

SOINS MÉDICAUX ET TRAITEMENTS THÉRAPEUTIQUES DANS LES EMS



IMPRESSUM

Editeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Layout:

CURAVIVA Suisse

Editeur:

août 2015

Sommaire/Sous-dossiers

- Médecins traitants et médecins répondants
- Psychiatrie de l'âge avancé
- Gériopsychologie
- Médecins dentistes
- Pharmaciens
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Perspectives éthiques
- Perspectives multiprofessionnelles

LE RÔLE DES MÉDECINS DE FAMILLE ET DES MÉDECINS D'EMS DANS LA PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS EN EMS



IMPRESSUM**Editeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteur:

Jean-Luc Moreau-Majer, en collaboration avec la Commission pour la gériatrique ambulatoire et stationnaire de longue durée de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG (présidente : Gabriela Bieri-Brüning) et avec d'autres collègues exerçant leur activité médicale en EMS.

Copyright photo de couverture: Monique Wittwer, www.moniquewittwer.ch

Layout: CURAVIVA Suisse

Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine. Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

| | | |
|------|--|----|
| 1. | Résumé | 4 |
| 2. | Quelles seraient les conditions idéales ? | 4 |
| 3. | Qu'offrons-nous aujourd'hui? | 4 |
| 4. | Les conditions auxquelles nous sommes confrontés | 5 |
| 5. | Description des solutions cantonales caractéristique | 6 |
| 6. | Financement | 7 |
| 7. | Médecin d'EMS vs médecin de famille | 7 |
| 8. | Ce que nous attendons | 8 |
| 9. | Références | 9 |
| 9.1. | Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG) | 9 |
| 9.2. | Société Suisse de Gérontologie SGG-SSG | 10 |
| 9.3. | Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM | 10 |

1. Résumé

En Suisse, les soins médicaux apportés aux personnes vivant dans des institutions de soins de longue durée sont conçus de façon très hétérogène. Cela s'explique par le fédéralisme qui caractérise le système de la santé d'une part, par les écarts existant entre le système des médecins de famille et médecins d'EMS et les missions différentes des institutions d'autre part.

Face au manque croissant de médecins de premier recours et au peu d'attractivité que présente actuellement le travail de médecin d'EMS, les institutions de soins de longue durée sont contraintes d'agir. Elles doivent s'assurer que les médecins, les soignants, les thérapeutes et les autres groupes de professionnels en EMS puissent collaborer en permanence dans des structures adaptées.

2. Quelles seraient les conditions idéales ?

Une bonne collaboration interprofessionnelle entre les soignants et les thérapeutes dans les soins de longue durée est la règle dans tous les EMS suisses. Les objectifs de la prise en soins sont (dans la mesure du possible) discutés et définis avec les personnes concernées et leurs proches.

3. Qu'offrons-nous aujourd'hui?

Nous offrons aux résidents :

Les résidentes et résidents des EMS sont particulièrement vulnérables et figurent parmi les membres les plus fragiles de notre société. Pour la plupart, ils sont atteints de plusieurs pathologies simultanément : démarche mal assurée, chutes, incontinence, douleurs, troubles cognitifs et dépression, insuffisance rénale, etc. La pharmacothérapie est par conséquent complexe, les avantages et les risques de chaque traitement doivent être évalués, les désirs et les peurs des personnes concernées et de leurs proches doivent être questionnés et discutés. Pour beaucoup, l'EMS est aussi le lieu du mourir ; une bonne médecine palliative et des bons soins palliatifs doivent être garantis.

Dans l'idéal, les résidents sénescents sont pris en charge dans l'EMS par leur médecin de famille qui connaît bien ses patients et leur environnement familial depuis des années. La longue histoire commune se poursuit dans l'institution de soins de longue durée sans interruption et permet de maintenir la confiance. Les décisions sont discutées avec les personnes concernées, leurs proches, l'équipe soignante et les autres professionnels des soins. Il est ainsi possible d'écartier des mesures qui ne correspondent pas au souhait du patient ou qui ne laissent entrevoir que des résultats discutables.

Nous offrons aux EMS :

Dans les EMS qui accueillent aussi des résidents nécessitant des soins particulièrement complexes, le nombre de courts séjours et de patients en soins de réhabilitation a augmenté depuis l'introduction des DRG (Diagnosis Related Groups ou groupes de cas en fonction du diagnostic) dans les hôpitaux de soins aigus. Ces institutions offrent, dans la structure d'organisation des soins de longue durée, des prestations

qui relèvent davantage de la médecine hospitalière. L'état de santé des personnes concernées est extrêmement instable et les problèmes psychosociaux et éthiques qui apparaissent en lien avec les objectifs thérapeutiques, les départs, les mesures destinées à prolonger la vie, etc., sont particulièrement accaparants.

D'autres EMS se sont spécialisés dans l'accueil de personnes souffrant de démence, de maladies psychiatriques ou de handicap mental. Ici, ce sont les troubles du comportement, qui mettent parfois en danger la personne elle-même ou autrui, et les symptômes neuropsychiatriques qui sollicitent fortement toutes les parties en présence.

Pour la plupart, ces institutions de soins de longue durée spécialisées ne fonctionnent pas selon un système de médecins de famille mais collaborent avec des médecins d'EMS sur la base d'un contrat de travail ou d'un mandat.

Un médecin d'EMS qui exécute bien son travail ne se limite pas à poser des diagnostics et prescrire des médicaments. Une large part de son activité est dévolue à la communication avec les résidents, avec leurs proches, avec le personnel des soins et de l'accompagnement et les thérapeutes. Cette collaboration interdisciplinaire constitue un élément essentiel pour une bonne prise en charge gériatrique à long terme.

4. Les conditions auxquelles nous sommes confrontés

En Suisse, la prise en charge médicale des résidents en EMS est très hétérogène. Chaque canton a ses propres lois et ordonnances. Cela va de l'obligation d'associer un ou une médecin au sein de la direction de l'établissement à l'absence de toute disposition relative à la prise en charge médicale dans les EMS (cf. paragraphe 4).

Ces dernières années, les exigences médicales dans les institutions de soins de longue durée n'ont cessé d'augmenter, tandis que les efforts tendent plutôt à restreindre le domaine des soins de longue durée aux seules prestations de soins et d'accompagnement. La complexité grandissante de la prise en charge médicale et soignante se heurte à l'appauvrissement des ressources personnelles et financières.

En raison de paquets de mesures d'économies politiquement motivées, mais scientifiquement infondées, les ressources viennent à manquer. Le nombre de soignants qui terminent actuellement leur formation est bien inférieur aux besoins futurs et la durée d'exercice du métier est courte, écrit un groupe de travail de la CDS et de l'OFSP en 2012. Le groupe de travail ajoute : « Le manque imminent de médecins de premier recours se manifeste surtout par la moyenne d'âge élevée des praticiens, parallèlement à une demande croissante de prestations de médecine familiale. Dans le même temps, la relève se fait attendre et la demande de travail à temps partiel augmente en raison de la féminisation de la médecine, avec à la clé, ici encore, la nécessité d'un effectif de médecins plus important. »

Les médecins de famille qui soignent des résidents en EMS rapportent que cette activité est certes intéressante, mais que les conditions de travail sont mauvaises. Le rythme de travail soutenu au cabinet les obligerait à prévoir leurs visites en EMS à des heures marginales, lorsque les infirmières et infirmiers diplômés ne sont généralement plus atteignables. De nombreuses prestations chronophages, comme les entretiens, les visites et les discussions de cas, sont peu ou pas du tout rémunérées. Au bout du compte, de nombreux jeunes médecins motivés et bien formés renoncent à exercer leur activité en EMS.

Il n'y a pas que les exigences médicales qui ont augmenté, les impératifs administratifs aussi. Le nouveau droit de protection de l'adulte, notamment, requiert plus de temps pour discuter des directives anticipées et des contrats d'accueil avec les résidents et leurs proches. La documentation des prestations médicales et soignantes est de plus en plus accaparante. De plus, les activités qui ne sont pas directement en lien avec la prise en charge individuelle d'un patient (colloques d'équipe, fonctions de contrôle, séances) sont à peine financées et, par conséquent, à peine réalisées (Grob D, 2014).

- [\(Groupe de travail de la CDS et de l'OFSP \(2012\). Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours\)](#)
- [\(Grob, Daniel \(2014\). Checkliste für VR-Mitglieder von Pflegezentren – Fragen zur ärztlichen Versorgung des Pflegezentrums \) \(en allemand\)](#)

5. Description des solutions cantonales caractéristique

- Haut degré de réglementation (p. ex. TI, JU ou VD)
- Médecin responsable obligatoire (p.ex. BE, FR ou ZH)
- Pas de réglementation (p.ex. BS, LU, SG ou NE)

Des données plus précises sont disponibles sous les liens suivants:

[\(Bieri-Brüning G \(2013\). Gesetzliche Rahmenbedingungen für Heimärzte je nach Kanton\) \(en allemand\)](#)

[\(Bieri-Brüning \(2013\). Resultat der Umfrage der SFGG/SPSG bei den Kantonsärzten\) \(en allemand\)](#)

6. Financement

En principe, les prestations des médecins d'EMS/médecins de famille sont facturées selon le tarif TARMED en vigueur dans le domaine ambulatoire, si l'EMS a conclu un contrat de forfait partiel avec les caisses maladie. Les prestations qui ne se rapportent pas à la prise en charge d'une personne en particulier ne peuvent pas être facturées selon TARMED ; leur indemnisation n'est actuellement pas résolue.

Dans le système du médecin d'EMS avec un contrat de forfait complet, le médecin est engagé par l'EMS. La rémunération est fixée dans le contrat de travail.

7. Médecin d'EMS vs Médecin de famille

Les médecins assument une part importante de la prise en charge des résidents d'EMS. Il ressort de diverses études scientifiques dans le domaine des soins de longue durée que les interventions multidisciplinaires dans les soins et l'accompagnement de personnes âgées sont les plus efficaces. La collaboration des médecins avec le personnel soignant et les autres professionnels thérapeutiques est déterminante. Dans une étude sur la fourniture et la qualité des soins dans les homes médicalisés nord-américains, Katz P. et al. (2009) ont par exemple pu démontrer que l'implication du médecin influait positivement sur le taux d'hospitalisation, l'état de santé et la satisfaction des résidents, et qu'une moindre présence médicale nuirait à la santé des patients. Par conséquent, l'auteur en appelle à la création de la fonction du « nursing home physician specialist ». En 1990, la Hollande a introduit le titre spécialisé de « verpleeghuisarts », qui a fusionné en 2006 avec le titre de « sociale gériatrie » pour donner le « specialist ouderengeneeskunde ».

Même si une spécialisation des médecins actifs en EMS peut sembler souhaitable, elle n'est pas réaliste au vu du manque de relève. Le risque existe que des exigences de qualité exagérées (y compris l'incontournable documentation) conduisent paradoxalement à une baisse de la qualité des soins et de l'accompagnement.

- Katz, Paul R., Karuza, J., Intrator, O., Mor V.. (2009). Nursing home physician specialists: A response to the workforce crisis in long-term care. *Annals of Internal Medicine*, 150(6), 411-413. <http://annals.org/article.aspx?articleid=744385>
- Naef J, 2009. Geriatrie für den Hausarzt: Die Situation in der Schweiz. In: Geriatrie für Hausärzte, Hrsg. Stoppe G & Mann E, Verlag Hans Huber Bern, 2009.(en allemand)

8. Ce que nous attendons:

Les personnes âgées et fragilisées qui vivent en EMS ont droit à prise en charge continue de qualité. La principale ressource pour prendre soin et accompagner ces personnes est le temps à disposition. Les institutions de soins de longue durée veillent à ce que les médecins, les soignants, les thérapeutes, les pharmaciens et les autres professionnels œuvrant en EMS collaborent de façon systématique et dans des structures adaptées à cet effet.

Non seulement les institutions accordent le temps nécessaire pour le travail interdisciplinaire au chevet des patients, mais en plus elles sont obligées de rémunérer de façon appropriée les prestations médicales pour l'institution qui ne peuvent pas être directement imputées à certains résidents. Cela vaut également pour le temps durant lequel l'institution peut joindre par téléphone la ou le médecin (service de piquet). Les exigences relatives à la prise en charge médicale dans les EMS doivent être réglées au niveau national. Les exigences minimales sont les recommandations de l'ASSM, qui stipulent qu'une institution doit désigner une ou un médecin d'EMS responsable, à qui incombe l'organisation des soins et des actes médicaux dans l'institution et qui dispose pour ce faire des connaissances nécessaires.

Certaines tâches, qui appartiennent aujourd'hui encore au domaine de compétence du médecin d'EMS, sont parfois assumées par des professionnels des soins infirmiers spécialisés (p.ex. les infirmières de pratique avancée). Cette évolution est en principe bienvenue, pour autant que la collaboration repose sur la coopération et que les métiers se complètent les uns les autres. Remplacer entièrement les médecins de famille et les médecins d'EMS par du personnel infirmier impliquerait cependant d'importantes modifications des bases juridiques existantes (définition des responsabilités, réglementation des prescriptions, réglementation des certificats, dispositions cantonales, etc.). En outre, les attentes des résidents à l'égard de la prise en charge médicale ne seraient pas satisfaites.

Au cours de leur formation professionnelle et continue, les étudiants et les médecins assistants devraient acquérir de l'expérience dans le domaine des soins de longue durée ; cela pourrait durablement influencer l'orientation de la spécialisation médicale ultérieure.

(Académie Suisse des Sciences médicales ASSM (2013). Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance) (en allemand)

9. Références

9.1 Société Professionnelle Suisse de Gériatrie (SPSG)

[La Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG](#) est l'organisation professionnelle (ordre professionnel) des médecins détenteurs d'un titre FMH pour la médecine générale ou pour la médecine interne, qui détiennent également (= membres ordinaires) ou qui sont en voie d'obtenir (= membres temporaires) la formation approfondie en gériatrie (médecine de la personne âgée), ainsi que des médecins intéressés

par la gériatrie (= membres associés). Elle a été fondée en 1992 sous l'égide de la SGG-SSG avant de devenir, le 1^{er} janvier 2003, une association indépendante dotée de ses propres statuts.

- [Profil de la gériatrie \(2006\)](#)
- [Recommandations / Directives de la SPSG](#)

[Modèles de conventions de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG](#) - Convention de collaboration entre le médecin responsable de l'établissement et l'EMS :

Convention de collaboration entre un [médecin indépendant et l'EMS](#) :

(Bochsler H, Bieri-Brüning G, Gründler B (2002). Mustervereinbarung für eine effiziente Zusammenarbeit von Verantwortungsträgern in Langzeitpflegeinstitutionen (Heimleitung , Pflegediensten) und betreuenden Ärzten (Heim- , Beleg- und Personalärzten) (en allemand)

9.2 Société Suisse de Gérontologie SGG-SSG

<http://www.sgg-ssg.ch>

Liberté et sécurité. [Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté](#) (MEL). (Nouvelle édition 2011)

9.3 Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM

www.samw.ch

Mai 2015

PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE
ÂGÉE



IMPRESSUM**Editeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteurs:

Dr. Marie-Thérèse Clerc, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, CHUV, Lausanne ; Prof. Armin von Gunten, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, CHUV, Lausanne

Copyright photo de couverture: Martin Glauser, <http://www.martinglauser.ch/>

Layout: CURAVIVA Suisse

Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine. Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

| | |
|---|----|
| 1. Abstract | 4 |
| 2. Définition de la psychiatrie de la personne âgée | 4 |
| 3. Identification des besoins psychogériatriques en EMS | 4 |
| 4. Gamme de services psychogéraitriques en EMS | 5 |
| 5. Financement | 6 |
| 6. Recommandations et <i>guidelines</i> | 6 |
| 7. References et Sources | 8 |
| 8. Liens | 10 |

1. Résumé

La psychiatrie de la personne âgée est une branche de la psychiatrie, partie intégrante de l'organisation multidisciplinaire des soins en santé mentale destinés aux personnes de plus de 65 ans. Ces dernières présentent souvent une combinaison de problèmes psychiques, somatiques et sociaux. L'étendue des besoins en psychogériatrie dans les EMS, ainsi que la gamme de services disponibles, sont décrites ci-dessous. En l'absence de directives nationales sur le sujet, les recommandations et les *guidelines* proposées sont inspirées de celles qui existent dans d'autres pays occidentaux.

