Bats est un de ceux-là. Après un parcours dans la restauration gastronomique puis dans la restauration collective internationale, ce Gersois d'origine a déposé sa toque et ses couteaux à la Fondation La Rozavère, et pris la tête d'une brigade de cuisine de 17 personnes. Installée depuis près de 130 ans à Chailly, sur les hauts de Lausanne, La Rozavère est l'un des plus grands établissements du canton avec un EMS de 132 lits et une structure de préparation et d'attente à l'hébergement (SPA) de 30 lits.

L'approvisionnement local et le respect de la saisonnalité sont une réalité à La Rozavère, même si l'équilibre alimentaire demande parfois quelques concessions, par exemple proposer des concombres espagnols durant la saison d'hiver pour satisfaire le besoin de crudités. Dans un souci de durabilité, Xavier Bats et son équipe travaillent les produits frais et à élaborent eux-mêmes les préparations telles que les sauces, les fonds, les

pâtisseries ou les confitures. Pour limiter les déchets alimentaires, les quantités ont été réévaluées pour servir de plus petites portions, quitte à proposer un supplément à ceux qui le souhaitent.

Avec moins d'une quinzaine de francs par jour par résident pour quatre repas (petit-déjeuner, déjeuner, collation et dîner), la réflexion porte principalement sur la stratégie des achats.

Mais pas question pour autant de s'approvisionner en volaille à bas prix provenant de Chine ou du Brésil, ni de stocker des produits d'économat (farines, lentilles, céréales, riz) cultivés au Canada ou aux Etats-Unis.

#### Le diagnostic Beelong

En 2015, l'EMS La Rozavère s'est engagé dans la démarche préconisée par l'UDD, qui commence par une évaluation de l'impact environnemental des achats de nourriture et de boissons. Ce diagnostic est réalisé avec l'indicateur Beelong, un outil développé par des étudiants dans le cadre de l'Ecole hôtelière de Lausanne et devenu une start-up avec le soutien de divers partenaires privés et publics. Les deux créateurs aujourd'hui diplômés EHL, Charlotte de la Baume et Mathias Faigaux, décortiquent les bulletins de livraison des fournisseurs et la liste des menus remis par le cuisinier pour évaluer l'impact de la nourriture selon cinq critères: la

&gt;&gt;

Annonce



**SWISS SVG-TROPHY**

**Concours de cuisine**  
pour la restauration hospitalière  
et collective

**Délai d'inscription:** 17.11.2016  
[www.svg-trophy.ch](http://www.svg-trophy.ch)

**PISTOR** HOTEL & GASTRO UNION **skv** **SVG**  
SCHWEIZER KOCHVERBAND Schweizer Verband für Spital-, Heim- und Gemeinschaftsgastronomie

**HACO** **Sealed Air** **Uncle Ben's** **HUG** **Hero** **WIBERG**

**TUYAUMAX** 

**Protégez vos biens immobiliers**

**Contrôle gratuit**  
**des écoulements et canalisations**  
**et de ventilation**  
**Profitez!** 

**Nettoyage des canalisations • Service d'urgence • Contrôle caméra • Contrats d'entretien • Gainage des canalisations**  
**Nettoyage de ventilation 0848 852 856 [www.tuyaumax.ch](http://www.tuyaumax.ch)**



Grâce à votre don, vous donnez un avenir aux enfants du monde entier:

[www.sosvillagesdenfants.ch](http://www.sosvillagesdenfants.ch)  
CP 30-31935-2

**SOS VILLAGES D'ENFANTS** 

# Les EHPAD font la chasse au gaspi

En France, les institutions pour personnes âgées dépendantes renforcent leur engagement dans le développement durable et signent une charte «Mieux manger, moins jeter».

Anne-Marie Nicole

Début décembre 2015, tandis que la COP21 réunissait quelque 150 chefs d'Etat à Paris en vue d'un accord international sur le climat, la Secrétaire d'Etat française, Laurence Rossignol, en charge de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie, lançait, en France, la charte «Mieux manger, moins jeter en EHPAD» – les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) étant les équivalents de nos EMS. Elaborée en concertation avec des fédérations du secteur médico-social, des représentants des usagers et des médecins, cette charte s'inspire d'initiatives individuelles mises en place dans divers établissements et repose sur les bonnes pratiques du terrain.

L'intérêt de la démarche est double. D'abord, elle s'inscrit dans une mobilisation générale en faveur du développement durable, elle vise à optimiser la gestion des stocks alimentaires au sein des établissements, et à lutter contre le gaspillage alimentaire.

En France, les EHPAD et hôpitaux de long séjour produiraient en moyenne plus de 160 grammes de denrées alimentaires perdus ou gaspillés par personne et par repas.

Ensuite, cette démarche a aussi pour ambition de favoriser le bien-être des résidents. «L'alimentation joue un rôle central dans la prévention de la perte d'autonomie. Saine et adaptée, elle permet aux personnes âgées de se sentir bien et évite les phénomènes de dénutrition», écrit le Ministère des affaires sociales et de la santé à propos de la charte. Sans oublier la dimension sociale des repas, qui sont des occasions de partage et de convivialité importantes.

## Associer les résidents et les proches à la démarche

Côté «mieux manger», la charte préconise, en substance, le plaisir du repas, le développement des goûts des aliments, le dépistage systématique des troubles bucco-dentaires, la personnalisation et l'adaptation des repas. Côté «moins jeter», les auteurs de la charte recommandent d'adapter et de gérer les quantités, en commandant et en cuisinant les justes quantités, d'optimiser la gestion des déchets et de les revaloriser au maximum (don, compostage, méthanisation). L'information, la formation et l'évaluation composent le troisième volet de la charte. En premier lieu, il s'agit de sensibiliser et d'associer les résidents et leurs proches à la démarche, de former l'ensemble du personnel au projet et à ses

impacts sur les pratiques de soins et d'accompagnement, et, finalement, d'évaluer les résultats.

