



Conditions de vie en Ehpad

Conseils de vie sociale et démocratie sanitaire et sociale. Quel contrôle pour une meilleure garantie des droits des résidents ?

Les trois années qui viennent de s'écouler ont été marquées par la problématique des conditions de vie et de multiples atteintes à la liberté, à la dignité et au bien-être des résidents.

La crise de COVID et le surcroît de mortalité en augmentation brutale ont conduit à une restriction des libertés des résidents : confinement dans les chambres, restriction des visites. Ces habitudes, préjudiciables à la qualité de vie, ont tendance à être réactivées dans certains établissements, à la moindre menace sanitaire.

En 2022, le scandale Orpéa, révélé par l'enquête de Victor Castanet, a montré les multiples manquements, allant jusqu'à la maltraitance des personnes, qui pouvaient être subis par les résidents.

Les personnes accueillies en Ehpad sont de plus en plus âgées et majoritairement atteintes de pathologies multiples, dont certaines relevant de la gérontopsychiatrie. Cet accueil se fait dans des établissements chroniquement sous-équipés en personnels, particulièrement en personnels au chevet.

Par ailleurs la double tutelle des Agences Régionales de Santé, pour le volet « soins » et du Conseil départemental pour le volet « hébergement » complique l'exercice des contrôles.

Il est donc légitime de s'inquiéter des conditions de vie en Ehpad subies par des personnes pour lesquelles cette solution d'hébergement constitue un ultime recours, et à de rares exceptions, ne correspond pas à un choix délibéré de la personne hébergée.

L'objet de ce dossier est de trois ordres :

1. Situer les risques de maltraitance, les atteintes aux libertés et à la dignité des personnes.
2. Analyser l'efficacité du dispositif de démocratie sanitaire que constituent les Conseils de Vie Sociale (CVS)
3. Analyser les insuffisances et les manques dans les contrôles et les autorités de tutelles.

Notre dernier congrès a défini des mandats clairs dont certains constituent une amorce de réponse aux problèmes relevés. Nous en rappellerons la teneur en conclusion.

I. Les risques de maltraitance en Ehpad

Même si cela relève d'une évidence, il est important de rappeler que les personnes accueillies en Ehpad sont extrêmement vulnérables :

De par leur âge :

L'âge moyen des résidents est estimé à 85 ans et 9 mois.

L'âge moyen d'entrée en Ehpad est 85 ans et deux mois.

La durée moyenne de séjour d'un résident est de 2 ans et 5 mois. Elle se conclue le plus souvent soit par le décès en établissement, soit par une hospitalisation précédant le décès.

De par leur état de santé :

Les résidents en EHPAD cumulent en moyenne 7,9 pathologies. Neuf sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques.

Ils relèvent très majoritairement de Groupes Iso-ressources (GIR) de 1 à 4, c'est-à-dire avec une forte réduction de l'autonomie. (Source : DREES 2016, réactualisée en 2020)

Qu'est-ce qu'une maltraitance ?

Les maltraitements peuvent être de différents ordres :

- Maltraitance psychologique, voire physique délibérée.

- Maltraitance résultant d'un manque de personnels :

Dénutrition faute d'assistance lors de la prise des repas.

Toilette incomplète ou conduite de façon brutale, faute de temps.

Isolement des personnes pour raison sanitaires excessives.

Limitation ou privation du droit de visite pour des raisons du même ordre.

Claire Hédon, la Défenseure des droits, a dénoncé la situation des personnes accueillies en Ehpad. Elle a rendu public un suivi des recommandations figurant dans son rapport « Les droits fondamentaux des personnes âgées » publié en mai 2021.

Sur les 281 saisines reçues depuis mai 2021 par la Défenseure des droits,

- 43% relevaient de maltraitance par négligence,
- 30% portaient sur une limitation anormale du droit de visite,
- 12% étaient liées à une limitation de la liberté d'aller et venir, et 8% relevaient de maltraitance morale.

La maltraitance par négligence consiste, pour exemple, à laisser les personnes âgées déambuler dans l'établissement en pyjama à longueur de journée, parce que les aider à s'habiller prend trop de temps, ou à imposer par commodité le port de couches à des personnes qui ne souffrent pas d'incontinence.

Les limitations de visites ou de la liberté de déplacement sont étayées par le prétexte de précautions sanitaires excessives. Le résident est reclus dans sa chambre par mesures prophylactiques pas toujours justifiées. La même raison est invoquée pour limiter ou interdire les visites.

II. Le Conseil de Vie Sociale (CVS)

Instrument de la démocratie sanitaire dans les Ehpad, le Conseil de Vie Sociale est la structure où les résidents peuvent être associés à la gestion de l'établissement d'accueil. Elle est définie par la loi du 2 janvier 2002, portant sur les Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.

C'est une instance élue qui représente l'ensemble des personnes vivant, travaillant ou participant à la vie d'un établissement médico-social (résidences autonomie ou EHPAD).

Les personnes suivantes y siègent :

- des représentants des résidents,
- des représentants des familles, ou, s'il y a lieu des représentants légaux,
- des représentants du personnel,
- un représentant de l'organisme gestionnaire. Par exemple, si l'établissement est public, un membre du conseil municipal siège au conseil de la vie sociale.

Le conseil de la vie sociale donne son avis sur tout ce qui concerne la vie de l'établissement. Il peut faire des propositions dans le but d'améliorer le quotidien des résidents. Il se réunit au moins 3 fois par an.

Un nouveau rôle pour les membres du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

Le décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale précise qu'un membre du CDCA peut demander à participer aux débats d'un Conseil de Vie Sociale en Ehpad ou en établissements médicaux sociaux.