2. Définition de la psychiatrie de la personnes âgées

L'évolution démographique et l'accroissement de l'espérance de vie ont favorisé l'émergence d'une médecine de la personne âgée. Dans ce contexte et selon le consensus émis par l'OMS¹, la psychiatrie de la personne âgée (ou psychogériatrie ou gérontopsychiatrie ou psychiatrie gériatrique) est définie comme une branche de la psychiatrie, partie intégrante de l'organisation multidisciplinaire des soins en santé mentale destinés aux personnes âgées de plus de 65 ans.

Elle s'occupe du diagnostic et du traitement de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences. Elle diffère de la psychiatrie du jeune adulte notamment par la combinaison fréquente de troubles mentaux, somatiques et sociaux, ainsi que par les particularités de l'expression sémiologique, du rapport thérapeute-patient et de la maturation de l'appareil psychique avec l'âge. En Suisse, la spécialisation en psychiatrie de la personne âgée est une formation reconnue par la FMH depuis 2006. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues sur le site internet de la société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (www.sgap-sppa.ch).

3. Identification des besoins psychogériatriques en EMS

La prévalence des troubles psychiatriques chez les résidents en EMS est très élevée^{2,3}. La démence, la dépression et l'anxiété sont les troubles les plus fréquents. En moyenne, 58% des résidents d'EMS souffrent d'une démence, dont 78% présentent des troubles comportementaux et psychologiques liés à cette démence. 10% des résidents remplissent les critères diagnostiques d'une dépression majeure, auxquels s'ajoutent 29% de résidents ayant un syndrome dépressif. La prévalence des troubles anxieux a été moins étudiée et s'élève entre 11 et 38%. Les autres pathologies psychiatriques semblent plus rares : abus de substances 1-18%, schizophrénie 3-7%, trouble bipolaire 1-3%, delirium 6-14%. L'utilisation de médicaments psychotropes est, sans surprise, également importante. En effet, 50-80% des résidents en EMS en reçoivent au moins un⁴.

Le personnel de soins et d'accompagnement, ainsi que les directions des EMS, sont généralement conscients de ces besoins et de leurs difficultés à y répondre⁵⁻⁶. Les principaux obstacles identifiés sont le manque de professionnels qualifiés, les problèmes de recrutement et le rationnement des soins.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'enquête de satisfaction des usagers d'EMS. Une étude basée sur la théorie de l'auto-détermination a démontré que le bien-être psychologique des résidents dépend de la satisfaction de certains besoins psychologiques de base (sentiment d'autonomie, but dans la vie, interactions sociales de qualité, sentiment d'accomplissement personnel), mais pas de caractéristiques socio-démographiques (âge, niveau d'éducation, etc)⁷. Ces conclusions sont confirmées dans un rapport de l'Observatoire suisse de la santé, qui souligne en outre le rôle prépondérant de la santé psychique sur la qualité de vie⁸.

4. Gamme de services psychogériatriques en EMS

Les soins en santé mentale peuvent être fournis aux résidents par des professionnels extérieurs et par le personnel de l'EMS⁹.

Les ressources internes des EMS permettent souvent de gérer une grande partie des problèmes de santé mentale sans avoir recours aux psychogérites. Les médecins responsables des établissements possèdent parfois une expérience en psychogériatrie, comme c'est le cas des gérites. Dans d'autres cas, une infirmière ou un autre membre du personnel formé en santé mentale peut être désigné dans l'EMS pour transmettre ses connaissances aux équipes, discuter des problèmes rencontrés dans la prise en charge des résidents, proposer des mesures, faciliter les contacts avec le médecin responsable de l'EMS et solliciter, si nécessaire, l'intervention d'un spécialiste externe.

Les services spécialisés en psychogériatrie comprennent :

- **la consultation** : le consultant est un psychogérite qui travaille sur mandat du médecin responsable de l'EMS ou du médecin privé du résident. Le consultant peut intervenir ponctuellement ou assurer le suivi régulier d'un ou plusieurs résidents.
- **la liaison** : le consultant-psychogérite rencontre l'équipe soignante, discute de l'attitude de soins à l'égard d'un résident ou au sujet d'un problème particulier, fournit des informations, propose des interventions, participant ainsi au soutien et à la formation du personnel de l'EMS en matière de santé mentale.
- **l'équipe mobile** : il s'agit d'une forme de consultation-liaison assurée par une équipe formée d'un psychogérite et d'une infirmière en psychiatrie de la personne âgée qui travaillent dans un secteur géographique déterminé (contrairement au consultant qui est rattaché à un établissement particulier).

- **la télépsychiatrie** : la consultation-liaison par internet peut être utile pour les EMS isolés ou dans les régions sous dotées en psychogériatres.

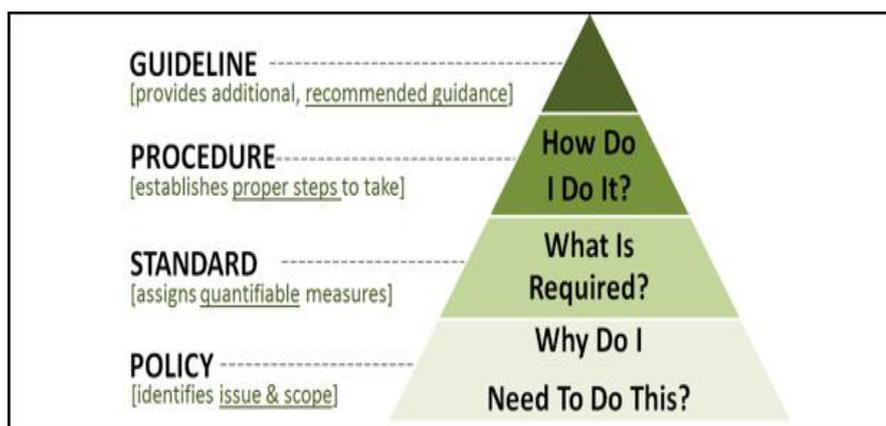
Compte tenu de la spécificité de chaque établissement et des diverses réglementations cantonales, l'offre globale dépendra de la disponibilité en services spécialisés en psychiatrie de la personne âgée, du degré de formation du personnel, de facteurs économiques, de la philosophie des soins dans l'EMS et du soutien de sa hiérarchie.

5. Financement

Les consultations psychogériatriques, y compris les interventions par l'équipe mobile et par télépsychiatrie, et les traitements pharmacologiques sont remboursées par l'assurance-maladie de base du résident.

Les interventions de liaison font l'objet d'un contrat négocié au cas par cas entre le consultant et l'EMS, et sont facturées à l'EMS.

6. Recommandations et guidelines



Les termes recommandations et *guidelines* sont souvent utilisés comme synonymes. Les recommandations sont généralement émises par un groupe d'experts et fondées sur des preuves scientifiques (*evidence-based*). Les *guidelines* sont issues des recommandations et visent à harmoniser et améliorer les pratiques cliniques. Ni les recommandations, ni les *guidelines* n'ont de pouvoir contraignant.

Il n'existe pas de *guidelines* suisses concernant la santé mentale des personnes âgées en EMS. Il existe cependant deux consensus d'experts sur le diagnostic et le traitement de la démence et des symptômes comportementaux et psychologiques qui l'accompagnent^{10,11}.

L'inadéquation entre les besoins psychogériatriques en EMS et l'offre est attestée par deux enquêtes nationales^{12,13}. En effet, une moyenne de 69% des résidents souffrent d'au moins un trouble affectant leur santé mentale alors que seuls 27% reçoivent un traitement pour des problèmes psychiques, dont 60% par des généralistes et 35% par des psychiatres. Comme il n'existe pas d'études nationales sur l'efficacité des différents types de prise en charge, la première recommandation porte sur la nécessité d'organiser et de financer de telles études.

Sur la base de la littérature internationale^{9,14-17}, les recommandations additionnelles suivantes peuvent être faites :

- Chaque EMS devrait nommer un ou plusieurs membres du personnel comme responsable(s) des questions de santé mentale.
- Une évaluation régulière de tous les résidents devrait être instaurée dans le but d'identifier les problèmes psychiatriques. Des questionnaires brefs ou d'autres instruments simples de dépistage ou de mesure (grilles d'observation, échelles analogiques, etc.) peuvent être utilisés par l'ensemble de l'équipe soignante.
- La formation des équipes soignantes en matière de santé mentale est capitale pour la compréhension de la maladie et de la prise en charge des résidents. Le soutien et l'encouragement à la formation et à l'amélioration des pratiques cliniques de la part des responsables de l'EMS y jouent un rôle-clé.
- Des ressources suffisantes en personnel devraient être fournies pour assumer les tâches de screening psychiatrique, prise en charge, suivi de la réponse au traitement, discussion avec les référents de l'institution, le médecin traitant et les consultants.
- Les pathologies psychiatriques des résidents devraient faire l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire dans l'EMS, concrétisée par un programme écrit où figurent les objectifs des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Ce plan de traitement individualisé doit tenir compte des besoins de chacun, résident, famille et équipe soignante.
- La qualité des soins en EMS sur le plan psychogériatrique devrait répondre à des standards nationaux et pouvoir être évaluée par des spécialistes indépendants.

Le traitement des résidents en EMS est également régi par le Code civil (CC) suisse. L'entrée en vigueur de la nouvelle révision du CC en 2013 favorise le droit de la personne à disposer d'elle-même (promotion de l'autonomie) tout en lui assurant le soutien et la protection nécessaires (renforcement de la solidarité familiale). Les directives anticipées permettent à une per-

sonne capable de discernement de déterminer les traitements médicaux auxquels elle entend consentir ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elles lui permettent aussi de désigner un représentant thérapeutique (art.370 CC). Lorsqu'un résident incapable de discernement doit recevoir des soins médicaux sur lesquels il ne s'est pas déterminé dans des directives anticipées, le médecin établit le plan de traitement avec la personne habilitée à le représenter dans le domaine médical (représentant thérapeutique, curateur, conjoint ou autre proche désigné dans les dispositions légales, art.378 CC). Les souhaits du résident doivent, dans la mesure du possible, être pris en considération (art.382 CC). En cas de placement à des fins d'assistance, le médecin a l'obligation d'établir un plan de traitement écrit avec le résident et sa personne de confiance (art.433 CC).

Dans les autres pays occidentaux, on peut citer la *Canadian Coalition for Seniors' Mental Health* (CCSMH) qui a développé quatre documents téléchargeables gratuitement sur le site www.ccsmh.ca. Il s'agit de *guidelines* nationales concernant l'évaluation et le traitement du delirium, de la dépression, du risque suicidaire et de la prévention du suicide, et enfin des problèmes de santé mentale en EMS (avec un focus sur les symptômes thymiques et comportementaux).

L'Australie a aussi émis des *guidelines* nationales, accessibles sur le net :

Sur la démence et ses manifestations psychologiques et comportementales :

- <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/silverbook/common-clinical-conditions/dementia/>
- www.dementiaresearch.org.au/images/dcrc/output-files/328-2012_dbmas_bpsd_guidelines_guide.pdf

sur le delirium :

- [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/A9F4D074829CD75ACA25785200120044/\\$FILE/delirium-cpg.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/A9F4D074829CD75ACA25785200120044/$FILE/delirium-cpg.pdf)

7. Références et Sources

Les consensus suisses (références 10 et 11) sont disponibles en PDF dans la section « Documents » à la fin de cet article.

¹ WHO (World Health Organization). Psychiatry of the elderly : A consensus statement. Geneva, 1996. WHO/MNH/MND/96.7

² • Seitz D et al. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care

homes : A systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) :1025-39.

³ von Gunten A et al. A longitudinal study on delirium in nursing homes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(19):963-72.

⁴ Lustenberger I et al. Psychotropic medication use in Swiss nursing homes. *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13254.

⁵ Zuniga F et al. Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux en Suisse. Université de Bâle, 2013. [allemand, voir <http://nursing.unibas.ch/shurp>]

⁶ Purandare N et al. Perceived mental health needs and adequacy of service provision to older people in care homes in the UK: a national survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:549-53.

⁷ Ferrand C et al. Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes: Using a self-determination theory perspective. *J Aging Stud* 2014;30:104-11.

⁸ Zimmermann-Sloutskis D et al. [Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution. Observatoire suisse de la santé, rapport 54 \(2012\)](#). (texte en allemand)

⁹ • Snowdon J. Mental health service delivery in long-term care homes. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) : 1063-71.

¹⁰ •• Monsch AU et al. Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse. *Rev Med Suisse* 2013 ;9 :838-47.

¹¹ •• Savaskan E et al. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis* 2014;103(3):135-48.

¹² Kaeser M et al. Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Office Fédéral de la Statistique, 2012. [voir www.bfs.admin.ch]

¹³ Schuler D et al. La santé psychique en Suisse: Monitoring 2012. [Observatoire suisse de la santé, rapport 52 \(2012\)](#). [voir texte en allemand]

¹⁴ Gibson MC et al. Principles of good care for long-term care facilities. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) :1072-83.

¹⁵ Moyle W et al. Recommendations for staff education and training for older people with mental illness in long-term aged care. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) :1097-1106.

¹⁶ Pachana NA et al. Screening for mental disorders in residential aged care facilities. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) :1107-20.

¹⁷ Conn DK et al. Advances in the treatment of psychiatric disorders in long-term care homes. *Curr Opin Psychiatry* 2010 ;23 :516-21.