En signant la charte, les établissements s'engagent à poursuivre les objectifs et à «mettre en place un plan d'actions associant qualité de l'alimentation et lutte contre le gaspillage alimentaire». C'est ce que fait le Groupe SOS, premier signataire de la charte.

## Poulailler et concours gastronomique

Entreprise sociale active dans les domaines de la jeunesse, de l'emploi, de la santé, des solidarités et des seniors, le Groupe SOS est engagé dans une démarche de développement durable depuis plusieurs années.

En 2005, il a initié une démarche «zéro déchet». Dans cette perspective, il incite ses établissements à renforcer la qualité des plats pour améliorer l'appétit des résidents et lutter contre les restes en fin de repas. Sur la cinquantaine d'EHPAD gérés par le groupe, quatre servent actuellement de

pilote à un programme de réduction globale de l'empreinte environnementale. Un cinquième établissement est engagé dans une «Action Poulet Citoyen», une initiative qui vise à réduire les bio-déchets. Un poulailler a été aménagé pour accueillir quatre poules et un coq nourris avec les bio-déchets du restaurant de l'établissement. Les résidents s'occupent des volatiles, les œufs sont vendus aux visiteurs et les enfants de l'école voisine y viennent en visite.

Le Groupe SOS est également à l'origine d'un Concours de gastronomie pour le grand âge, Silver Fourchette, qui a pour objectif de sensibiliser le public et les professionnels à l'importance de l'alimentation des personnes âgées dépendantes. Les chefs cuisiniers de 150 EHPAD participent à ce programme national qui s'étend sur neuf mois et comprend diverses épreuves régionales et nationales. Les participants devront faire appel à tout leur talent pour utiliser les techniques culinaires innovantes afin de réaliser des plats «gastronomiques» répondant aux problématiques du grand-âge – déglutition, inappétence, dénutrition – tout en veillant à réduire les bio-déchets. ●

La charte s'inspire des bonnes pratiques du terrain.



Mousse délicate: cappuccino du matin

provenance, la saison, le mode de production, le climat et les ressources, et la transformation des produits. Ainsi, un plat, un aliment ou l'ensemble des achats d'un restaurant peuvent obtenir une note entre A et G qui détermine leur performance environnementale. «Notre principale difficulté, c'est souvent le manque de transparence des marchés et de traçabilité des produits», relève Charlotte de la Baume.

Pour tenir compte de la saisonnalité des produits, l'analyse porte généralement sur deux périodes de six semaines, l'une en été, l'autre en hiver. Le rapport rendu à l'issue de l'audit identifie d'une part les tendances d'achat et les bonnes pratiques, d'autre part les axes d'amélioration possibles. Les résultats obtenus par l'EMS La Rozavère sont plutôt encourageants: avec une note globale de C (4,11 sur 6), il se situe au-dessus de la moyenne de l'indicateur. Il obtient en particulier un excellent A pour la saisonnalité des produits (100% en été et 85% en hiver) et 77% des produits sont achetés bruts et transformés en cuisine. «Ce diagnostic nous permet d'avoir un autre regard sur notre travail et doit nous inciter à remettre en question certaines de nos pratiques», affirme Xavier Bats.

L'intérêt de Beelong ne s'arrête pas au diagnostic. Il émet aussi des recommandations et propose un accompagnement pour les mettre en œuvre. Concernant l'EMS La Rozavère, les auditeurs écrivent: «Un effort pourrait encore être fait au niveau de la provenance des produits d'économat, des stocks de poissons et de certaines références de fruits et légumes (...)» Xavier Bats a ainsi découvert que les petites bouteilles de jus d'orange du matin pèsent lourd sur la note «provenance» à cause des fruits provenant d'Amérique du sud. «On pourrait proposer du jus de pomme ou de raisin à la place...», suggère Charlotte de la

Baume. L'exemple est peut-être anecdotique, mais ne dit-on pas que «les petits ruisseaux font les grandes rivières?».

Le rapport d'audit relève aussi qu'«inciter les fournisseurs à plus de transparence permettrait d'affiner les résultats et d'obtenir une meilleure évaluation». La réaction de Xavier Bats est immédiate: «Nous ne travaillerons simplement plus avec les fournisseurs qui ne veulent pas nous garantir par écrit la provenance de leurs produits.» Il reconnaît cependant que les fournisseurs commencent eux aussi à proposer davantage de produits locaux. Peut-être que le travail réalisé par la jeune entreprise Beelong

porte ses fruits: «A ce jour, nous avons évalué l'impact, la provenance, les labels de 30000 produits auprès de 500 fournisseurs», affirme Charlotte de la Baume. L'ouverture d'une application est à l'étude, qui permettrait de mutualiser les connaissances et les expériences des participants au diagnostic Beelong, actuellement une soixantaine de restaurants. Parmi eux, selon les chiffres de l'UDD, 16 EMS se sont

engagés dans la démarche en 2014 et 2015. En 2016, ils seront 14. Quant à la formation pour les cuisiniers, deux sessions ont eu lieu en 2015 et huit sont prévues pour cette année.

Xavier Bats se réjouit de ce succès. «Nous aurons tout à gagner à créer un réseau de professionnels pour échanger et partager et pour agir auprès des fournisseurs. C'est aussi une façon de montrer ce que l'on fait et de valoriser notre métier de cuisinier en EMS». Dans le chantier de la nouvelle cuisine de la Fondation La Rozavère, qui sera fonctionnelle courant avril, il désigne fièrement l'équipement encore recouvert de grands plastiques de protection: «Nous avons renouvelé tout le matériel. Des fours à faible consommation adaptés aux cuissons à basse température, qui rendent la viande plus tendre et génèrent moins de perte à la cuisson. Que des installations A++!» ●

**Inciter les  
fournisseurs à plus  
de transparence  
permet d'améliorer  
l'évaluation.**

## L'importance des soins bucco-dentaires pour la santé

# Face aux risques, les professionnels se mobilisent

**Une mauvaise hygiène buccale peut avoir de graves répercussions sur la qualité de vie et la santé des personnes âgées dépendantes: dénutrition, pneumonie, diabète, maladies cardiovasculaires... Les acteurs de la médecine dentaire et de l'hygiène bucco-dentaire se mobilisent.**

Anne-Marie Nicole

La bouche est le lieu des sensations gustatives: elle goûte, déguste, salive, mange, mâche, mord, mastique, absorbe, boit, avale, déglutit... La bouche est aussi au cœur des relations sociales: elle exprime, parle, chuchote, sourit, rit, embrasse... Enfin, la bouche est source de vie: on y respire, inspire et expire... C'est donc dire si la cavité buccale et ses structures jouent un rôle essentiel en matière santé, de qualité de vie et de bien-être psychosocial.