• à lire

•• à lire absolument

8. Liens

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée

www.sgap-sppa.ch

Formation d'accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé, dispensée dans plusieurs cantons par diverses institutions :

- Croix-Rouge (VS, FR, GE)
<http://www.croix-rouge-valais.ch/organisation-aide/formation-accompagnateur-psychiatrie-avance-72.html>
<http://www.croix-rouge-fr.ch/fr/formations/accompagnateur-en-psychiatrie-de-l-age-avance-cours-fap/formation-fap>
<http://www.croix-rouge-ge.ch/uploads/documents/Formation%20Sante/programme%20formations%202014.pdf>
- Arpege (Association pour la Recherche et la Promotion en Etablissements Gérontopsychiatriques), VD
<http://www.arpege-vd.ch/fap/>

Autres formations existantes :

- DAS (diploma of advanced studies) en santé des populations vieillissantes, CAS (certificate of advanced studies) en psychogériatrie
<http://www.sgg-ssg.ch/cms/pages/fr/manifestations/formation-continue.php>
- Formation continue non certifiante
<http://www.ecolelasource.ch/nos-formations/formations-postgrades/modules-de-formation.html>

Texte approuvé par le comité directeur de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée : www.sgap-sppa.ch

Juin 2015

LE RÔLE DE LA GÉRONTOPSYCHOLOGIE DANS LE CADRE DES SOINS PRODIQUÉS AUX RÉSIDENTES ET AUX RÉSIDENTS



IMPRESSUM**Editeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteurs: Membres du Comité de la Société Professionnelle Suisse de Gérontopsychologie (SPGP)
Conatct: gerontopsychologie@sgg-ssg.ch
Copyright photo de couverture: CURAVIVA Suisse
Layout: CURAVIVA Suisse
Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine.
Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

| | |
|--|---|
| 1. Résumé | 4 |
| 2. L'idéal des soins | 4 |
| 3. Ce que nous offrons | 4 |
| 4. Les conditions auxquelles nous sommes confrontés | 5 |
| 5. Offre possible de prestations gérontopsychologiques | 5 |
| 6. Forme de la prestation | 6 |
| 7. Financement | 6 |
| 8. Collaboration interprofessionnelle | 7 |
| 9. Recommandation | 7 |
| 10. Liens | 8 |
| 11. Sources | 9 |

1. Résumé

La gérontopsychologie s'intéresse aux personnes âgées à travers leur vécu et leur comportement, ainsi qu' à la façon de les influencer positivement. Le champ d'intervention de la gérontopsychologie est très large et ne s'attache pas uniquement aux résidentes et résidents des EMS, mais également à leurs proches et au personnel des institutions. Les gérontopsychologues sont cependant encore peu présents dans les institutions de soins de longue durée. Une situation qu'il importe de changer à l'avenir, afin de pouvoir répondre, dans le cadre des soins médicaux et thérapeutiques, de façon optimale et individuelle aux besoins des résidents (parex. avec des troubles cognitifs ou un passé migratoire), de leurs proches (p.ex. difficulté à accepter la fin de vie du résident ou sa mort) et du personnel de l'institution (parex. subissant une lourde charge de travail).

2. L'idéal des soins

Idéalement, les gérontopsychologues sont engagés par les EMS et font partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire. En effet, afin de pouvoir prendre soin des résidentes et résidents de façon optimale, l'intégration des professionnels de la gérontopsychologie est importante et nécessaire.

3. Ce que nous offrons

La gérontopsychologie s'intéresse aux personnes âgées à travers leur vécu et leur comportement, ainsi qu'à la façon de les influencer positivement. Se basant sur les résultats de la recherche, elle part du principe que l'individu continue de se développer et d'évoluer jusqu'à un âge avancé. La gérontopsychologie est une discipline de la psychologie. Ses approches et ses méthodes s'inspirent aussi bien d'autres branches spécialisées de la psychologie (parex., psychologie clinique, neuropsychologie ou psychologie sociale) que des disciplines de la gérontologie (parex., médecine, biologie, sociologie). Les gérontopsychologues travaillent dans des domaines très variés. Ainsi, ils sont employés dans des établissements de soins (parex., cliniques psychiatriques), ils pratiquent dans des organisations privées (parex., recrutement et développement de personnel) ou des associations (parex., Pro Senectute) ou ils exercent une activité dans la recherche ou l'enseignement (parex., à l'université ou dans une Haute école spécialisée).

Les champs d'activités des gérontopsychologues et des gérontopsychiatres se rejoignent souvent dans le traitement psychothérapeutique des personnes âgées. Toutefois, ces deux groupes professionnels se distinguent principalement par leur formation : tandis que les gérontopsychiatres ont suivi des études de médecine leur donnant le droit de prescrire des médicaments, les gérontopsychologues proposent des interventions de nature non médicamenteuse.

Contrairement aux gériopsychiatres, l'expertise des gériopsychologues ne se limite pas seulement au diagnostic et au traitement des personnes âgées souffrant de troubles psychiques, mais examine également les possibilités d'influencer positivement le processus normal du vieillissement.

4. Les conditions auxquelles nous sommes confrontés

Actuellement, les gériopsychologues sont peu présents dans les EMS. Il existe donc un véritable potentiel de développement dans tous les domaines d'intervention mentionnés ci-dessous.

5. Offres possibles de prestations gériopsychologiques

a) Pour les résidentes et les résidents (en individuel, ainsi que pour couples, familles et groupes)

- *Diagnostic* : état de la situation au moyen d'entretiens, de tests et de questionnaires, par.ex., pour détecter les démences éventuelles, les dépressions et d'autres maladies psychiques.
- *Psycho-éducation et entraînement* : transmission d'informations sur les processus de développement psychique au grand âge et exercices utiles pour développer des stratégies pour gérer, par exemple, la mémoire, le sommeil ou la douleur.
- *Conseil psychologique* : par.ex., sur des thèmes tels que l'intégration en EMS, la sexualité, les problèmes relationnels ou les addictions.
- *Psychothérapie*: pour le traitement des maladies psychiques et pour la promotion de la santé psychique.
- *Accompagnement en fin de vie* : accompagnement psychologique des personnes en fin de vie, dans le cadre des soins palliatifs (s'adresse aussi aux proches et au personnel).

b) Pour les proches

- *Conseils psychologiques et psychothérapie* : parex., en cas de conflit au sein du couple, concernant l'attitude adaptée des parents vieillissants ou à la perte d'une personne proche.

c) Pour le personnel

- *Supervision et coaching* : réflexion sur les situations de soins difficiles et développement des compétences professionnelles et psychosociales.
- *Formation professionnelle et continue* : sur des thèmes variés, parex., entre proximité et distance dans les soins quotidiens, l'expression des émotions chez des personnes avec démence, ou les relations avec les proches.

d) Pour les institutions

- *Conseil en matière d'organisation* : parex., élaboration de concepts de soins et de chartes ou aménagement d'espaces adaptés aux personnes avec démence.
- *Projets de recherche* : parex., sur la satisfaction des résidentes et des résidents, sur les conséquences des nouveaux processus de soins ou sur la qualité des soins perçue par les proches.
- *Gérontotechnologies* : développement et évaluation des nouvelles technologies gérontologiques, parex., les moyens de communication électroniques ou les systèmes d'appel d'urgence.

6. Forme de la prestation

Le plus souvent, les gérontopsychologues travaillent sur la base d'un contrat d'engagement ou comme travailleur indépendant sur la base d'un mandat. Les examens diagnostiques et les traitements psychothérapeutiques des résidentes et des résidents avec des troubles psychiques peuvent être financés par l'assurance de base, pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin et délégués à une ou un gérontopsychologue détenteur du titre professionnel de psychothérapeute ou de neuropsychologue.

7. Financement

À l'heure actuelle, les modes de financement suivants sont possibles :

| Bénéficiaire de la prestation : | Prise en charge des coûts par : |
|---------------------------------|--|
| Résidente/résident | Assurance-maladie de base (prestations gérontopsychologiques déléguées par un médecin) Assurances complémentaires Financement privé Financement dans le cadre de projets de fondation |
| Proches | Financement privé |
| Personnel | Institutions |
| Institutions | Fondations ou institutions au titre d'encouragement de la recherche Les institutions elles-mêmes |

8. Collaboration interprofessionnelle

Si les gérontopsychologues sont déjà présents dans les EMS, la collaboration interprofessionnelle est bien établie. Dans la mesure où la gérontopsychologie entretient des liens étroits avec d'autres disciplines (voir le chapitre 1), les gérontopsychologues sont familiarisés avec les approches et les pratiques des autres métiers et donc bien préparés à une telle collaboration.

9. Recommandations

À l'égard des résidentes et résidents

- **Une meilleure prise en charge gérontopsychologique des résidentes et résidents**

En raison de la forte prévalence des troubles psychiques au grand âge (Kaeser, 2012) et des conditions de vie particulières (parex., déménagement dans une institution et les changements qui y sont liés, perte des ressources, dépendance par rapport aux soins), les résidentes et résidents ont davantage besoin de prestations psychologiques (Delenbach & Angst, 2011). Jusque-là, le tabouisation oïé aux troubles psychiques par les personnes âgées elles-mêmes ainsi que l'attitude souvent négative des proches et des accompagnants à l'égard des bienfaits des traitements chez les personnes âgées (stéréotypes de l'âge) ont souvent conduit à une prise en charge psychologique insuffi-

santé des résidents, avec parfois des répercussions financières importantes en matière de soins et de santé.

- **La prise en charge gérontopsychologique de personnes avec démence**

Les prévisions démographiques annoncent une nette augmentation du nombre de résidents souffrant d'une maladie démentielle (Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017). Les troubles du comportement qui en découlent constituent déjà une grande difficulté dans le quotidien de l'EMS et entraînent des coûts non médicaux importants chez les personnes avec démence (Olesen et al., 2012). Pour tenter de les contenir, une prise en charge gérontopsychologique optimale est importante.

- **La prise en charge gérontopsychologique de personnes avec un passé migratoire**

Les institutions de soins de longue durée doivent s'attendre, à l'avenir, à accueillir davantage de personnes avec un passé migratoire (Hungerbühler & Bisegger, 2012), qui ont d'autres attentes concernant les soins et qui sont habituées à un autre style de vie. L'accompagnement psychologique des résidents avec un passé migratoire et de leurs proches est donc particulièrement important afin d'éviter les problèmes d'adaptation.

À l'égard des proches

- **Conseil et accompagnement des proches**

Bien accompagner et soutenir les proches dans les situations éprouvantes (par ex., en cas de maladie ou de troubles de la personnalité du résident ou de décision à prendre par rapport aux soins palliatifs) est une tâche difficile. Grâce à leurs connaissances professionnelles autour du thème de la vieillesse, les gérontopsychologues peuvent accompagner et soutenir les proches dans de telles situations, mais aussi servir de médiateurs entre les protagonistes.

À l'égard du personnel

- **Soutien du personnel soignant dans la gestion de situations difficiles**

L'implication des gérontopsychologues, avec leurs compétences professionnelles, peut constituer un soutien, voire un soulagement, pour le personnel soignant. D'une part, les proches qui se trouvent dans une situation éprouvante peuvent être adressés à un professionnel compétent, d'autre part, les soignants peuvent solliciter de l'aide pour affronter les situations difficiles.

À l'égard de l'institution

- **Implication des gérontopsychologues dans l'organisation de l'institution**

Pour pouvoir aussi assurer une prise en charge optimale pour les prochaines générations de résidents, les gérontopsychologues peuvent être impliqués dans l'élaboration

et l'évaluation de nouveaux concepts de soins, dans l'introduction de nouvelles technologies ou dans l'aménagement de nouveaux EMS.

Comment entrer en contact avec un ou une gérontopsychologue ?

La Société Professionnelle Suisse de Gérontopsychologie (SPGP) est l'association des psychologues au bénéfice d'une formation reconnue (universitaire ou haute école spécialisée), qui se sont spécialisés en gérontologie et qui exercent une activité pratique ou scientifique dans ce domaine. Elle propose depuis 2012 une qualification complémentaire en gérontopsychologie qui permet d'acquérir des connaissances spécifiques en gérontopsychologie et des expériences de terrain. Le site Internet de la SPGP (voir le lien au chapitre suivant) propose une liste des psychothérapeutes spécialisés dans le domaine du vieillissement ainsi qu'une adresse pour être mis en contact avec d'autres experts.

10. Liens

Société Professionnelle Suisse de Gérontopsychologie (SPGP)

<http://www.sgg-ssg.ch/cms/pages/de/fachgruppen/sfgp--gerontopsychologie.php>

Association Professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée (SBAP)

<http://www.sbap.ch/>

Fédération Suisse des Psychologues (FSP)

<http://www.psychologie.ch/de.html>

11. Sources

- Heuft, G., Kruse, A., & Radebold, H. (2005). *Lehrbuch der Gerontosomatik und Alterspsychotherapie*. Stuttgart: UTB.
- Maercker, A. (2014). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Martin, M., & Kliegel, M. (2014). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Références dans le texte

- Office fédéral de la santé publique (OFSP) & Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). (2013). *Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017*. Berne : OFSP et CDS.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de>
- Dellenbach, M., & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Bericht. Teilprojekt im Rahmen des Projektes « Best Practice Gesundheitsförderung im Alter »*. Université de Zurich, Centre de gérontologie. (en allemand)
[http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via - Best-Practice-Studie Foerderung der psychischen Gesundheit im Alter.pdf](http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Best-Practice-Studie_Foerderung_der_psychischen_Gesundheit_im_Alter.pdf)
- Hungerbühler, H., & Bisegger, C. (2012). « *Alors nous sommes restés...* ». *Les migrantes et les migrants âgés en Suisse*. Berne : Commission fédérale pour les questions de migration CFM.
- Kaeser, M. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*. Berne : Office fédéral de la statistique.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.163046.pdf>
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., & Jönsson, B. on behalf of the CDBE2010 study group and the European Brain Council. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19, 155-162.

Mai 2015

LES SOINS DENTAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX



IMPRESSUM

Editeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteurs:

Dr. G. Menghini, Klinik PPK, Zentrum für Zahnmedizin der Universität
Zürich

Copyright photo de couverture: Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich

Layout: CURAVIVA Schweiz

Editeur: automne 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine. Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|--|---|
| 1. | Résumé | 4 |
| 2. | Evolution de la santé orale dans les centres de soins, situation actuelle | 4 |
| 3. | Mesures efficaces pour améliorer la santé bucco-dentaire dans les EMS | |
| 3.1. | Hygiène bucco-dentaire régulière et efficace effectuée par le personnel soignant | 5 |
| 3.2. | Examen médico-dentaire d'entrée standardisé (par un médecin-dentiste) | 7 |
| 3.3. | Hygiène bucco-dentaire professionnelle (par une assistante en prophylaxie) | 8 |
| 4. | Equipement technique | 9 |
| 5. | Littérature | 9 |
| 6. | Liens | 9 |
| 7. | Téléchargements | 9 |

1. Résumé

La santé bucco-dentaire des résidentes et résidents en EMS est plutôt mauvaise. Mais elle peut être considérablement améliorée grâce à un examen d'entrée effectué par un médecin-dentiste (idéalement par le médecin-dentiste de l'établissement), puis un suivi assuré par une assistante en prophylaxie et une bonne hygiène buccale entretenue avec l'aide du personnel soignant.

2. Evolution de la santé orale dans les centres de soins, situation actuelle

L'étendue et la nature des besoins en soins bucco-dentaires dans les institutions médico-sociales en Suisse ont fait l'objet d'une thèse de Brenda Brändli (2012). Ce travail donne un aperçu de l'évolution de la santé bucco-dentaire des résidents accueillis dans les établissements de soins, les unités hospitalières gériatriques, les hôpitaux et les homes pour personnes âgées au cours des vingt-cinq dernières années en Suisse. Particulièrement révélatrices sont les données recueillies en 1995/1996 dans deux EMS de la ville de Zurich (Glaser 2009) ainsi que l'étude menée en 2011/2012 auprès des nouveaux venus dans un EMS de la ville de Zurich (Brändli 2012).

Les enquêtes mentionnées montrent que le nombre moyen de dents encore existantes chez les résidentes et résidents dans ces institutions a augmenté au cours des vingt-cinq dernières années. A Zurich, par exemple, la part des porteurs de prothèses a diminué de plus d'un quart entre 1996 et 2011. L'hygiène buccale est cependant toujours très mauvaise chez près des deux tiers des résidents.

Les mesures préconisées par diverses instances, sociétés professionnelles et associations, et partiellement mises en œuvre pour améliorer la situation, n'ont pas eu les effets escomptés sur la santé orale de cette couche de la population.

3. Mesures efficaces pour améliorer la santé bucco-dentaire dans les EMS

La clinique de médecine dentaire préventive, parodontologie et cariologie du centre de médecine dentaire de l'Université de Zurich a développé et mis en œuvre, dès 2009, un programme de prise en charge médico-dentaire auprès des résidents du plus grand EMS de la ville de Zurich. Suite aux résultats positifs et à la demande de la ville de Zurich, le programme « Prise en charge médico-dentaire dans les EMS de la ville de Zurich » sera étendu à tous les établissements de la ville (quelque 1500 soignants et 1600 lits).

Le programme est à disposition des EMS intéressés.

La prise en charge médico-dentaire s'organise sur trois niveaux, qui peuvent être réalisés successivement, en fonction des ressources financières et personnelles de chaque institution :

- 3.1. Hygiène bucco-dentaire régulière et efficace effectuée par le personnel soignant**
- 3.2. Examen médico-dentaire d'entrée standardisé (par un médecin-dentiste)**
- 3.3. Hygiène bucco-dentaire professionnelle (par une assistante en prophylaxie)**

3.1. Hygiène bucco-dentaire régulière et efficace effectuée par le personnel soignant

Les résidents devraient maintenir aussi longtemps que possible leurs habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire. Il ressort cependant clairement des études mentionnées plus haut que plus de 90 pourcent des résidentes et résidents ne sont plus en mesure d'assurer seuls une hygiène buccale suffisante. Les soignants sont donc tenus de prendre le relais pour assurer l'hygiène buccale de ces personnes.

a) Formation du personnel soignant

Il est dans l'intérêt du personnel soignant de savoir comment se développent les maladies bucco-dentaires les plus courantes (caries et inflammations de la gencive), comment les prévenir ou tout au moins comment les stopper. A ce propos, nous recommandons la lecture de la brochure [« Les caries sont évitables »](#) (chapitres 3, 4 et 9). Depuis 2013, cette brochure est distribuée à tous les assistants en soins et santé communautaire (ASSC) en formation dans le cadre des cours interentreprises de l'OdASanté dans les cantons d'Argovie, de Berne, de Saint-Gall et de Zurich. Ainsi, les ASSC qui entrent nouvellement dans le métier seront au moins déjà sensibilisés à la problématique de l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes en perte d'autonomie.

La condition essentielle pour une pratique efficace de l'hygiène de la bouche est une **initiation individuelle d'environ deux heures du personnel soignant directement auprès du patient** (dans les différentes situations de soins), sous la direction d'une assistante en prophylaxie formée à cet effet (Bühlmann & Menghini 2010). Après quelques mois de pratique, les assistantes en prophylaxie examinent l'évolution de l'hygiène buccale. Cette démarche se démarque des autres projets qui prévoient exclusivement une formation théorique du personnel soignant par des référents.

b) Inspection de la bouche

Grâce à cette formation, les soignants sont en mesure d'effectuer une inspection simple de la bouche, d'abord pour savoir si les résidents qui leur sont confiés ont encore leurs dents, s'ils portent une prothèse ou s'ils sont édentés. Ils doivent aussi être capables de détecter la couche de bactéries (plaque) sur la surface des dents et sur les prothèses et de reconnaître des dents fortement cariées et des gencives très inflammées. Pour aider les soignants, une fiche « Marche à suivre pour l'inspection buccale » - [« Marche à suivre pour l'inspection buccale »](#) a été élaborée en collaboration avec les EMS de la ville de Zurich. Le matériel nécessaire y est inventorié et les étapes à suivre détaillées.

c) **Brossage des dents**

Généralement, le personnel soignant doit effectuer de nombreuses tâches et dispose de peu de temps pour les soins du corps (dont l'hygiène buccale en fait partie) des résidents. Une solution tout à la fois simple et efficace, qui ne prend pas trop de temps, a donc été développée pour assurer une bonne hygiène de la bouche des résidents (magazine Schauplatz Spitex 2011). La solution consiste à utiliser une fois par semaine un dentifrice ayant une concentration élevée de fluorure (Duraphat 5 mg F/g). La recommandation pratique est la suivante :

Brosser les dents restantes **au moins une fois par semaine** avec un dentifrice ayant une concentration élevée de fluorure (Duraphat).

Pour le reste, les habitudes existantes en matière d'hygiène bucco-dentaire demeurent.

Une utilisation du dentifrice Duraphat conforme à l'application prescrite pour le brossage des dents permet de prévenir les caries aux endroits sensibles (notamment les caries radicaires chez les sujets âgés) et favorise l'inactivation des caries préexistantes (Baysan et al. 2001).

Les différentes étapes du brossage des dents sont également détaillées dans la fiche [« Marche à suivre pour le brossage des dents »](#) .

Pour n'oublier aucune face des dents lors du brossage, il est recommandé de procéder de façon systématique. La fiche [« Le brossage des dents chez les personnes âgées dépendantes »](#) explique le bon ordre des étapes à suivre et les mouvements à adopter avec la brosse à dents.

d) **Nettoyage des prothèses dentaires**

Les instructions détaillées relatives au nettoyage et à la conservation des prothèses dentaires sont contenues dans la fiche [« Marche à suivre pour le nettoyage des prothèses dentaires »](#).

e) **Enregistrement de la prestation**

Les mesures d'hygiène bucco-dentaires effectuées sont régulièrement enregistrées dans le cadre d'un [« Protocole d'hygiène buccale »](#) ou dans le dossier informatisé de l'établissement (p.ex. Easy-Doc).

f) **Médicaments pour la prise en charge médico-dentaire des résidents**

Le maintien ou la récupération d'une santé orale satisfaisante ne requiert pas beaucoup de médicaments. Un choix de ces produits figure sur la fiche [« Produits pour les soins de bouche des personnes en situation de dépendance »](#). Ils devraient toujours être disponibles dans chaque unité de soins, afin que le personnel soignant puisse s'en servir au besoin, conformément à cette fiche.

g) **Objectifs de l'hygiène bucco-dentaire**

Éliminer régulièrement les restes de nourriture et le dépôt microbien (plaque) qui recouvre les dents, les couronnes, les bridges, les implants et les prothèses, et humecter la muqueuse de la bouche sont des gestes qui améliorent le bien-être des résidentes et résidents.

Les objectifs suivants sont visés:

- Moins de caries (progression lente)
- Moins d'inflammations des gencives
- Moins d'inflammations de la muqueuse orale causées par les prothèses
- Moins de mauvaise haleine
- Prophylaxie du muguet et des infections

D'autres conseils pour prodiguer des soins d'hygiène bucco-dentaire dans des situations difficiles, ainsi que des illustrations des affections de la bouche les plus fréquentes dans les EMS sont présentés dans le « **Guide de l'hygiène bucco-dentaire auprès des personnes âgées dépendantes dans les institutions de soins** ». Cette publication est disponible dès novembre 2015 dans [le shop de la SSO](#).

Un [choix de produits pour l'hygiène bucco-dentaire](#) dans les EMS est présenté sur le site

3.2. Examen médico-dentaire d'entrée standardisé (par un médecin-dentiste)

L'examen dentaire d'entrée standardisé, effectué par un médecin-dentiste de l'établissement et sur une base volontaire, comprend les examens suivants:

- a) Examen de la muqueuse buccale
- b) Examen de l'hygiène orale des dents et des prothèses amovibles
- c) Etat des lieux bucco-dentaire (couronnes/racines) et proposition de traitement dentaire
- d) Etat des prothèses et appréciation de l'état des prothèses
- e) Entretien avec le patient (respectivement le soignant) sur les douleurs dans la bouche et sur la fonction masticatrice.

La standardisation repose sur les indications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS 2013). Elle est une condition importante pour obtenir des comparaisons fiables entre les différents examens et suivre ainsi l'évolution de la santé orale.

Les médecins-dentistes des établissements doivent être des praticiens dentistes expérimentés. Ils sont responsables non seulement de l'examen d'entrée, mais également de la prise en charge médico-dentaire des résidentes et résidents en séjour de longue durée et des urgences.

Au besoin, des traitements simples peuvent être effectués durant l'examen d'entrée. Priorité est donnée à l'inactivation des lésions carieuses (application de la laque Duraphat ou de nitrate d'argent) ainsi qu'à l'adaptation des prothèses pour améliorer la fonction masticatrice et éliminer les points de pression.

Si les mesures d'hygiène bucco-dentaire décrites sous le point 3.1. ne peuvent pas être pratiquées par le personnel soignant en raison, par exemple, de la présence de tartre massif ou d'une gingivite sévère, le médecin-dentiste de l'établissement prescrit un nettoyage professionnel des dents par une assistante en prophylaxie (voir sous point 3.3.). Généralement, près de la moitié des résidents examinés ont besoin d'une telle séance chez l'assistante en prophylaxie.

Nous sommes d'avis que des thérapies minimales, effectuées en accord avec le patient âgé, suffisent généralement à maintenir une bonne qualité de vie (absence de douleurs, fonction masticatrice adéquate) et présentent peu d'inconvénients (p.ex. des séances longues et éprouvantes). Cette opinion prend aussi en considération le fait que la durée de vie moyenne des résidentes et résidents dans les EMS de la ville de Zurich est de moins de deux ans.

Ces mesures contribuent de façon importante à diminuer le nombre de consultations coûteuses en temps et en personnel des résidents dans les cabinets dentaires ou dans les centres médico-dentaires.

Pour un EMS de 250 résidents, la prise en charge telle que décrite plus haut représente l'engagement d'un médecin-dentiste à raison d'une journée par mois.

L'examen médico-dentaire d'entrée est directement facturé au résident par le médecin-dentiste de l'établissement (charge administrative réduite pour l'établissement).

3.3. Hygiène bucco-dentaire professionnelle (par une assistante en prophylaxie)

L'hygiène bucco-dentaire professionnelle prise en charge par une assistante en prophylaxie (AP) expérimentée inclut l'élimination à fond de la plaque et du tartre supragingival à l'aide d'instruments à main et d'appareils à ultrasons ainsi que l'application de laque fluorée.

Les AP sont engagées et supervisées par le médecin-dentiste de l'établissement. Ce dernier est également responsable de facturer directement aux patients les séances des AP.

Les assistantes en prophylaxie ne sont autorisées à traiter les patients que si un médecin ou un médecin-dentiste est présent dans l'établissement. Leur intervention dans les EMS est soumise à l'autorisation de la direction de la santé de chaque canton.

La prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire dans un EMS de 250 résidents implique l'engagement d'une assistante en prophylaxie deux jours par mois.

Les tâches de l'assistante en prophylaxie dans les EMS peuvent aussi être assumées par des hygiénistes dentaires. Cependant, il faut tenir compte, qu'une hygiéniste dentaire est généralement surqualifiée pour effectuer les tâches énumérées dans le domaine supragingival et que ses frais sont un quart plus élevés que ceux d'une [assistante en prophylaxie](#). En Suisse, il n'y a que 70 [hygiénistes dentaires](#) qui sont formées chaque année. Ce chiffre ne couvre pas les besoins des cabinets dentaires. Par ailleurs, il ne faut pas s'attendre à ce que le travail en EMS soit préféré à celui en cabinet.

4. Equipement technique

Pour procéder aux examens d'entrée, aux traitements et aux séances de prophylaxie, il est tout à fait approprié d'utiliser l'infrastructure existante de l'EMS, comme par exemple les chaises du salon de coiffure ou du cabinet de podologie.

Pour l'acquisition d'unité mobile de soin dentaire, le choix s'est porté sur [le produit D-15500 Combi-Port-Premium](#) de l'entreprise [BPR Swiss](#). Les atouts qui ont parlé en faveur de ce produit sont une installation d'aspiration efficace et silencieuse et un détartreur Piezo intégré. De qualité robuste, cette unité comporte également une seringue à trois voies, un micromoteur électrique et un module d'éclairage LED puissant.

Pour le nettoyage professionnel des dents, un set a été constitué, composé des six principaux instruments et d'une canule d'aspiration. Ici, les plateaux les mieux adaptés sont les [SciCan Container/Cassettes Salus](#). Ces plateaux sont particulièrement légers et les instruments utilisés peuvent être directement thermodésinfectés dans le bac prévu à cet effet. C'est un avantage sérieux, car dans la plupart des EMS il n'est généralement pas possible de stériliser les instruments. Pour cela, ils doivent donc être régulièrement transportés dans les cabinets dentaires. Pour une journée de travail, huit sets d'instruments sont nécessaires. Les instruments et les plateaux sont disponibles auprès de l'entreprise [DemaDent](#).

5. Littérature

Baysan A, Lynch E, Ellwood R, Davies R, Petersson L, Borsboom P: [Reversal of Primary Root Caries Using Dentifrices Containing 5'000 and 1'000 ppm Fluoride](#). Caries Res 35:41-46 (2001)

Brändli B: [Orale Gesundheit und Mundhygiene von neueingetretenen Bewohnern eines Pflegezentrums der Stadt Zürich](#). Med Diss (2012)

Bühlmann S, Menghini G: [Die Reinigung der eigenen Zähne hat Vorrang](#). Dentalworld 3:8-9 (2010)

Glauser-Popaj L: [Orale Gesundheit und Mundhygiene von Bewohnern zweier Pflegeheime der Stadt Zürich](#). Med Diss (2009)

[Minimal einfach ein Mal. Schauplatz Spitex 4:6-7 \(2011\)](#)

WHO: [Oral health surveys: basic methods - 5th edition Geneva](#), World Health Organization (2013)

6. Liens

[Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich](#), Klinik PPK (allemand)

[Société suisse des médecins-dentistes SSO](#)

7. Téléchargements

Les publications et les fiches mentionnées peuvent être [téléchargées au format PDF](#).

Les données relatives aux produits et aux fournisseurs sont disponibles sur le même site.

Adresse de contact pour tout complément d'information:

Dr. G. Menghini
Klinik PPK
Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich
Plattenstrasse 11
8032 Zurich

Tél. +41 44 634 34 88
Fax +41 44 634 43 01

giorgio.menghini@zsm.uzh.ch
www.zsm.uzh.ch

Société suisse des médecins-dentistes (SSO)

Dr. B. von Ziegler
Leiterin Taskforce Alterszahnmedizin
Mühlebachstrasse 90
8008 Zurich

bettinavonziegler@bluewin.ch
<https://www.sso.ch/fr/medecins-dentistes/medecine-dentaire-geriatrique.html>

LE RÔLE DES PHARMACIENNES/ PHARMACIENS DANS LES SOINS AUX RÉSIDENTES/RÉSIDENTS DES EMS



IMPRESSUM

Editeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteurs: TopPharm AG, Fachkommission Netzwerke, Arbeitsgruppe Heime:
Dr. C. Bourquin, Dr. V. Dora, B. Kursawe
Copyright photo de couverture: CURAVIVA Suisse
Layout: CURAVIVA Suisse
Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine. Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

| | |
|---|---|
| 1. Introduction | 4 |
| 2. Prise en charge pharmaceutique dans les institutions | 4 |
| 3. Situation actuelle | 5 |
| 4. Les prestations des pharmaciens publiques | 5 |
| La livraison des médicaments | 5 |
| 5. Les prestations des pharmaciens-conseil | 5 |
| Les services pharmaceutiques | 5 |
| 6. L'approvisionnement en médicaments de l'EMS | 6 |
| 7. Financement des prestations | 6 |
| 8. Résumé | 7 |
| 9. Sources | 8 |
| 10. Liens | 8 |
| 11. Téléchargements | 8 |

1. Introduction

En Suisse, les prescriptions relatives à la gestion des médicaments pour les institutions du système de santé diffèrent largement. Les dispositions légales varient d'un canton à l'autre. Les autorités de tous les cantons exigent ou encouragent la collaboration avec les pharmaciens dans la mesure où, (c'est un fait avéré), elle permet d'améliorer la qualité de la gestion des médicaments et, par conséquent, la sécurité des patients. (1)

2. Prise en charge pharmaceutique dans les institutions

Le pharmacien est le spécialiste responsable des médicaments, de leur action et de leur utilisation. Au cours de cinq années d'études de niveau tertiaire et de deux années au minimum de formation continue, il a acquis un large savoir médical de base ainsi que des connaissances scientifiques sur les médicaments et les thérapies. En outre, il connaît les dispositions légales et les exigences qualité en vigueur dans le domaine de la gestion des médicaments et les applique dans sa pratique. Il est un interlocuteur important dans le réseau qui intervient auprès des patients, institutions, médecins prescripteurs, assureurs, autorités. La présence géographique, la facilité d'accès, les longs horaires des pharmacies publiques et les solutions en dehors des heures d'ouverture (urgences) soutiennent le pharmacien dans sa fonction au sein du réseau. Selon l'ampleur de l'assistance pharmaceutique, le pharmacien peut assumer différentes prestations.