De tout temps, la bouche et ses attributs ont retenu l'attention. Avant notre ère, pour soigner les dents malades et douloureuses, les Arabes appliquaient un fer rougi, les Romains faisaient couler de l'huile chaude et d'autres se gargarisaient avec de l'urine. En Occident, les arracheurs de dents sont apparus au Moyen-Age, tels des colporteurs jouant avec les superstitions qui collaient aux dents...

Si la santé dentaire occupait donc déjà nos lointains ancêtres, les mœurs ont évolué, et certaines pratiques ont disparu au fil des siècles, heureusement! Les mesures de prévention introduites dans les écoles dès les années 1960 et les campagnes de prophylaxie dentaire auprès de la population en général ont porté leurs fruits: aujourd'hui, de plus en plus de personnes conservent leurs dents naturelles jusqu'à un âge avancé.

**Les personnes âgées dépendantes éprouvent des difficultés à prendre soin de leurs dents.**

Cette évolution réjouissante a cependant son revers: en vieillissant, les mécanismes de défense peinent à lutter contre les infections bucco-dentaires, les caries et les maladies parodontales. Les personnes âgées fragilisées et dépendantes éprouvent des difficultés à prendre soin de leurs dents et leur mauvaise hygiène buccale entraîne souvent une dégradation rapide de l'état de santé général. Avec l'allongement de la durée de vie et le nombre croissant de personnes âgées, la santé bucco-dentaire devient un véritable enjeu de santé publique.

### Un impact lourd sur la santé

Méconnues, voire sous-estimées, les répercussions d'une mauvaise santé bucco-dentaire sont pourtant conséquentes. La sécheresse de la bouche, l'inflammation de la muqueuse buccale, les pressions dues à une prothèse mal adaptée, les problèmes de mastication et une déglutition difficile réduisent considérablement le plaisir de manger. Les carences nutritionnelles peuvent s'installer rapidement et avec elles une dégringolade générale: perte de poids, diminution des fonctions immunitaires et des capacités motrices, chutes, fractures, immobilisation, dépression...

Par ailleurs, les infections buccales favorisent aussi l'augmentation de la flore bactérienne pathogène dans la cavité buccale qui peut passer dans les bronches par aspiration et provoquer une pneumonie. «Dans les institutions gériatriques, un décès par pneumonie sur dix pourrait être évité grâce à une meilleure hygiène bucco-dentaire», rappelle Frauke Müller, spécialiste en gérodonologie à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, et présidente de la Société suisse de médecine dentaire pour handicapés et personnes âgées (SGZBB). Diverses études éclairent également

>>



Eat by walking: bouillon de viande aux œufs effilés en gelée.

le lien existant entre les infections parodontales et le diabète ainsi que les maladies cardiovasculaires.

#### Les soins de bouche sont complexes

Les raisons d'une mauvaise hygiène buccale des personnes âgées dépendantes sont multiples: déficit visuel, manque de dextérité pour se brosser les dents soi-même, priorité accordée aux soins médicaux qui se cumulent au détriment des soins dentaires, troubles cognitifs, peu d'empressement des personnes âgées à collaborer avec le personnel soignant pour l'hygiène buccale...

A cela s'ajoutent une mauvaise alimentation, les maladies chroniques qui tendent à concentrer sur elles toute l'attention, et l'isolement social qui agit comme un facteur de démotivation. «Par le passé, l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées vivant en institution se limitait à plonger un dentier dans un verre d'eau avec un comprimé effervescent nettoyant. Aujourd'hui, les soins de bouche sont plus compliqués», explique Frauke Müller, ajoutant que ces soins requièrent du temps, des compétences et des connaissances que tous les soignants n'ont pas.

Dès lors, la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes passe par une sensibilisation des responsables des EMS et par la formation du personnel soignant. «Pourquoi trouve-t-on des coiffeurs, des podologues ou encore des physiothérapeutes dans les EMS et pas d'hygiénistes dentaires?», s'interroge Jacqueline Boss, membre du comité central de Swiss Dental Hygienists, l'organisation professionnelle suisse des hygiénistes dentaires. Avec ses collègues, elle se bat depuis des

années pour faire reconnaître la profession et les ressources qu'elle peut apporter en EMS: prophylaxie, nettoyage, formation du personnel, discussion de cas. A ce jour, Swiss Dental Hygienists a formé plusieurs milliers de soignants en EMS aux soins bucco-dentaires. En Suisse romande, un groupe d'hygiénistes dentaires s'est récemment constitué qui propose des formations au personnel soignant des EMS.

A Genève, la Clinique universitaire de médecine dentaire (CUMD) propose aux professionnels des soins de longue durée un module de formation continue sur «La santé bucco-dentaire chez des personnes dépendantes», alliant enseignement théorique et exercices pratiques pour apprendre

les bons gestes et utiliser les bons produits. Mis en place il y a une dizaine d'années sous la responsabilité de la professeure Müller, le cours ne désemplit pas. Il faut dire que les places sont comptées: une quarantaine par année pour toute la Suisse romande...