- Décharger le personnel soignant de certaines des tâches et de la responsabilité en lien avec les médicaments
- Renforcer la sécurité des traitements et donc des patients
- Garantir l'efficacité et l'économicité des soins médicamenteux
- Améliorer la qualité (procédures définies, pharmacovigilance)(1)

L'objectif serait que l'établissement assigne entièrement la responsabilité professionnelle des soins médicamenteux à un pharmacien à désigner. Dans cette optique, il assumerait également la responsabilité du respect des conditions cadres légales (stupéfiants, produits médicaux et autres).

Des règles spéciales s'appliquent pour les traitements médicamenteux administrés aux personnes âgées : d'une part, avec l'âge avançant, plusieurs maladies peuvent apparaître en même temps et qui doivent être traitées parallèlement, d'autre part tous les médicaments autorisés ne sont pas adaptés aux personnes âgées, car le métabolisme et les fonctions corporelles se modifient avec l'âge. La pharmacothérapie gériatrique tient compte des besoins des personnes âgées. (2) (3) Dans le canton de Fribourg, à l'initiative de l'Association des pharmaciens, des cercles de qualité entre médecins, pharmaciens et personnels soignants au sein des établissements médico-sociaux existent depuis près de quinze ans, dédiés à la pharmacothérapie gériatrique. Depuis, de telles démarches ont été introduites dans quelques autres cantons. (4)

3. Situation actuelle

L'approvisionnement en médicaments est réglée de façon très diverse dans les différents homes et institutions de soins. À cet égard, les particularités régionales et les législations cantonales jouent un rôle important. Quelques cantons exigent expressément une surveillance par un pharmacien-conseil.

Côté financement, deux modèles sont appliqués : dans le modèle du forfait partiel, seul le matériel de soins est facturé sur la base d'un forfait tandis que les médicaments sont indemnisés individuellement. Dans le modèle du forfait global les médicaments ainsi que le matériel de soins sont payés par montant forfaitaire. Ce deuxième modèle doit s'aligner sur des conditions cadres légales définies au niveau cantonal et l'indemnisation doit être fixée dans un contrat. L'institution supporte la responsabilité du budget et assigne généralement la responsabilité des médicaments à un pharmacien-conseil. (5)

La façon dont les médicaments sont fournis à l'EMS est très variable :

Les résidents encore vaillants vont chercher les médicaments à la pharmacie. Selon l'état de santé du patient, le home s'occupe de l'approvisionnement en médicaments. Il n'est pas rare que les collaborateurs des établissements soient obligés de « collecter » les médicaments auprès de plusieurs cabinets médicaux et pharmacies. Pour les institutions, ces situations coûtent cher en temps et en argent et ne sont pas efficaces.

Certains établissements organisent aussi la gestion des médicaments en collaboration avec une pharmacie locale. Là aussi, plusieurs modèles existent. La collaboration peut prévoir que la pharmacie livre à l'EMS les médicaments prêts à être administrés. (6)

4. Les prestations des pharmacies publiques

La livraison des médicaments

La pharmacie livre les médicaments prescrits sur ordonnance du médecin directement à l'EMS, parfois directement aux unités de soins, dans les emballages originaux ou préemballés dans des blisters hebdomadaires. Les médicaments sont marqués de telle façon que le destinataire puisse être identifié immédiatement et correctement. Cette procédure est efficace et peu coûteuse dans la mesure où les soignants et les accompagnants n'ont pratiquement rien à faire. Grâce à la proximité géographique, le pharmacien peut, au besoin, intervenir immédiatement et personnellement.

5. Les prestations d'un pharmacien-conseil

Les services pharmaceutiques

En choisissant des formes galénique particulières de médicaments, des génériques ciblés, des traitements de substitution (en accord avec le médecin prescripteur), et en repérant les doublons, le pharmacien peut proposer des traitements médicamenteux mieux adaptés pour le patient, plus sûrs et meilleur marché. Au besoin, le pharmacien peut fabriquer lui-même un produit sur mesure. Les prescriptions faites à double par plusieurs médecins ou les traitements à long terme devenus superflus sont des exemples qui se produisent régulièrement dans les institutions. En procédant à la validation pharmaceutique des prescriptions, le pharmacien remarque de telles anomalies et contribue à l'optimisation des traitements médicamenteux en collaboration avec le médecin prescripteur et le personnel soignant.

Le pharmacien peut assurer l'élaboration des procédures en matière de gestion des médicaments, la formation des soignants et des apprenants, les contrôles, la gestion des erreurs, le contact avec les autorités ainsi que l'accompagnement professionnel des audits. L'étendue des prestations pharmaceutiques est déterminée par les dispositions cantonales et par les besoins de l'EMS, et fait l'objet d'une convention. Les pharmaciens peuvent également assumer un rôle de conseil pour la mise en place d'une pharmacie d'unité, pour la constitution d'un assortiment de médicaments d'urgence et pour le choix d'une solution informatique.

Dans le cadre de la collaboration, la responsabilité technique professionnelle de la pharmacie de l'établissement peut être confiée au pharmacien.

6. L'approvisionnement en médicaments de l'EMS

Dans le cas où un médicament n'est pas disponible (par exemple en raison d'une rupture de stocks) ou en cas de graves problèmes d'administration d'un médicament, le pharmacien-conseil cherche une solution adéquate, évitant ainsi aux soignants des situations inextricables. Cela nécessite cependant un fonctionnement bien rôdé entre les professionnels (médecin, EMS, pharmacie, etc.) et l'intervention immédiate du pharmacien. Selon la situation, et avant l'évaluation et l'organisation d'un produit de substitution, le pharmacien s'entretient avec le médecin prescripteur. Les soignants sont informés et renseignés sur la solution trouvée.

Achat de médicaments préemballés

L'emballage de médicaments sous blisters, en semainiers ou en rouleaux, a également gagné en importance en Suisse au cours de ces dernières années, notamment parce que les professionnels des institutions investissent de moins en moins de temps dans les tâches administratives pour se consacrer davantage aux soins des patients. Aujourd'hui déjà, de nombreuses pharmacies proposent des médicaments qu'elles emballent elles-mêmes ou qui sont préemballés par des entreprises tierces. Outre l'amélioration de la sécurité des traitements et la clarification des responsabilités, l'engagement approprié des ressources personnelles vient au

premier plan. Le passage au système des blisters implique une réorganisation de toutes les procédures touchant à la gestion des médicaments, afin de garantir une plus grande sécurité et flexibilité thérapeutiques. Pour ces travaux préparatoires, il est recommandé de collaborer avec un pharmacien-conseil afin de mieux se préparer à répondre aussi aux situations exceptionnelles comme les changements rapides de traitement ou la nécessité de recourir à des médicaments de réserve. (7) (8)

7. Financement des prestations

Dans le système du forfait partiel, les coûts des médicaments prescrits par un médecin peuvent être directement facturés par le pharmacien aux caisses maladie. Les coûts d'un éventuel emballage sous blister ne peuvent être directement facturés aux caisses que dans le cadre ambulatoire. Cela est dû au fait que l'institution, même si elle délègue le processus de médication à une pharmacie, continue à recevoir la pleine compensation via PLAISIR, BESA ou RAI, y compris la part dévolue à la préparation des médicaments. C'est pourquoi l'institution négocie directement un ou plusieurs tarifs avec la pharmacie pour l'emballage sous blister et pour d'autres prestations éventuellement sollicitées.

En professionnel de la santé, le pharmacien peut apporter sa contribution par son savoir spécialisé à la prise en charge des résidents en EMS. Dans l'intérêt des fournisseurs de prestations, des partenaires et des bénéficiaires de prestations, il promeut et surveille les critères d'efficacité, d'utilité et d'économicité exigés par la loi sur l'assurance maladie (rapport coût-avantage optimal). La collaboration interprofessionnelle est recommandée et encouragée par les instances politiques et par les professionnels. Si elle est réglementée au sein d'un même segment professionnel, la compensation financière des échanges interprofessionnels entre les professions médicales et les autres métiers de la santé n'est pas encore déterminée contractuellement. Des recommandations en la matière permettraient pourtant d'améliorer encore la qualité et le professionnalisme des soins et de l'accompagnement auprès des résidents en institution.

Nos recommandations :

1. Simplifier professionnellement les processus
2. Améliorer l'économicité
3. Renforcer la sécurité et clarifier les responsabilités
4. Décharger le personnel

Domaines d'actions concrets

- Convenir d'une collaboration avec un pharmacien local et la définir par contrat.
- Organiser l'enseignement et la formation dans le domaine des médicaments.
- Faire établir une analyse de situation par un pharmacien.
- Choisir un partenaire pour l'approvisionnement en médicaments (ne pas collecter les médicaments, mais les faire livrer!).

- Pénurie de personnel dans les soins : quelles sont les tâches qui peuvent être déléguées ou outsourcées?
- Évaluer les avantages et les inconvénients des commandes de médicaments sous blisters hebdomadaires ou dans les emballages originaux avec un pharmacien local.

8. Résumé

La collaboration avec un pharmacien renforce la sécurité et la qualité de la gestion des médicaments et améliore les connaissances professionnelles des collaborateurs. Elle permet une augmentation durable de l'efficacité des processus.

9. Sources

- (1) Locca J.-F. et al. [Qualité de la prescription médicamenteuse](#): des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens, Rev Med Suisse 2009; 5: 0-0
- (2) Mazzocato C. et al. [Polymédication et personne âgée: ni trop ni trop peu!](#) Rev Med Suisse 2013 ; 9: 1026-31
- (3) Dormann H. et al. [Adverse Drug Events in Older Patients admitted as an Emergency](#). Dtsch Arztebl Int 2013; 110(13): 213-9
- (4) Locca J.-F. et al. [Development of pharmaceutical care services](#) in nursing homes: practice and research in a Swiss canton. Pharm World Sci 2008; DOI 10.1007/s1 1096-008-9273-9
- (5) Bugnon O. et al. [Incitations à la performance](#). Care Management 2012; 5: Nr. 5/6
- (6) Kursave G. [Sichere Medikamentenabgabe: Heime und Spitäler](#) 2015; Nr. 1: 20-22
- (7) Hesse F., Schmid B., [Optimiertes Medikamentenmanagement](#). Care Management 2011; 4 Nr. 5
- (8) Albrecht L. et al. [Gérer un semainier à plusieurs chez un patient bénéficiaire de soins à domicile](#). Rev. Med Suisse 2014 ; 10 : 2246-51

10. Links

www.mydose.ch (allemand)
www.pharmis.ch

11. Téléchargements

Liste des pharmaciens d'EMS de TopPharm

PharmaSuisse, Société suisse des pharmaciens, a pris connaissance de ce document de base. Il peut servir de référence dans les discussions sur la collaboration interprofessionnelle dans les EMS et les institutions du domaine de la santé.

Juin 2015

PHYSIOTHÉRAPIE



IMPRESSUM**Editeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteurs:

Ursula Treier, membre du comité FPG GPG

Contact :

physiotherapie-zuhause@bluewin.ch

Copyright photo de couverture: Bilderarchiv Fachgruppe Physiotherapie in der Geriatrie, Photographe:

Bruno Wyss, www.brunowyss.com

Layout:

CURAVIVA Suisse

Editeur:

août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine.
Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

| | |
|---|----|
| 1. Résumé | 4 |
| 2. Les conditions cadres de la politique de la santé | 4 |
| 3. Le profil professionnel de la physiothérapie en gériatrie | 5 |
| 4. Objectifs | 6 |
| 5. Description des modèles de travail possibles | 7 |
| 6. Recommandations aux institutions et à leurs organes responsables | 8 |
| 7. En conclusion | 9 |
| 8. Bibliographie et recommandation de lecture | 9 |
| 9. Liens | 9 |
| 10. Téléchargements | 10 |

1. Résumé

La physiothérapie est une discipline indépendante de la médecine traditionnelle. L'importance des traitements de physiothérapie pour les personnes âgées est incontestée.

2. Les conditions cadres de la politique de la santé

En Suisse, la pratique de la physiothérapie dans les établissements médico-sociaux diffère d'un canton à l'autre et varie selon la nature de la collaboration avec les physiothérapeutes. Les conditions cadres sont fixées au niveau cantonal. La convention tarifaire de physiothérapie a été conçue pour les interventions ambulatoires, si bien que de nombreuses prestations essentielles dans la collaboration interdisciplinaire, telles que les entretiens avec les proches ou la formulation des objectifs, ne peuvent pas être facturées. Plus inquiétant, la convention tarifaire de Physioswiss (l'Association suisse de physiothérapie) avec les assureurs-maladie a été dénoncée au 1^{er} juillet 2011 et n'a, à ce jour, pas pu être renouvelée avec tous les assureurs-maladie.

L'introduction du système SwissDRG (Swiss Diagnostics Related Groups) et l'indemnisation selon les forfaits par cas qui en résulte pour les hôpitaux depuis le 1^{er} janvier 2012, ont conduit à un transfert des tâches vers les établissements médico-sociaux. La complexité des cas a fortement augmenté et exige un savoir-faire spécialisé. De nombreux EMS ne sont plus simplement des institutions traditionnelles de soins de longue durée, mais fonctionnent également comme structures de réhabilitation pour les personnes âgées.

Dans le même temps, la demande de places dans les établissements de soins de longue durée pour des personnes atteintes de démence ou de troubles psychogériatriques ou tributaires de soins palliatifs, est en augmentation. Les personnes nécessitant des soins de longue durée sont généralement des résidentes et résidents très âgés et vulnérables, qui souffrent simultanément de plusieurs maladies chroniques (multimorbidité).

Certains EMS font appel aux prestations ambulatoires de physiothérapie et d'ergothérapie pour proposer des soins de prévention et des soins de suivi médical dans la chaîne de soins interne. De telles interventions à domicile requièrent des compétences professionnelles élargies dans la mesure où le traitement doit intégrer tout l'environnement. Dans ce contexte, le coaching, le conseil et la prévention sont de même importance qu'une bonne collaboration avec les autres prestataires.

Compte tenu de ces évolutions, le profil professionnel des physiothérapeutes travaillant en EMS est devenu plus exigeant (voir le profil professionnel ci-dessous).

3. Le profil professionnel de la physiothérapie en gériatrie

Outre des capacités « manuelles » et les connaissances de base de la physiothérapie, le travail de physiothérapie en gériatrie implique des connaissances en gérontologie, des formations continues spécialisées et de l'expérience.

Le travail avec des personnes âgées et très âgées exige de se confronter à la vieillesse et à la mort et de faire une réflexion sur ses propres représentations de la vieillesse. La capacité de communiquer est essentielle pour entrer en contact avec des personnes souffrant de troubles cognitifs et avec leurs proches, même dans des circonstances difficiles. La même importance revient à la capacité d'identifier les ressources et les compétences des personnes âgées et de les intégrer dans le traitement.

Les physiothérapeutes travaillent avec efficacité (c'est-à-dire avec des traitements adéquats et des résultats mesurables), sur la durée, dans le quotidien et en tenant compte des besoins, des particularités et des possibilités des personnes concernées.

L'aptitude à collaborer avec d'autres professionnels du domaine de la santé au profit de la personne concernée compte autant que les connaissances approfondies des effets du vieillissement, des maladies de la vieillesse, de la multimorbidité, de ses conséquences et de ses traitements de physiothérapie. A cela s'ajoutent la connaissance des facteurs de risque, ainsi que les bases et les possibilités de la prévention et de la promotion de la santé au grand âge. Le groupe spécialisé de physiothérapie en gériatrie GPG FPG a élaboré un [profil professionnel de la physiothérapie en gériatrie](#) (PDF).

Offre de prestations

Les prestations sont listées par ordre alphabétique et donnent un aperçu de la diversité du travail de la physiothérapie.

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Thérapie active et passive par le mouvement • Thérapie respiratoire • Conseil aux proches aidants • Entraînement cognitif-moteur • Réhabilitation gériatrique • Entraînement à la tenue du ménage et aménagement du cadre de vie • Détermination et adaptation des moyens auxiliaires • Cours de prévention des chutes, d'assurance à la marche, etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Techniques thérapeutiques naturelles • Neurotraining • Thérapies physiques (p.ex. l'utilisation du chaud et du froid) • Lymphologie physiothérapeutique • Formation/coaching des autres professionnels dans des situations complexes de mobilisation • Techniques de massage spécifiques • Évaluation et prévention des risques de chutes • Selon les EMS, formation continue pour le personnel soignant, p. ex. prophylaxie des contractures, postures propres à prévenir la santé dans des situations de transfert. |
|--|--|

4. Objectifs

La physiothérapie en EMS a pour objectif de permettre aux personnes âgées de conserver la meilleure qualité de vie possible. Au niveau fonctionnel, cela se traduit par des capacités physiques optimales et l'absence de douleurs, et sur le plan des activités par la plus grande autonomie possible.

Les interventions de physiothérapie diffèrent selon les diagnostics et l'état de santé des personnes âgées. Dans le domaine de la réhabilitation gériatrique, l'objectif est de recouvrer les mouvements, la force, la mobilité, l'assurance de la marche et l'autonomie (p. ex. après une fracture de la hanche). Dans le domaine des soins palliatifs et de la prise en charge de la démence, l'accent est mis sur la gestion de la douleur, la thérapie respiratoire, le maintien d'une

certaine mobilité et activité dans la vie quotidienne (p.ex. la capacité à se déplacer de façon autonome dans les unités de vie).

De plus en plus de personnes rentrent chez elles après avoir séjourné un certain temps en institution. Il convient dès lors de déterminer les conditions de logement et d'assurer un suivi approprié dans l'environnement familial de la personne. Le travail en réseau avec les autres fournisseurs de prestations (médecins traitants, soins à domicile, etc.) doit être assuré..

Les résidentes et résidents sont toujours au centre du travail quotidien. Le but à viser pour les physiothérapeutes comporte un rôle de conseil auprès des professionnels, des étudiants et des proches.

5. Description des modèles de travail possibles

Les physiothérapeutes collaborent de diverses façons avec les institutions :

1. Les physiothérapeutes sont des employé(e)s de l'institution :

Ce modèle de travail facilite la prise en charge des situations complexes de mobilité en collaboration avec les soins. Il favorise le soutien lors de l'adaptation des moyens auxiliaires, la participation aux entretiens avec les proches et/ou la formulation des objectifs, la présence aux formations continues communes et la contribution aux projets interdisciplinaires (p. ex. prévention des chutes, gestion de la douleur). Les prestations fournies au titre de prestations obligatoires au sens de la loi sont remboursées par les caisses maladie / assurances accident via le décompte de prestations individuelles ou par le biais des forfaits pour coûts de médecin, médicaments, thérapies et matériel de soins. Les prestations non couvertes, qui ne sont pas prises en charge par les assurances, sont financées par l'institution, respectivement par son organe responsable, à travers le contrat de prestations. Les résidentes et résidents, leurs proches et l'équipe interdisciplinaire profitent de l'étroite collaboration et du travail en réseau. Les objectifs de soins sont discutés et fixés d'un commun accord, garantissant ainsi un haut niveau de qualité des soins et de l'accompagnement. L'institution peut également tirer parti du savoir-faire professionnel des physiothérapeutes dans le domaine de la promotion de la santé du personnel (ergonomie de la place de travail, l'apprentissage des postures permettant de protéger le dos, etc.).

Les voies de communication courtes favorisent la collaboration interdisciplinaire (avec l'ergothérapie, thérapie d'activation, l'art-thérapie, la musicothérapie et la logopédie) et interprofessionnelle (avec les soins, le case/care management et les médecins).

2. Les physiothérapeutes indépendant(e)s ou externes engagé(e)s par les institutions :

Ces physiothérapeutes interviennent de façon ponctuelle, en fonction des besoins. Cette collaboration est plus difficile dans la mesure où seules les prestations prévues dans la convention tarifaire sont indemnisées. Il n'est pas possible, par exemple, de facturer les forfaits de déplacement, ce qui, pour les physiothérapeutes, rend peu intéressant du point

de vue économique le traitement de personnes en institution. À l'occasion d'un sondage, les membres du groupe spécialisé de physiothérapie en gériatrie ont relevé les difficultés suivantes : manque d'information lorsqu'une patiente est malade ou absente, intégration insuffisante (du) de la physiothérapeute dans l'équipe de soins, responsabilités mal définies du côté des soins, mauvaise échange des instructions dans les équipes de soins (p.ex. les bandages, la résolution des problèmes de spasticité, les techniques de transfert, etc.).

3. Les physiothérapeutes indépendant(e)s ont leur propre cabinet dans les locaux de l'institution :

Ceci permet le traitement des résidents de l'institution ainsi que des patients externes. Il n'y a pas à tenir compte du temps de déplacement et les voies de communication sont écourtées. La collaboration demeure toutefois difficile, d'une part parce que les prestations pour une collaboration interdisciplinaire pertinente ne sont pas financées, d'autre part, parce que la planification du carnet de rendez-vous du cabinet ne laisse pas toujours suffisamment de marge de manœuvre.

6. Recommandations aux institutions et à leurs organes responsables

1. Les institutions informent suffisamment tôt le/la physiothérapeute traitante lorsqu'une séance convenue est annulée (p.ex. par téléphone ou par e-mail)
2. Les institutions et les physiothérapeutes définissent ensemble les canaux de communication et les compétences. L'institution, respectivement son organe responsable, peut favoriser la collaboration avec les physiothérapeutes externe, dans la mesure où elle permet des espaces communs de communication (discussion des cas, entretiens avec les soignants dans des situations spéciales, etc.), des projets communs et des formations continues partagées. Cette collaboration des physiothérapeutes pourrait être financée par les institutions dans le cadre d'une amélioration de la qualité. Pour les forfaits de déplacement et de temps, des tarifs devraient être négociés.
3. Les institutions favorisent la connaissance des compétences des autres professionnels et organisations. L'attitude se modifie ainsi, passant d'un esprit de concurrence à un esprit de coopération, ce qui profite largement au patient.
4. La formation professionnelle et continue dans les soins intégrés est intéressante et devrait être prise en considération dans les programmes de perfectionnement des institutions. Les organisations existantes au niveau régional (EMS, aide et soins à domicile, Pro Senectute, Pro Infirmis, services sociaux des communes, case et care management des institutions, etc.) pourraient ainsi faire connaître leurs services et les organiser en réseau.

5. Les institutions cherchent la discussion avec les assureurs, les organes responsables et Physioswiss pour envisager des conditions cadres financières suffisantes :
- Les tarifs sont conçus de façon à tenir compte de la complexité des demandes dans le domaine de la gériatrie.
 - Les physiothérapeutes doivent être indemnisés de façon appropriée selon la diversité de leurs prestations ; la structure tarifaire doit donc être adaptée en conséquence.

7. En conclusion

La volonté et la détermination au changement de toutes les personnes impliquées faciliteront et amélioreront la prise en charge médicale et thérapeutique dans les EMS, pour le bien des personnes âgées.

8. Bibliographie et recommandations de lecture

- [Physiotherapie im Wandel](#) (2011- allemand) Société suisse de la politique de la santé SSPS SGGP. Physiotherapie im Pflegezentrum (M. Nagel)
- [Le nouveau profil professionnel de la physiothérapie en gériatrie](#) (2009), groupe spécialisé de physiothérapie en gériatrie GPG FPG

9. Liens

Association professionnelle : www.physioswiss.ch

Groupe spécialisé [de physiothérapie en gériatrie GPG FPG](#)

10. Téléchargements

- Profil professionnel de la physiothérapie (2009), Association suisse de physiothérapie <http://www.physioswiss.ch>
- [Prévention des chutes](#) - Ligne suisse contre le rhumatisme
- Les [possibilités de formation en physiothérapie](#)

Juin 2015

RESTER MAÎTRISE DE SON QUOTIDIEN

L'ERGOTHÉRAPIE AVEC LES PERSONNES ÂGÉES



IMPRESSUM**Editeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autrice: Iris Lüscher, présidente de l'Association Suisse des Ergothérapeutes,
EVS/ASE, evs-ase@ergotherapie.ch

Copyright photo de couverture: Association Suisse des Ergothérapeutes (www.ergotherapie.ch)

Layout: CURAVIVA Suisse

Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine.
Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

| | |
|--|---|
| 1. Résumé | 4 |
| 2. L'ergothérapie – pour qui ? | 4 |
| 3. Qu'offre l'ergothérapie ? | 4 |
| 4. Couverture des coûts / du financement | 5 |
| 5. L'ergothérapie dans l'offre de base de l'EMS / de l'Institution | 5 |
| 6. L'ergothérapie dans l'institution avec des ergothérapeutes externes | 6 |
| 7. Perspectives, recommandations et souhaits | 6 |
| 8. Informations sur la formation | 7 |

1. Résumé

L'ergothérapie est une profession centrée sur le développement et le maintien de la capacité d'agir des personnes. Elle contribue à l'amélioration de la santé et de la qualité de la vie. Elle facilite la participation à la société en permettant de réaliser les activités quotidiennes.

2. L'ergothérapie – pour qui ?

L'avancée en âge s'accompagne de changements physiques, psychiques et sociaux qui ont un impact sur la vie quotidienne. Ainsi, il peut devenir tout à coup difficile de prendre soin de soi ou des autres, de s'occuper de son chez-soi, de suivre une émission de télévision, de sortir de la maison ou de retirer de l'argent au distributeur automatique de billets. Des craintes peuvent aussi apparaître, comme le sentiment de perdre le contrôle de son existence. Ces difficultés peuvent provenir d'une perte des forces ou de la sensibilité, d'une perte de la mobilité, d'un déficit visuel, de troubles cognitifs, d'un découragement ou de douleurs chroniques. Il est aussi possible que l'environnement construit ou le domicile ne soient plus adaptés aux capacités individuelles.

3. Qu'offre l'ergothérapie ?

Les ergothérapeutes disposent des connaissances professionnelles nécessaires pour trouver, en accord avec la personne souffrant d'une maladie, d'un handicap ou des suites d'un accident, et en collaboration avec son entourage et les institutions concernées, des solutions pour améliorer la gestion du quotidien et de réduire les difficultés qui entravent les capacités d'agir.

L'ergothérapie propose

- L'entraînement des capacités physiques, cognitives, émotionnelles et sociales utiles au quotidien
- La collaboration avec l'environnement social (p. ex. les proches, les médecins, les soins, les thérapeutes) pour assurer un accompagnement optimal de la personne dans sa vie de tous les jours
- Le conseil et le soutien pour adapter le lieu de vie et faire le choix des moyens auxiliaires
- Le conseil et le soutien pour choisir des activités de groupe adaptées

- Le conseil et la mise en œuvre de mesures de prévention, par exemple de des chutes ou des douleurs
- Le conseil et la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé qui agissent positivement sur la qualité de vie
- Le conseil et la formation des aidants pour la manutention de personnes à mobilité fortement réduite.

En se concentrant sur les activités qui sont importantes aux yeux des personnes concernées, les ergothérapeutes aident les personnes âgées à mieux maîtriser les actes de la vie quotidienne et améliorent ainsi leur qualité de vie.

En 2013, la question de l'efficacité de l'ergothérapie auprès de personnes souffrant de démence à un stade moyen et avancé a fait l'objet d'un rapport très complet → [Rapport HTA](#) (en allemand). Dans leurs conclusions, les auteurs du rapport relèvent qu'un programme ergothérapeutique individualisé peut contribuer pour une large part à la réduction des coûts, ainsi qu'à une diminution de la charge des traitements médicaux et des soins. Correctement mise en place, la thérapie améliore la qualité de vie et le bien-être des personnes souffrant de démences, affirment les chercheurs. Pour que les mesures thérapeutiques soient efficaces, elles doivent être adaptées aux besoins du patient. Dans certaines circonstances, il arrive que l'ergothérapie permette de repousser jusqu'à dix-huit mois l'entrée en EMS de personnes atteintes de démence. Selon le [rapport HTA](#) (allemand), les mesures ergothérapeutiques peuvent, dans certaines situations, réduire la charge des traitements médicaux et des soins. L'entraînement des fonctions et des habiletés, en combinaison avec d'autres approches, peut ainsi améliorer l'état de santé et l'humeur. La stimulation cognitive retarde la dégénérescence psychique dans les cas de démence légère à modérée. La stimulation sensorielle favorise l'ajustement des comportements sociaux, par exemple. Toujours selon le rapport, les interventions ergothérapeutiques ont des effets positifs avérés dans différents domaines de la vie des patients/résidents.

4. Couverture des coûts / du financement

L'ergothérapie sur prescription médicale est prise en charge par l'assurance maladie, accident, invalidité et militaire. Pour les autres prestations de l'ergothérapie, telles que le conseil, la mise en place de mesures de prévention ou les mesures de promotion de la santé dans un EMS, des arrangements individuels doivent être trouvés.

5. L'ergothérapie dans l'offre de base de l'EMS / de l'institution

Les ergothérapeutes interviennent avant tout dans les domaines de la réhabilitation gériatrique et/ou des soins aigus et de transition. En Suisse allemande comme en Suisse romande, l'intégration et la pratique de l'ergothérapie diffèrent largement d'un EMS à l'autre. Au Tessin, l'ergothérapie a sa place dans tous les EMS et fait partie de l'offre de base. L'intégration directe de l'ergothérapie dans l'offre de base d'un EMS garantit la collaboration interprofessionnelle si importante entre les médecins, les soignants, les thérapeutes, l'animation et les autres services, par le biais de la documentation commune, des rapports et des discussions de cas. Et cette démarche commune profite aux résidents.