Un autre cours se tiendra pour la première fois

en novembre prochain, sous le titre «Devenir médecin-dentiste référent en EMS». «Notre objectif est de susciter des vocations», explique Frauke Müller. Cette ambition rejoint la volonté affichée par la SGZBB de voir les professionnels de la médecine dentaire gériatrique devenir partie intégrante des équipes interdisciplinaires en EMS. Elle pourrait également favoriser une autre revendication exprimée par les professionnels des soins bucco-dentaires: systématiser l'examen bucco-dentaire à l'entrée en EMS. Face aux risques, les milieux professionnels se mobilisent. En 2015, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a réuni tous les représentants concernés autour d'une table ronde pour explorer des pistes de travail. «Nous comptons beaucoup sur cette table ronde pour modifier l'approche des soins bucco-dentaires auprès des personnes âgées dépendantes et renforcer les connaissances du personnel soignant», affirme Frauke Müller. «C'est bien. Mais il reste encore beaucoup à faire. Le chemin est long et sinueux...», conclut pour sa part Jacqueline Boss. ●

**«Les soins bucco-dentaires requièrent du temps et des compétences.»**

#### Pour en savoir plus:

[www.curaviva.ch/Infos-specialisees/Dossiers-thematiques](http://www.curaviva.ch/Infos-specialisees/Dossiers-thematiques)  
[www.dentalhygienists.ch/fr/profession/formation](http://www.dentalhygienists.ch/fr/profession/formation)



La maladie de Parkinson se développerait bien avant les premiers symptômes

## Une lente migration de l'estomac vers le cerveau

Le spécialiste des neurosciences, Heiko Braak, avance une toute nouvelle hypothèse: la maladie de Parkinson atteindrait le cerveau via l'estomac. Ou le nez. Elle pourrait donc être décelée bien avant les premiers symptômes. Cette découverte ouvre la porte à de nouveaux traitements.

Claudia Weiss

L'Afro-Américain Brian Grant, un géant de deux mètres de haut et de 115 kilos de muscles, avait réussi: joueur de basket en NBA, les Sacramento Kings, le Heat de Miami et les Lakers de Los Angeles... Tout lui souriait. Jusqu'au jour où il commence à transpirer exagérément, au point de devoir même sécher sa chemise dans un tumbler avant une apparition en public. Il souffre de plus en plus souvent de troubles digestifs aussi et de variations importantes de la pression artérielle. Puis il s'aperçoit qu'il ne peut plus aussi bien prendre appui sur sa jambe gauche pour sauter. Et lorsque sa main gauche se met à trembler, il décide de se retirer des terrains de basket. En 2008, le diagnostic tombe: Brian Grant est atteint de la maladie de Parkinson. Il a 36 ans.

Les formes précoces sont cependant rares. La maladie de Parkinson touche le plus souvent des personnes à partir de 60 ans. Mais les symptômes observés chez Brian Grant se manifestent également chez toutes les personnes concernées. Simplement, la constipation, l'irritation émotionnelle et les troubles de l'odorat qui persistent durant des semaines ne sont généralement pas attribués au syndrome parkinsonien. Ce sont pourtant là des signes évidents, et Heiko Braak a découvert pourquoi. Le neuroanatomiste allemand, âgé de 78 ans, depuis longtemps professeur émérite, continue activement ses

**Constipation, irritation et troubles de l'odorat peuvent être des signes.**

travaux de recherche dans un laboratoire de l'Université d'Ulm. Il y a développé l'hypothèse de Braak: «Le Parkinson ne se déclare pas seulement dans le cerveau», dit-il, «mais passe probablement d'abord par le nez et l'estomac pour atteindre le système nerveux du tube gastro-intestinal, puis progresse via les nerfs olfactifs et/ou le nerf vague, qui est le dixième nerf crânien, dans le cerveau.»

### Une protéine pathogène dans les tissus gastriques

Les conclusions de Heiko Braak reposent sur des analyses effectuées avec des patients. Il a pu démontrer la présence, dans les nerfs olfactifs et dans le système nerveux du tube gastro-intestinal, des débuts d'agrégats de l'alpha-synucléine, une protéine à l'origine de la maladie. Cela se vérifie également à un stade plus avancé, dans la substance noire, cette partie du cerveau moyen chargée de la sécrétion de la dopamine, dont la production diminue dans le cas d'un Parkinson.

Heiko Braak présume donc que la maladie se niche dans les muqueuses olfactives et gastriques durant des années, voire des décennies, avant qu'elle commence à se propager dans le cerveau et déclenche les troubles moteurs caractéristiques: tremblement de repos, rigidité musculaire et immobilité. «Si vous passez à côté d'une pizzeria et que vous ne

sentez plus l'origan, vous devriez vous faire examiner», recommande le neurologue. Le facteur déclenchant de la maladie «peut être un produit pesticide ou un virus qui s'attaque aux cellules nerveuses», suppose-t-il.

L'automne dernier, le professeur Heiko Braak a reçu le prix de la Fondation Annemarie Opprecht en récompense de ses travaux de recherche dans le domaine de la maladie de Parkinson, réalisés au cours des dernières décennies. Ce prix, doté de 100 000 francs, va lui permettre de poursuivre son activité

>>

et ainsi en savoir davantage sur les signes précoces de la maladie, ainsi que sur le mauvais repliement des protéines, par exemple, constaté systématiquement, non seulement dans la maladie de Parkinson, mais également dans celle d'Alzheimer. Dans le cas d'Alzheimer, il s'agit de la protéine tau pathologiquement altérée et de la bêta-amyloïde, et dans le cas d'un Parkinson de la protéine alpha-synucléine. Lorsqu'elles sont en contact avec des cellules nerveuses saines, ces protéines provoquent un mauvais repliement des protéines voisines, qui ne sont pas encore altérées. Une cascade fatale se propage alors le long des tissus nerveux, laissant derrière elle des dépôts de protéines qui s'agglutinent dans les cellules du cerveau. Le professeur Braak, avec sa collègue de recherche et épouse Kelly del Tredici, ont découvert déjà au niveau du tube gastro-intestinal de patients atteints d'un Parkinson, des agrégats de la protéine infectieuse (appelés corps de Lewy). L'hypothèse selon laquelle ces agrégats migrent de l'estomac vers le cerveau en passant par le nerf vague – une voie importante du système végétatif responsable de la régulation des organes sensoriels – est plausible et bien fondée: les personnes ayant subi une section chirurgicale du nerf vague pour traiter un grave ulcère gastroduodéal (vagotomie), sont considérablement moins touchées par la maladie de Parkinson.