6. L'ergothérapie dans l'institution avec des ergothérapeutes externes

Tous les EMS / toutes les institutions ne disposant pas d'une offre interne d'ergothérapie, des ergothérapeutes indépendants sont souvent sollicités et interviennent pour des traitements ergothérapeutiques spécifiques. Les ergothérapeutes indépendants ont la possibilité d'échanger les informations importantes avec les personnes de référence des résidents ou par le biais d'une documentation tenue en commun. Élément essentiel au succès des objectifs thérapeutiques visés, cet échange d'informations est privilégié. Il doit par exemple faciliter une mise en place cohérente et à long terme de stratégies acquises par le résident dans sa vie quotidienne.

7. Perspectives, recommandations et souhaits

Les ergothérapeutes constatent un besoin important en programmes de prévention primaire et de promotion de la santé pour les personnes âgées de 60 ans et plus, par exemple sur les thèmes de la protection des articulaires de l'aménagement du lieu de vie, de la prévention des chutes ou de la gestion des transitions (passage à la retraite, p.ex.). Ces programmes peuvent être proposés aux résidents, aux proches et aux professionnels, au titre de prestations par les ergothérapeutes des différents homes ou institutions. Au moment de la planification et de la mise en place d'offres de groupes et lors de la conception de mesures architecturales, les compétences et connaissances des ergothérapeutes peuvent être précieuses. Ces prestations n'entrent pas dans le cadre de la LAMal ; leur financement doit donc être réglé séparément. En tant qu'ergothérapeutes, nous souhaitons faire partie intégrante de l'accompagnement global dans les EMS et les institutions. Nous dépendons de la sollicitation active des médecins et des professionnels des soins. Nous souhaitons la meilleure collaboration interprofessionnelle possible entre tous les acteurs d'un EMS (personnel soignant, médecin répondant/traitant, physiothérapeute, thérapeute en activation...), afin d'offrir aux résidents une prise en charge thérapeutique optimale et de pouvoir ainsi améliorer leur qualité de vie. Une évaluation ergo-

thérapeutique peut pointer les potentiels, les possibilités ainsi que les limites personnes. Une ergothérapie ciblée peut changer positivement le quotidien des personnes. Par exemple, si l'habillement pose problème en raison d'une maladie, par exemple, les gestes habituels peuvent être évalués et, le cas échéant, adaptés dans le cadre de l'ergothérapie, leur enchaînement peut être exercé et faire l'objet de consignes (écrites, illustrées). L'ergothérapie soutient les individus dans la réalisation des activités de la vie quotidienne qui sont importantes pour eux afin qu'elles conservent la plus grande autonomie possible.

Dans la mesure où le personnel soignant fait aussi partie du quotidien des résidents, une collaboration active avec les professionnels des soins est essentielle, par exemple pour la mise en œuvre des stratégies. Nous nous impliquons activement dans cette collaboration et contribuons par notre savoir-faire à la prise en charge globale des personnes âgées.

8. Informations sur la formation

La formation d'ergothérapeute est une formation à plein temps sur trois ans, dispensée dans l'une des trois hautes écoles spécialisées indiquées en lien. La formation conduit à un Bachelor of Science en ergothérapie. Environ deux tiers de la formation se déroulent à l'école et un tiers en stage pratique dans les divers champs professionnels de l'ergothérapie.

Dans la mesure où l'offre des prestations d'ergothérapie en gériatrie est à chaque fois adaptée aux besoins individuels, ce compte-rendu ne peut pas prétendre à l'exhaustivité.

Contact : evs-ase@ergotherapie.ch

Juin 2015

PERSPECTIVES ÉTHIQUES

MÉDECINE INTÉGRATIVE ET SOINS THÉRAPEUTIQUES DANS LES EMS



IMPRESSUM

Éditeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteur:

Dr. Heinz Rüegger, théologien, éthicien et gérontologue, collaborateur scientifique auprès de l'institut Neumünster

Copyright photo de couverture: www.martinglauser.ch

Layout: CURAVIVA Suisse

Édition: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine. Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

1. **Résumé**
2. **Principes de base de l'action médico-soignante**
3. **Principe de l'autonomie du patient**
4. **Principe d'assistance**
5. **Principe de justice**
6. **Soins palliatifs**
7. **Processus de décision**
8. **Documentation et devoir de réserve**
9. **Intégration de la compétence professionnelle éthique**
10. **Recommandations**
11. **Bibliographie**
12. **Liens**
13. **Téléchargements**

1. Résumé

Une prise en considération des aspects éthiques dans la pratique des soins et de l'accompagnement en EMS est essentielle. Elle l'est d'autant plus que les personnes très âgées qui vivent en institution constituent un groupe de personnes spécialement vulnérables et dépendantes de l'aide d'autrui. Dans ce contexte, le principe fondamental est celui de l'autonomie du résident. Et c'est aussi vrai dans les situations d'incapacité de discernement, où il importe d'identifier avec soin la volonté présumée de la personne concernée. Le renoncement à prolonger des souffrances par une surmédication ainsi que le recours différencié aux options de l'euthanasie passive (renoncement aux interventions destinées à prolonger la vie) sont des questions éthiques centrales. La décision finale quant au traitement à appliquer n'est pas du ressort du médecin compétent, mais revient à la personne concernée elle-même ou, en cas d'incapacité de discernement, aux personnes habilitées à la représenter, conformément à l'ordre en cascade prévu à l'art. 378 (+ 381) CC. Dans le cadre de leur démarche qualité, les EMS ont le devoir de développer une culture de la prise de décision éthique.

2. Principes de base de l'action médico-soignante

Pour garantir des prestations adaptées dans les domaines de la médecine, des soins et de l'accompagnement, les EMS doivent pouvoir disposer non seulement d'une infrastructure adéquate et de personnel qualifié bien formé, mais aussi d'une culture des relations humaines fondée sur le respect de la dignité inaliénable de tout individu, qu'il souffre de multimorbidité, de démence, de troubles de la personnalité ou du comportement. Une telle culture prend en considération la personnalité singulière, la volonté autonome et les besoins du résident en EMS.

Le principe de base qui prévaut se réfère aux quatre principes de l'éthique biomédicale de T. L. Beauchamp et J. F. Childress : chaque résident et résidente doit recevoir, dans le cadre des ressources à disposition, les prestations médico-soignantes et l'accompagnement

- qui favorise au mieux sa qualité de vie (le principe d'assistance, dans sa double acceptation de principe de non-malfaisance et de bienfaisance : ne pas nuire/faire le bien),
- auxquelles il ou elle peut consentir (principe d'autonomie dans le sens du consentement éclairé),
- dont toute autre personne dans la même situation bénéficierait également (principe de justice et de non discrimination).

Une prise en considération particulièrement subtile et critique des aspects éthiques dans la pratique des soins et de l'accompagnement en EMS est essentielle. Elle l'est d'autant plus que les personnes très âgées qui vivent en institution constituent un groupe de personnes spécialement vulnérables et dépendantes de l'aide d'autrui.

3. Principe de l'autonomie du patient

En EMS, la prise en charge médicale et les soins reposent sur le principe de l'autonomie du patient. Cela signifie que le traitement d'un résident capable de discernement n'est éthiquement soutenable et juridiquement admissible que s'il est pratiqué avec son consentement. Fondamentalement, toute intervention médicale peut être refusée. Ne peut être cependant exigé dans le sens de l'autonomie du patient que ce qui est médicalement indiqué et conforme aux règles de la pratique médicale et soignante.

Le droit au respect de la libre détermination de chaque individu est normatif, c'est-à-dire qu'il n'est lié à aucune condition empirique et s'applique également lorsque quelqu'un n'est plus capable de décider pour lui-même. Dans un tel cas d'incapacité de discernement, c'est la volonté présumée du ou de la résidente qui prévaut comme une indication à laquelle se référer pour la prise en charge médicale. Cette volonté présumée doit être déterminée selon une procédure minutieuse qui implique toutes les personnes de référence et qui tient compte également des signes de communication non verbaux de la personne concernée elle-même.

Compte tenu du nombre croissant de résidents très âgés et incapables de discernement, la recherche de la volonté présumée de la personne concernée constitue un enjeu particulier. À cet effet, les directives anticipées du patient jouent un rôle essentiel (cf. art. 370-373 CC). De telles directives ont un caractère contraignant pour autant qu'elles aient été rédigées librement et avec discernement, qu'elles ne violent pas des dispositions légales et ne contreviennent pas à la pratique médicale et qu'aucun signe ne laisse supposer qu'elles ne correspondent plus à la volonté présumée de la personne concernée dans la situation donnée.

4. Principe d'assistance

Les traitements médicaux, les soins et l'accompagnement en EMS visent le bien-être du résident et sa qualité de vie : ce qui lui nuit doit être évité dans la mesure du possible, ce qui l'aide doit être fait. Parfois, certaines interventions spécifiques requièrent une appréciation des avantages et inconvénients. Des situations dilemmatiques peuvent aussi survenir, dans lesquelles diverses exigences éthiques s'opposent, par exemple le droit d'une résidente à la liberté de mouvement d'une part, à la sécurité d'autre part. Dans de telles situations, il est nécessaire de procéder à une pesée fine des intérêts entre les différentes prétentions en présence, sans favoriser unilatéralement un pôle de valeurs plutôt qu'un autre.

L'assistance (care) part d'une représentation multidimensionnelle de l'être humain, car la qualité de vie dépend toujours de facteurs variables : somatiques, psychiques, cognitifs, sociaux, spirituels, culturels. Et c'est le résident qui détermine lui-même quelle importance il accorde à quel facteur dans une situation donnée. L'assistance doit toujours s'organiser en fonction des besoins et des priorités de la personne concernée et, par conséquent, se référer au principe de l'autonomie du patient. Cette règle vaut tout particulièrement dans les nombreuses situations de résidents très âgés confrontés à la question de la mise en œuvre ou du renoncement aux mesures destinées à prolonger la vie.

En principe, un ou une résidente capable de discernement peut refuser tout traitement. Ce principe est restreint pour les personnes incapables de discernement qui, par leur comportement, présentent un grave danger pour elles-mêmes ou pour autrui ou qui perturbent gravement la vie communautaire. Dans ces situations, les institutions peuvent, par exemple, limiter la liberté de mouvement (cf. art. 383-385 CC). Dans les cas de troubles psychiques, de déficience mentale ou de grave état d'abandon, un placement à des fins d'assistance peut aussi être décidé sur ordre du médecin.

5. Principe de justice

Les personnes en EMS ont en principe les mêmes droits à une prise en charge médico-soignante adaptée que les autres groupes de patients. Un rationnement des prestations médicalement indiquées pour des raisons d'âge uniquement serait discriminant et n'est par conséquent pas admissible. Un diagnostic de démence n'est pas en soi un argument contre la mise en œuvre de mesures destinées à prolonger la vie.

6. Soins palliatifs

En EMS, la prise en charge palliative joue un rôle central, car elle privilégie le contrôle des symptômes et le maintien de la qualité de vie jusqu'au bout, plutôt que les thérapies et traitements destinés à prolonger la vie. Les soins palliatifs acceptent la finitude de la vie et s'engagent pour que la fin de vie des résidents soit la plus paisible possible. Cette approche repose sur une culture de la communication et de l'ouverture à propos des choix possibles du mourir, du renoncement à prolonger les souffrances par des thérapies inutiles, de la mise en œuvre d'options de l'aide passive à mourir (renoncement à des interventions destinées à prolonger la vie).

Les soins palliatifs encouragent également l'autodétermination des résidents concernant leur fin de vie (principe d'autonomie) et assurent un accompagnement individuel en fin de vie (principe d'assistance), manifestant ainsi le respect de la dignité inaliénable de tout individu, aussi dans sa dernière étape de l'existence.

7. Processus de décision

Dans l'optique d'une prise en charge médico-soignante de grande qualité dans les homes, les décisions à prendre doivent être discutées en temps voulu, par anticipation et en interdisciplinarité, en tenant compte des points de vue éthiques évoqués plus haut et en associant les personnes concernées. La décision finale quant au traitement à appliquer ne revient pas au

médecin responsable, mais à la personne concernée elle-même ou, en cas d'incapacité de discernement, à son représentant, conformément à l'ordre en cascade prévu par l'art. 378 (+ 381) CC.

8. Documentation et devoir de réserve

Une culture éthiquement responsable des relations avec les résidents et résidentes implique

- le respect du droit de chaque personne à la sphère privée,
- une gestion discrète des données personnelles, conforme aux standards actuels en matière de protection des données,
- l'égard dû au devoir de réserve professionnel,
- la documentation précise des interventions médicales et des soins, ainsi que la manifestation de la volonté de la personne concernée afin de pouvoir aussi exécuter et contrôler ultérieurement les décisions prises.

9. Intégration de la compétence

L'éthique est certes une discipline professionnelle en soi. Mais son intégration dans la pratique de la prise en charge médico-soignante dans les EMS ne peut pas être déléguée à des éthiciennes ou éthiciens professionnels spécialisés. Les connaissances et compétences éthiques de base font davantage partie du professionnalisme de tous les métiers impliqués dans les soins et l'accompagnement. Il incombe à la direction d'une institution de veiller à disposer d'une compétence éthique suffisante au sein du personnel et à sa mise en œuvre dans la pratique. Pour ce faire, des enseignements réguliers dans le domaine de l'éthique peuvent être proposés au personnel, certains collaborateurs peuvent suivre une formation complémentaire en éthique ou encore des éthiciens professionnels externes peuvent être sollicités pour animer des tables rondes consacrées aux processus de décision interdisciplinaires ou pour diriger des commissions d'éthique.

10. Recommandations

Dans le cadre de leur démarche qualité, les EMS développent une culture de la prise de décision éthique, notamment dans la perspective des situations dilemmatiques qui exigent une pesée fine des intérêts entre les différents principes éthiques.

La direction de l'EMS veille à disposer d'une compétence éthique suffisante au sein du personnel ou recourt à des experts externes.

Il convient de vérifier, en faisant preuve d'autocritique, si la prise en charge médico-soignante correspond bien à la volonté du résident. En cas d'incapacité de discernement, c'est sa volonté présumée qui doit être recherchée et prise en considération. Les représentants au sens de l'art. 378 CC doivent toujours être clairement identifiés.

Il s'agit d'éviter le plus de soins tout comme le moins de soins, qu'ils soient médicalement indiqués ou souhaités par la personne concernée, et qui vont à l'encontre des principes éthiques de l'autodétermination, de l'assistance et de la justice.

11. Bibliographie

Documents relatifs aux principes de l'éthique professionnelle qui constituent le contexte des considérations ci-dessus :

Directives médico-éthiques de l'ASSM :

- Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance (2004/2012)
- Prise en charge des patientes et patients en fin de vie (2004/2012)
- Soins palliatifs (2006/2012)
- Directives anticipées (2009/2012)

Documents de l'ASI sur les questions d'éthique :

- Points de vues éthiques 2 : « Responsabilité et qualité des soins » (2007)
- Éthique et pratique des soins (2013)

12. Littérature

- RISTO Karl-Heinz (2012), Was sollen wir tun? Ethik in der Altenpflege. Hannover: Vincentz
- Ethische Entscheidungsfindung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Eine Handreichung für alle Interessierten (2015). Berne: Société Suisse de Gérontologie SGG SSG
- BOCKENHEIMER-LUCIUS Gisela/DANSOU Renate/SAUER Timo (2012), Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption (Kultur der Medizin, Bd. 31). Frankfurt: Campus
- HEINEMANN Wolfgang (2010), Ethikberatung in der stationären Altenhilfe. Organisierte Verantwortung für ein Altern in Würde, in: W. Heinemann/G. Maio (Hg.), Ethik in Strukturen bringen, Fribourg: Herder, 159-199

mai 2015

UNE PERSPECTIVE
INTERDISCIPLINAIRE POUR
LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE
ET THÉRAPEUTIQUE DANS LES EMS



IMPRESSUM

Editeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteurs:

Dr. Eliane Pfister-Lipp, collaboratrice scientifique auprès de l'institut
Neumünster

Copyright photo de couverture: iStock Photo

Layout: CURAVIVA Suisse

Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine.
Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

| | | |
|------|---|---|
| 1. | Résumé | 4 |
| 2. | La prise en charge médicale et thérapeutique dans les EMS | 4 |
| 2.1. | Relation d'emploi | 5 |
| 2.2. | Cabinet indépendant | 5 |
| 2.3. | Location d'espaces | 5 |
| 2.4. | Recours à des prestations externes | 5 |
| 2.5. | Services de consultance et de liaison | 6 |
| 2.6. | Télémédecine | 6 |
| 3. | Les défis | 6 |
| 4. | Conclusions et perspectives d'avenir | 7 |

1. Résumé

En Suisse, la prise en charge médicale et thérapeutique au sein des EMS est diversement organisée. Les modèles existants vont de l'engagement de personnel spécialisé au recours à des prestations externes. Ici, le défi réside dans la collaboration interdisciplinaire pour le bien des résidentes et résidents. Mais au-delà du défi, l'interdisciplinarité est aussi une des conditions permettant de répondre aux exigences de la prise en charge médicale et thérapeutique. Pour y parvenir, les prestataires de soins, les directions d'établissements et les pouvoirs politiques ont le devoir de stimuler la prise de conscience interdisciplinaire et de la favoriser en aménageant les structures adéquates

2. La prise en charge médicale et thérapeutique dans les EMS

En Suisse, la prise en charge médicale et thérapeutique des résidentes en EMS se décline en différentes offres : les soins médicaux prodigués par les médecins de famille et les médecins d'EMS, les gériopsychiatres, les dentistes et les autres spécialistes ; les soins thérapeutiques dispensés par les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les gériopsychologues ; les autres soins fournis par les pharmaciens, les services d'animation, la musicothérapie, l'accompagnement spirituel ou la podologie. Rares sont les établissements qui proposent l'ensemble de ces prestations dans leur offre de base, mais toutes peuvent être sollicitées au besoin. Les standards éthiques en matière de soins constituent le cadre indispensable pour la prise en charge des personnes âgées en EMS. L'objectif de ces offres est de pouvoir proposer aux résidents le meilleur des soins et de l'accompagnement, dans le respect de leur dignité et de leur autonomie.

Les différents prestataires de soins coordonnent leurs interventions et collaborent en interdisciplinarité pour le bien des résidents. Les soignants, les accompagnants et les proches ou représentants légaux occupent une fonction-clé, car ils sont en contact étroit avec les résidents, même quotidiennement en ce qui concerne les soignants. Les médecins assument eux aussi un rôle central puisqu'il leur incombe de prescrire de façon purement formelle certaines prestations médicales et thérapeutiques. Selon le canton, l'institution et la taille de l'établissement, la fourniture de prestations est diversement réglée. Les établissements peuvent proposer différentes prestations de soins selon divers modèles.

Les soins médicaux de base d'un EMS sont assurés par un médecin d'EMS, par les médecins de familles des résidents ou par une combinaison des deux. Les médecins d'EMS peuvent être engagés par l'établissement sur la base d'un contrat de travail ou d'un mandat de collaboration. Ils peuvent aussi installer leur propre cabinet dans les locaux de l'établissement. Les médecins de famille ont leur propre cabinet. Pour la plupart, ils suivent les résidentes depuis plusieurs années et continuent de les soigner même après leur entrée en EMS. De nombreux établissements connaissent un système mixte, dans lequel certains résidents ont recours aux services du médecin d'EMS tandis que d'autres consultent leur médecin traitant habituel. Les résidents des EMS sont autorisés par la loi (art. 386 CC) à choisir librement leur médecin, à moins que de justes motifs ne s'y opposent – cas d'urgence ou distance géographique.

Les EMS s'appuient sur différents modèles pour proposer des soins médicaux (spécialisés), thérapeutiques et autres aux résidentes. Le choix du modèle dépend généralement de la taille, de la situation géographique, de la mission médico-sociale et des besoins (p.ex. démence, réhabilitation, maladies psychiatriques) ainsi que d'autres facteurs économiques et politiques.

2.1 Relation d'emploi

Les EMS peuvent engager leurs propres médecins et thérapeutes, comme par exemple un physiothérapeute ou une podologue. L'avantage de ce modèle est de disposer des prestations en question directement sur place et en temps voulu, et de pouvoir bien intégrer ces professionnels dans le quotidien des soins et de l'accompagnement. Toutefois, seuls les plus grands établissements, disposant d'un nombre élevé de lits, et par conséquent d'une forte demande en prestations de soins, peuvent généralement financer ce modèle comportant la plupart des prestations de services.

2.2 Cabinet indépendant

Les EMS peuvent exploiter un ou plusieurs cabinets (de groupe) indépendants. En assumant eux-mêmes – ou leur organisation responsable – le risque économique, ils peuvent proposer des conditions d'engagement attractives, par exemple des temps partiels à des médecins et à des thérapeutes. Ici aussi, l'avantage du modèle est de disposer des prestations directement sur place et en temps voulu, et de pouvoir bien intégrer ces professionnels dans le quotidien des soins et de l'accompagnement. Un tel cabinet peut également proposer ses services à d'autres patients et institutions. Là encore, le modèle convient davantage aux grandes institutions de soins qui sont bien situées et dotées de l'infrastructure adéquate.

2.3 Location d'espaces

Les EMS ont aussi la possibilité de louer leurs locaux à des prestataires, comme par exemple une ergothérapeute et, le cas échéant, de passer avec eux une convention de prestations. Dès lors, ces professionnels travaillent pour leur propre compte et peuvent proposer leurs services non seulement à l'EMS concerné, mais également à des patients externes ou à d'autres institutions et EMS avoisinants.

Avec ce modèle, l'EMS a l'avantage de ne pas devoir supporter le risque économique, tout en bénéficiant de services de proximité et immédiats. Pour sa part, le prestataire peut s'offrir un cadre de travail attractif et professionnel avec une clientèle variée. Il a également la possibilité d'être bien intégré dans l'équipe des soins et de l'accompagnement.

2.4 Recours à des prestations externes

De nombreux EMS n'ont pas la taille suffisante pour engager du personnel fixe pour les soins médicaux et thérapeutiques ou pour louer des espaces. Dans ce cas, ils font appel à des professionnels externes, indépendants ou engagés ailleurs, pour assurer les prestations dont ils ont besoin. Dans certaines régions, des équipes mobiles peuvent être également sollicitées

pour des prestations de soins particulières, comme la gériatopsychiatrie par exemple. Pour l'EMS, le recours ponctuel à des prestations externes est intéressant dans la mesure où il utilise les prestations en fonction des besoins, sans avoir à supporter le financement des prestations de réserve. Toutefois, la difficulté est d'intégrer les prestataires externes de telle façon que la collaboration interdisciplinaire puisse se développer. L'établissement doit créer les structures appropriées à cet effet.

2.5 Services de conseil et de liaison

Les services de conseil interviennent à la demande du médecin de l'EMS ou du médecin de famille concerné et sont pour la plupart assurés par du personnel médical externe, comme par exemple des gériatres ou des psychiatres. Ils sont associés au traitement de façon ponctuelle et à titre de conseil ou peuvent assumer le traitement spécifique d'un résident. Outre les services de conseil médical, il est également possible de requérir les services de conseil pharmaceutique pour des conseils et un soutien en matière de gestion des médicaments. Dans le domaine de la psychiatrie, il est aussi question des services de liaison assurés par des professionnels qui s'entretiennent avec l'équipe des soins et proposent des mesures.

2.6 Télémédecine

Certaines institutions proposent également des services de conseil via Internet. Cela permet aux EMS d'obtenir rapidement des informations importantes, dans les moments où il n'y a pas de contact personnel sur place.

Les prestations médicales et thérapeutiques à l'intention des résidents en EMS sont en principe – donc avec des exceptions – prises en charge par les caisses-maladie. Toutes les prestations non médicales, par exemple celles des physiothérapeutes et des ergothérapeutes, mais aussi la gériatopsychologie, doivent être prescrites ou déléguées par un médecin pour que les caisses-maladie couvrent les coûts. Mais il y a également des prestations qui ne sont pas entièrement couvertes, voire pas du tout, par les assureurs. C'est le cas, par exemple, du temps de déplacement des thérapeutes venant de l'extérieur ou du temps pour les entretiens et les colloques d'équipes.

Pour être complets, relevons encore les prestations soignantes qui sont prises en charge par les caisses-maladie, les pouvoirs publics et par le résident lui-même pour une petite part. Le résident doit assumer entièrement les coûts socio-hôtelières.

3. Les défis

Les soins médicaux et thérapeutiques en EMS sont confrontés à de nombreux défis, dont quelques uns sont évoqués ci-dessous.

En Suisse, l'allongement de l'espérance de vie des individus et les continus progrès de la médecine permettent certes de passer davantage d'années en bonne santé, mais conduisent aussi à une augmentation de la fragilité, de la multimorbidité, de la démence et des maladies chroniques à un quatrième âge très avancé. Le système de santé, les EMS et les fournisseurs de prestations doivent *se préparer à une complexité croissante des situations et à des soins et un accompagnement de plus en plus spécialisés* (par exemple pour les maladies cognitives qui se multiplient, pour les maladies psychiatriques et les soins palliatifs).

La structure actuelle du corps médical, avec une formation continue en médecine générale dans le secteur ambulatoire et, par conséquent, *une disponibilité moindre des médecins de famille et médecins d'EMS*, est un autre défi pour les soins médicaux en EMS. En chiffres absolus, le nombre de ces médecins augmente effectivement, mais une grande partie d'entre eux est proche de l'âge de la retraite et la relève ne suffit pas à compenser la réduction de l'offre. En outre, la relève se féminise. Selon les statistiques de la FMH de 2014, les femmes médecins actives dans le domaine ambulatoire travaillent plus souvent à temps partiel que leur collègues masculins. Les femmes travaillent aussi plus volontiers dans un cabinet communautaire (centralisé) que les hommes, plus nombreux à exercer dans un cabinet individuel (décentralisé). Les cabinets individuels, dont les médecins suivent également des résidents d'EMS, ont de plus en plus de difficulté à trouver des successeurs. Les cabinets de groupe, gérés par de grands EMS pour plusieurs institutions, peuvent être une solution.

Avec des coûts de la santé et des soins de longue durée¹ qui augmentent constamment depuis des années, le secteur des EMS est lui aussi contraint à la transparence des prestations et des coûts et à la mise en place de mesures destinées à contenir cette hausse continue – comme par exemple les conventions tarifaires.

La **collaboration interdisciplinaire** entre les différents prestataires de soins constitue également un enjeu de taille. De nombreux métiers et professionnels participent aux soins, aux traitements et à l'accompagnement des résidentes. Ils travaillent tous différemment mais poursuivent tous le même but : assurer le bien-être du patient. L'action commune pour atteindre ce but donne corps, justement, à la collaboration interdisciplinaire. Outre une prise de conscience, ce travail interdisciplinaire a également besoin de structures et de ressources appropriées dans l'EMS pour être effectivement mis en œuvre et pour évoluer. De telles structures sont par exemple des rapports communs, des discussions de cas interdisciplinaires, des entretiens communs avec les proches ou un dossier informatisé du patient partagé.

Ce qui importe avant tout, c'est que la bonne collaboration interdisciplinaire ne reste pas simplement un défi mais qu'elle traduise une approche conséquente et intégrée qui assure le futur des soins médicaux et thérapeutiques en EMS. Des objectifs communs doivent être définis dans la perspective du bien-être global des résidents, dans le respect de leur autonomie et de leurs divers besoins, sans trop ni trop peu de soins.

¹ Office fédéral de la statistique, Coûts et financement du système de santé, coûts par fournisseurs de biens et services, TA 14.5.2.1, 2012.

4. Conclusions et perspectives d'avenir

Pour que les différents professionnels et fournisseurs de prestations puissent collaborer en interdisciplinarité pour le bien du résident, des structures adaptées sont nécessaires, qui intègrent bien, justement, mais pas seulement, les prestataires externes. Les obstacles doivent être identifiés et écartés. Ainsi, par exemple, si la collaboration interdisciplinaire prévoit la rédaction commune de rapports mais que les temps et les frais de déplacements ne sont que partiellement ou pas du tout indemnisés, les conditions-cadres ne seront pas très favorables.

Les prestataires de services eux-mêmes sont responsables de mettre leurs objectifs et leurs pratiques au service de l'interdisciplinarité. Cela concerne aussi tout particulièrement les directrices et directeurs d'établissement qui disposent de la marge de manœuvre nécessaire pour fixer les bonnes priorités dans leur propre maison et créer les conditions-cadres adéquates. La direction doit clairement s'engager en faveur d'une prise en charge interdisciplinaire orientée vers le bien-être du résident et privilégier une culture de la prise de décision éthique. Concrètement, la direction peut par exemple créer des espaces réservés aux professionnels des soins, des traitements médicaux et de l'accompagnement pour les échanges d'informations et d'observations concernant les résidents. Elle peut aussi proposer des formations continues ciblées – par exemple une formation à la prise de décision éthique. Elle peut encore chercher des solutions administratives pour faciliter le travail commun, pour supprimer les hiérarchies existantes et écarter les conflits de rôles, et pour financer par ses propres moyens ou par l'apport de fonds tiers les éventuels coûts qui ne sont pas ou pas suffisamment couverts.

De prime abord, et vu la marge de manœuvre entrepreneuriale relativement étroite des EMS, la création de telles conditions-cadres peut paraître plutôt ardue. C'est justement pour cela que les efforts doivent se fonder sur la conviction qu'une « coopération en temps opportun » est profitable à long terme, d'un point de vue tant éthique qu'économique. Ainsi, le recours à un conseil pharmaceutique permettant de décharger les soignants et d'améliorer la sécurité thérapeutique, ou la formation préalable de professionnels capables d'identifier suffisamment tôt les souffrances psychiques des résidents, peuvent non seulement contribuer à la qualité des soins et de l'accompagnement, mais également éviter des conséquences financières importantes.

Cette même conviction devrait également guider les instances politiques qui portent une grande responsabilité. Ce sont elles, en effet, qui déterminent les principales conditions-cadres en matière de financement, de tarification, d'autorisation, de critères de qualité, de procédures d'indemnisation, de prescription médicale et bien d'autres réglementations encore, avec lesquelles les EMS doivent fonctionner. Aujourd'hui par exemple, divers agents financeurs (assurances, communes, cantons et ménages privés) participent au financement du séjour en EMS et aux soins médicaux et thérapeutiques. Une simplification permettrait de supprimer les con-

flits de rôles et de favoriser la constitution d'une chaîne des soins et de l'accompagnement moins fragmentée et plus globale. Certains modèles de tarification, certaines contraintes et certaines exigences requièrent des systèmes de contrôle et des tâches administratives coûtant beaucoup d'argent qui pourrait être investi – plus efficacement peut-être – de façon à consacrer davantage de temps auprès des résidentes et résidents. Il est du ressort des EMS et des associations d'EMS d'intervenir avec davantage de force auprès des instances politiques compétentes pour concevoir des conditions-cadres pertinentes.

Juin 2015