## Une activité physique adaptée

La maladie de Parkinson est la deuxième affection neurodégénérative la plus fréquente après celle d'Alzheimer. En Suisse, 15 000 personnes sont touchées par le syndrome parkinsonien. Pour améliorer leur mobilité, elles pratiquent une activité physique adaptée. «C'est particulièrement important dans la mesure où les médicaments seuls ne sont pas suffisamment efficaces pour contrôler des mouvements et l'équilibre», explique Stephan Bohlhalter, médecin-chef du Centre de neurologie et neuroréhabilitation de l'hôpital cantonal de Lucerne. La neuroréhabilitation est un complément essentiel, par exemple avec des exercices de tai-chi. «Comme une étude l'a démontré, ces exercices diminuent le risque de chute.» Dans la maladie de Parkinson, c'est l'automatisme des mouvements qui est perturbé. Par conséquent, les patients doivent se concentrer pour s'obliger à faire des pas suffisamment longs, comme le font tout naturellement des personnes en bonne santé. «Les exercices adaptés agissent sur le lobe frontal du cerveau pour initier des mouvements plus amples», explique le médecin-chef. Le manque d'attention peut provoquer des blocages moteurs. Quelques trucs simples aident le patient à surmonter ces blocages par des mouvements adaptés. «Même un cerveau frappé d'une maladie neurodégénérative comporte des parties saines qui peuvent être sollicitées», affirme encore Stephan Bohlhalter. «Et grâce au programme d'activité physique adaptée, les patients conservent leur autonomie plus longtemps.»

## Des coupes du cerveau pour illustrer les stades de la maladie

Heiko Braak sort délicatement des planches de carton de sa mallette. Au moyen de film adhésif, il y a fixé ce qui ressemble, à première vue, à de fines tranches de chou-fleur colorées en beige. En réalité, ce sont de très fines coupes des deux hémisphères du cerveau humain, que le professeur a soigneusement préparées et soumises à une sorte de réaction immunitaire, de façon à ce que les parties affectées se teintent de brun. Le Parkinson devient ainsi tangible aussi pour les novices. Le chercheur a écrit «stade 3» au stylo feutre près de la petite tache brune qui recouvre déjà l'amygdale, ce noyau en forme d'amande qui régule les émotions. Il a également situé le «stade 4», avec des signes d'altérations qui s'étendent sur une plus large surface, et le «stade 6», le dernier stade de la maladie qui se

traduit par une couleur brune sur l'entier du pourtour du cerveau et qui plonge aussi les patients dans la dépendance et la démence. Au cours de ses longues années de recherche, Heiko Braak a ainsi examiné dans le détail quelque 7000 cerveaux humains et pu démontrer que l'altération du cerveau, dans le cas de la maladie de Parkinson, progresse toujours selon un même schéma. Les neuropathologues du monde entier détaillent depuis longtemps les degrés d'évolution de la maladie selon les stades 1 à 6 développés par Heiko Braak. Bien avant, il avait déjà conçu un système similaire pour la maladie d'Alzheimer.

«Je suis attaché à ces maladies», affirme le professeur, avec un humour froid. «Elles suivent sagement les lois anatomiques.» Au fil de ses recherches, il a noué pour ainsi dire une relation amicale avec les cellules nerveuses, parlant d'elles comme des «petits gars incroyablement résistants», qui vivent facilement 100 ans pour autant qu'on les traite bien. Selon Heiko Braak, la «démence sénile» n'existe pas: «J'ai déjà vu de très beaux cerveaux âgés.» Et d'ajouter, enthousiaste: «Le cerveau d'une dame de 104 ans, par exemple. Tellement frais! Visiblement vieux, certes, mais magnifique!» Les agrégats de protéines pathogènes ne seraient, par conséquent, pas dus au processus du vieillissement, mais à l'altération de leur propre structure.

## Des travaux déterminants pour l'avenir

Si les travaux de Heiko Braak n'expliquent pas pourquoi certains cerveaux vieillissent bien et d'autres pas, ils sont cependant déterminants pour l'avenir de la recherche dans le domaine du Parkinson. «Il a développé de solides arguments pour démontrer que c'est bien la protéine alpha-synucléine qui déclenche la maladie», affirme Mathias Sturzenegger, médecin-chef de la clinique universitaire neurologique de l'Hôpital de l'île à Berne, et président du comité d'attribution du prix de la Fondation Annemarie Opprecht. «L'alpha-synucléine est le principal biomarqueur de la maladie de Parkinson.»

La découverte de ce biomarqueur signifie qu'à l'avenir la maladie de Parkinson pourra être diagnostiquée beaucoup plus

## Autres informations:

Parkinson Suisse, [www.parkinson.ch](http://www.parkinson.ch)

Fondation Brian Brant, [www.briangrant.org](http://www.briangrant.org)



Les fines coupes du cerveau humain, que le professeur Heiko Braak a soumises à une sorte de réaction immunitaire, de façon à ce que les parties affectées se teintent de brun.

Photo: Wolfram Scheible pour Bild der Wissenschaft

tôt, bien avant l'apparition des troubles moteurs. «Le jour où nous pourrions identifier exactement le facteur déclenchant externe, nous aurons alors de nouvelles pistes pour concevoir des traitements qui empêchent l'intervention de ce facteur pathogène ou la propagation de l'alpha-synucléine altérée dans le cerveau.» Mathias Sturzenegger estime cependant qu'il faudra encore patienter quelques années pour y arriver.

En attendant, les patients souffrant d'un syndrome parkinsonien, et parmi eux l'ex-basketteur Brian Grant, aujourd'hui âgé de 43 ans, devront se contenter des traitements actuellement disponibles: la neuroréhabilitation adaptée permet de préserver beaucoup plus longtemps les fonctions motrices (lire l'encadré). Divers médicaments, comme la Levodopa, peuvent pallier le déficit en dopamine dans le cerveau et réduire les symptômes de la maladie comme le ralentissement des mouvements, la rigidité musculaire et les tremblements. Lorsque Brian Grant parle de sa maladie, au cours d'interviews et de reportages, les doigts de sa main gauche bougent sans cesse et ses tremblements sont

**Les médicaments ont une durée d'efficacité de cinq à dix ans seulement.**

pénibles à regarder. Probablement qu'un jour les médicaments antiparkinsoniens ne seront plus efficaces dans son cas. La plupart d'entre eux ont une durée d'efficacité de cinq à dix ans seulement. Leurs effets s'estompent alors, et certains provoquent mêmes des effets secondaires à long terme, tels que des mouvements et contractions involontaires. A ce stade, une

stimulation électrique intracrânienne (deep brain stimulation), dont les électrodes sont directement implantées dans le cerveau, peut être indiquée, surtout chez les jeunes patients. Brian Grant est un battant. D'abord, pour se maintenir en forme, il s'astreint à un programme physique spécialement conçu pour les malades de Parkinson ([www.briangrant.org/exercice](http://www.briangrant.org/exercice)).

Et il encourage tous les malades fraîchement diagnostiqués: «Tu ne peux pas toujours influencer le cours des choses. Mais tu es toujours maître de l'énergie que tu vas y investir.»

Et ça, nul n'a besoin de le rappeler au neuroanatomiste Heiko Braak. Toujours avec la même ardeur, il examine inlassablement les coupes du cerveau, les alpha-synucléines et les corps de Lewy, dans le laboratoire que l'Université d'Ulm met à sa disposition. Il est fermement décidé à vérifier son hypothèse: il pourrait ainsi ouvrir la voie à de nouveaux traitements contre la maladie de Parkinson. ●

Texte traduit de l'allemand

Les services d'aide et de soins se déplacent à l'hôtel

## Des vacances sans souci

**Des vacances à l'hôtel pour les personnes en fauteuil roulant ou en situation de dépendance: c'était impensable il y a peu encore. Aujourd'hui, c'est possible, grâce à «Claire & George» qui proposent de l'aide et des soins durant les séjours hôteliers.**

Beat Leuenberger

Les infirmières dévouées se prénomment-elles donc souvent Claire? Et les majordomes aux petits soins des clients, s'appellent-ils généralement George? «Claire & George»: ce sont en tout cas les prénoms choisis par Susanne Gäumann pour baptiser son «bébé», une fondation à but non lucratif qui rassemble les services proposés par ces deux professions. Claire & George organise des vacances individuelles à l'hôtel pour des personnes ayant besoin des services d'aide et de soins à domicile. «Même s'ils ont besoin de soins ou d'assistance, nos clients n'ont pas envie de passer leurs vacances dans un centre thermal, en voyage organisé ou dans une maison de retraite», explique Susanne Gäumann. «Ils veulent profiter des vacances aussi normalement que possible aux côtés de leur conjoint ou de leur famille. C'est pourquoi nous avons choisi pour notre fondation un nom qui n'avait aucune consonance médicale mais qui fait plutôt penser à un couple d'hôtes.» Dans la foulée de la Fondation Claire & George, créée au printemps 2013, Susanne Gäumann a lancé le concept de vacances à l'hôtel avec services d'aide et de soins dans toute la Suisse. Le catalogue 2016 propose une cinquantaine d'établissements offrant des infrastructures particulières: zones sans barrières architecturales pour les personnes à mobilité réduite, toilettes

accessibles en fauteuil roulant, chambres avec vue, adaptées ou partiellement adaptées aux personnes en fauteuil roulant, ou encore douches de plain-pied. Certains hôtels proposent l'ensemble de ces services, d'autres ne disposent que de quelques équipements.

### Une assistance pour soulager des tâches quotidiennes

En ce beau matin d'été, le rôle de Claire est assuré par Maya Bachmann, infirmière au sein de l'association privée d'aide et de soins à domicile lucernoise. Elle se rend à l'hôtel pour aider une cliente, Alexandra Schlunegger, 31 ans, à se lever, à faire sa toilette et à s'habiller. Alexandra est atteinte d'une maladie musculaire évolutive qui touche également les bras. Clouée dans un fauteuil roulant électrique depuis 2012, elle teste pour la première fois les services de Claire & George: elle s'est offert un week-end à l'hôtel et a opté pour une chambre dans la tour avec une vue magnifique sur le lac des Quatre-Cantons et les

imposantes montagnes vis-à-vis. La jeune femme est accompagnée de sa mère, qui l'aide à gérer le quotidien à la maison. Elle profite des quelques jours qu'elle peut passer avec sa fille et sa petite-fille, libérée des tâches d'assistance qu'elle assume avec son mari à longueur d'année.

Au préalable, Claire & George a informé l'association de soins à domicile du séjour et communiqué les informations administratives, le temps requis, l'étendue des soins. «Les services proposés par la fondation sont très intéressants pour nous», précise Maya Bachmann. «Nous recevons sans cesse des demandes pour des lits de court séjour pendant les

**«Nos clients veulent profiter des vacances aussi normalement que possible.»**

Plus d'information: [www.claireundgeorge.ch](http://www.claireundgeorge.ch)



Alexandra Schlunegger et sa fille Delia. «Je fais de mon mieux pour aider maman.»

Photo: Maria Schmid

vacances. Grâce à la structure Claire & George, nous pouvons désormais répondre à cette demande et donner les informations souhaitées.»

Alexandra Schlunegger est venue à l'hôtel avec sa fille Delia, âgée de six ans. «Je fais de mon mieux pour aider maman et elle m'aide aussi», explique la fillette, le visage radieux. Mais si elle veut jouer, aller à la piscine ou faire du ski, elle doit s'adresser à ses grands-parents.

#### Une agence de voyage un peu particulière

C'est en partant de son expérience personnelle que Susanne Gäumann a eu l'idée de créer Claire & George: «Ma mère et moi avions envie de passer des vacances ensemble, comme nous le faisons par le passé», raconte-t-elle. «Mais elle a commencé à avoir besoin d'aide et de soins à domicile, et elle a toujours refusé que je l'aide, parce qu'elle ne voulait pas être une charge pour moi. J'ai alors pensé que ce serait génial si quelqu'un pouvait venir à l'hôtel pour assurer les soins nécessaires.»

Susanne Gäumann a donc développé une agence de voyages un peu particulière, mettant en réseau les associations de ser-

vices d'aide et de soins à domicile, les hôtels et les vacanciers ayant besoin d'assistance. Claire & George est financée par les commissions versées par les hôtels partenaires, ainsi que par des subventions accordées lors de la phase de développement par le secrétariat d'Etat à l'économie (Seco), le Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées, la Fondation Age et différentes organisations touristiques. A partir de 2017, le modèle économique prévoit l'autofinancement de la fondation. Les clients ne paient pas de supplément pour les services proposés par Claire & George.

En 2013, première année d'exploitation, Claire & George a réalisé 500 nuitées. En 2014, ce chiffre a doublé et l'an dernier la barre des 2000 nuitées a été franchie. Plus des deux tiers des clients sont des seniors souffrant de problèmes de mobilité ou d'infirmités liées à l'âge. Un tiers des personnes ont moins de 65 ans et ont besoin d'aide en raison d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap. La prestation d'aide et de soins à l'hôtel est la même pour tout le

monde: soins de base adaptés aux besoins de chacun, promenade accompagnée, transport ou encore location de moyens auxiliaires. En règle générale, Claire & George travaille en collaboration avec les prestataires de services

**Deux tiers des clients sont des seniors souffrant de problèmes de mobilité.**

publics, par ailleurs représentés au conseil de fondation. En fonction des soins nécessaires, il se peut que la fondation fasse appel à des partenaires privés, comme c'est le cas pour Alexandra Schlunegger.

«L'hôtel nous a fait une très bonne impression», affirme Brigitte Lippuner, 58 ans, maman d'Alexandra, même si la chambre dans la tour avec une vue imprenable sur le lac et les montagnes n'est pas tout à fait adaptée à la situation: en effet, la salle de bain n'est que partiellement accessible aux personnes à mobilité réduite. «Avec de l'aide, ça va pour quelques jours de vacances», confie-t-elle. «Pour un séjour plus long, nous aurions choisi une chambre entièrement accessible, mais nous aurions dû alors renoncer à la vue.»

Alexandra Schlunegger peut encore faire pas mal de choses toute seule. Elle a perdu son travail en 2013 lorsqu'elle a été déclarée malade à 40 %. Elle en a profité pour saisir sa chance: «Depuis longtemps, l'idée de me mettre à mon compte me trotte dans la tête.» Depuis un an, Alexandra a sa propre agence fiduciaire. Elle travaille avec une partenaire et a un apprenti. «Trouver un hôtel en Europe qui ne se contente pas de promettre l'accessibilité aux personnes handicapées, mais qui tient concrètement ses promesses, cela relevait encore de l'impossible il y a quelque temps.» Les choses ont changé, du moins en Suisse: «Sur le portail de réservation en ligne de Claire & George, j'ai pu mentionner les services dont j'avais besoin.» Et effectivement, «j'ai eu ce qu'on m'avait promis: un personnel professionnel, un hôtel accessible en fauteuil roulant, une chambre superbe et la proximité du lac.» ●

Texte traduit de l'allemand

# Actualités

## International

### Chine : le phénomène des vieillards qui chutent...

La Chine connaît actuellement un vieillissement sans précédent de sa population, et avec lui l'éclatement de la cellule familiale. Dans le temps, les enfants étaient censés s'occuper des parents vieillissants, mais avec le développement économique, la hausse des loyers et les enfants qui partent s'expatrier à l'étranger, les jeunes ne peuvent plus s'occuper des anciens... Résultat : les aînés se retrouvent livrés à eux-mêmes. Dans ce contexte, on voit se développer une arnaque: de nombreux aînés se laissent tomber puis portent plainte contre les personnes qui sont venues les relever en prétendant qu'elles les ont bousculés, afin de réclamer des dédommagements. Si de nombreux cas sont vite résolus grâce aux caméras de surveillance qui dénoncent l'escroquerie, le problème est que maintenant, lorsqu'une personne âgée chute vraiment dans la rue, plus personne ne lui vient en aide de peur d'être accusé de l'avoir fait trébucher. Ainsi, un vieillard est mort seul en pleine rue, personne n'ayant osé lui porter secours. Et les cas sont de plus en plus nombreux... ([senioractu.com](http://senioractu.com))

## Suisse

### Conférence SHURP 2016

Début février à Berne, la Conférence SHURP 2016 avait pour but de présenter et discuter de nouveaux résultats d'étude issus des EMS suisses. Les thèmes sont l'environnement de travail du personnel de soins et d'accompagnement, son lien avec différents résultats tels que la satisfaction au travail, les agressions vécues ou les problèmes de santé), et la qualité des soins. Avec le projet «Swiss Nursing Homes Human Resources Project» (SHURP), conduite entre 2011 et 2013 par l'Institut de recherche en soins infirmiers de l'Université de Bâle, la situation de travail du personnel des soins et d'accompagnement, la sécurité des résidents et la qualité des soins prodigués, ont été étudiés pour la première fois sur la base d'un échantillon représentatif d'EMS suisses. Les premiers résultats de l'étude SHURP ont été diffusés à l'automne 2013 dans un rapport général. Depuis, l'équipe de recherche a publié d'autres résultats d'analyse dans des revues professionnelles nationales et internationales. (Plus d'informations: <https://shurp.unibas.ch/fr/conference-2016>)

Annonce

«Proximité et expertise, source de plus-value.»

BDO SA



Plus d'informations auprès de nos spécialistes:

**BDO SA** Biberiststrasse 16, 4001 Soleure, Tél. 032 624 62 46

**BDO SA** Rte de la Corniche 2, 1002 Lausanne, Tél. 021 310 23 23

Votre distributeur:

**ABACUS**  
BUSINESS SOFTWARE

**BDO**

Audit | Fiduciaire | Fiscalité | Conseil

[www.bdo.ch](http://www.bdo.ch)

# INFORMATIONS DU DÉPARTEMENT PERSONNES ÂGÉES

## Bilan 2015 de la commission formation & RH

La commission s'est réunie à cinq reprises l'année dernière. Elle a organisé la matinée de réflexion sur la thématique de l'intégration par les EMS des ASA (AFP). Pour la première fois, elle a réuni les professionnels à l'occasion d'un groupe d'échange d'expériences et de bonnes pratiques sur la mission de formation des EMS et la fonction de responsable de formation. La Commission s'est également prononcée sur les consultations en lien avec les révisions des formations ASSC et ASE. Une plateforme romande de formation continue a été lancée en phase pilote sur le site de CURAVIVA Suisse. Enfin la Commission s'est penchée sur les brevets et examens supérieurs, notamment le brevet en soins de longue durée et accompagnement, dont les premiers examens sont prévus pour l'automne 2016.

La commission formation & RH est actuellement constituée d'Anne Parelle (AVDEMS – présidence 2016), Olivier Schnegg (ANEMPA), Luca Janett (ACAS), Katia Metayer (FEGEMS) Oscar Fernandez (ANIPPA) et Bénédicte Tisserand (AJIPA). Cet organe et son homologue allemand sont les lieux de décision pour l'ensemble des objets nationaux en lien avec la formation et les RH dans le domaine des EMS.

### Vous souhaitez en savoir plus ou interagir avec cette commission?

Marlyse Fleury  
Secteur Formation & RH personnes  
âgées Suisse latine  
m.fleury@curaviva.ch

## Manifestations romandes 2016 de CURAVIVA Suisse

### Qu'est-ce qu'on fait quand on n'a pas le temps?

Une matinée de réflexion autour des résultats et des pistes ouvertes par l'étude SHURP.

- Mardi 31 mai, 9h15 à 12h30
- Hôtel La Longeraie, Morges

### Construction, Rénovation: Penser l'EMS des Baby-Boomers!

Comment se préparer à accueillir les enfants du baby-boom? Le point avec Felix Bohn, architecte et gérontologue, avec des architectes et directeurs ayant récemment entrepris des travaux et présentation par CURAVIVA Suisse de la 6e génération d'EMS.

- Jeudi 16 juin, 13h45 à 16h45
- NH Hotels, Fribourg

### BESA, RAI, PLAISIR ... et après?

BESA, RAI, interRAI, PLAISIR: Comment fonctionne les outils d'évaluation des soins requis? Une demi-journée pour les découvrir et vous faire votre propre opinion. A l'heure où les jours de PLAISIR semblent comptés, une table-ronde clôturera la journée.

- Mardi 6 septembre, 13h45 à 16h45
- Hôtel Alpes et Lac, Neuchâtel

## Attractivité de l'emploi et fidélisation du personnel en EMS

Une rencontre pour donner l'occasion aux directions d'institutions et aux cadres concernés, de partager leurs expériences et leurs pratiques. Plusieurs études menées et projets en cours constitueront la trame des ateliers proposés.

- Mercredi 28 septembre, 13h30 à 17h00
- CIP, Tramelan

### La bientraitance: Un projet romand!

Interventions de spécialistes internationaux et nationaux, ateliers interactifs et le prix innovation: cette huitième édition de la Rencontre romande sera dédiée à la Bientraitance. Cette thématique constitue le premier projet mené conjointement par toutes les associations de la Plateforme romande.

- Mardi 15 novembre, 9h00 – 17h00
- Hôtel Aquatis, Lausanne

### Informations et inscriptions:

[www.offresdeformation.curaviva.ch](http://www.offresdeformation.curaviva.ch)

### Contact:

Secrétariat romand CURAVIVA Suisse  
Camille-Angelo Aglione  
031 385 33 47  
[ca.aglione@curaviva.ch](mailto:ca.aglione@curaviva.ch)



# care@home

**PRO  
SENECTUTE**  
PLUS FORTS ENSEMBLE



**24 mai 2016**  
Palais des Congrès  
Bienne

## Colloque national

**Proches aidants:  
un investissement qui peut parfois devenir une charge**

Nous vivons de plus en plus vieux et en meilleure santé. Reste que dans la plupart des cas, plus nous vieillissons, plus nous dépendons d'autres personnes, proches ou professionnels. Le colloque national de Pro Senectute est consacré à ce thème.

### Intervenant-e-s

- **Alain Berset**, conseiller fédéral
- **Prof. Carlo Knöpfel**, HES de la Suisse du Nord-Ouest
- **Christine Egerszegi-Obrist**, ancienne conseillère aux Etats
- **Martine Ruggli**, PharmaSuisse
- **Jürg Hofer**, Avidamo SA
- **Jérôme Cosandey**, Avenir Suisse
- **Pia Kaeser**, journaliste SRF

Vous pourrez également approfondir vos connaissances dans le cadre de huit ateliers.

Pour vous inscrire ou obtenir davantage d'informations, rendez-vous sur  
**care-athome.ch**

Partenaires

pharmaSuisse  
Société Suisse des Pharmaciens



Partenaire communication

**SPITEX  
MAGAZIN**