Si cette évolution de la représentation représente une avancée, elle est confrontée à certaines limites :

- la difficulté de trouver des membres du CDCA suffisamment disponible pour s'investir auprès d'un ou plusieurs CVS.
- La réticence de la part de certains directeurs d'établissement à appliquer ce décret et à ouvrir les portes de leurs CVS.
- L'impossibilité de fait pour des directeurs d'établissement membre du CDCA de siéger dans le CVS d'un de leurs pairs...

Les limites du CVS

Les résidents, personnes fragiles et vulnérables, disposent d'un droit théorique à l'expression, mais bien difficile à exercer au réel.

Les représentants des familles sont plus enclins à porter un regard sur la situation de « leur » résident que sur l'intérêt général.

Le CSV revêt l'apparence d'une instance démocratique, mais peut-il réellement influencer la vie de l'établissement ?

Il est permis de s'interroger...

Un CVS qui fonctionne bien est un indice prouvant que l'établissement est bien tenu, même si le bon fonctionnement ne résulte pas forcément de l'efficacité du CVS.

A l'inverse, dans les établissements à problèmes, le CVS peu ou pas réuni, ne pourra pas peser pour améliorer la qualité de l'accueil et sera réduit à l'impuissance.

III. Le CVS perçu par les résidents : la démocratie médico-sociale et les concombres !

La loi prévoit pourtant que, depuis 20 ans, les personnes accueillies dans les Ehpad ont un espace de parole dédié : le Conseil de Vie Sociale, cadre d'expression de la démocratie médico-sociale.

Quel sens revêt-elle pour des personnes qui, le plus souvent, n'ont pas choisi le lieu du terme de leur existence et subissent les contraintes liées à cette forme de vie collective comme une altération de leur liberté ?

Comment avoir l'envie de s'investir dans la gestion d'un espace de vie imposé par la perte d'autonomie ?

La pratique de cet exercice de démocratie médico-sociale relève bien souvent du simulacre ou de la caricature.

Témoignages recueillis auprès de personnes âgées résident en Ehpad dans une enquête de l'AENSM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), un organisme chargé de l'Evaluation de la qualité de vie dans les établissements médicaux sociaux :

« Non je n'ai pas été élue [au CVS], j'ai dit oui parce que l'on a insisté. »

« Qu'est-ce que vous voulez qu'on donne notre avis ? Les filles sont aimables. Et puis, ils disent toujours qu'il n'y a pas de sous. »

« On peut donner son avis si on veut. Mais je ne vais pas aller m'introduire, je n'ai pas l'instruction pour parler et je n'entends pas bien... »

« Eux, ils ont leurs termes, nous, on les a pas. Comme je leur ai dit, moi, SPASAD je vois ça sur le papier, je ne comprends pas. Par exemple, là, vous voyez, « contactez la CRUQ** », moi je ne sais pas ce que c'est que la CRUQ... »*

« Par exemple, pour les repas, on a du concombre et beaucoup n'aiment pas ça. Je leur ai dit : - mais dites-le que vous n'aimez pas ça. Ils m'ont dit : - ils vont nous mettre dehors ! ».

*Services polyvalents d'aide et de soins à domicile **Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

On perçoit à travers ces témoignages la fragilité et les limites des résidents d'Ehpad participant aux débats des CVS.

Les espaces de paroles sont nécessaires pour conserver aux résidents leur dignité, mais le contrôle des conditions de vie de ces personnes vulnérables doit s'exercer de manière indépendante, d'une part par la puissance publique, mais aussi avec le soutien d'organisations d'usagers et de consommateurs, armées pour porter les intérêts des résidents et suppléer à leur fragilité. Les organisations syndicales de retraités pourraient au besoin y contribuer. Il y a, à l'évidence, de gros progrès à faire dans ce domaine.

IV. Le contrôle des Ehpad

Les contrôles dans les Ehpad peuvent relever de plusieurs autorités. Les deux principales structures qui en ont la charge sont :

- Les Conseils départementaux pour l'aspect social, (hébergement, attribution de l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) établissement et surtout,
- Les agences régionales de santé (ARS) pour le volet sanitaire.

Nombre de ces contrôles se font ainsi de manière conjointe entre les deux entités.

Au sein des ARS, une part importante des contrôles sont dits « programmés », car ils font partie d'un programme établi un an à l'avance. Ils sont basés sur des orientations définies au niveau national ou régional, par exemple le suivi d'une pathologie précise. Le fait que les contrôles soient programmés n'implique pas que les établissements soient systématiquement prévenus.

Contrôles annoncés ou inopinés

Des inspections non programmées peuvent survenir soit après des événements graves, soit quand un établissement n'informe pas suffisamment l'ARS, soit après des signalements répétés de familles ou de résidents. En fonction de ce que les inspecteurs vont chercher, les établissements pourront - ou non - être prévenus à l'avance.

Les suites résultant des contrôles

A la suite de chaque contrôle, un rapport est établi, puis une lettre de décisions envoyée à l'établissement. Il peut s'agir de simples recommandations (facultatives), de prescriptions (obligatoires), ou d'injonctions en cas de problèmes d'une gravité particulière (obligatoires, suivies d'une inspection de contrôle). La mesure peut aller jusqu'à une mise sous administration provisoire de l'établissement dans le pire des cas.

Les décisions peuvent faire l'objet d'une appréciation contradictoire de la part de la structure. En cas de contentieux lourd, l'arbitrage peut être rendu par le Tribunal administratif.

Contrôle : des effectifs en chute :

Les effectifs, dans les ARS, chargés de contrôler les milliers d'établissements relevant de leur compétence (Ehpad, hôpitaux, cliniques...) n'ont cessé de fondre ces dernières années.

Selon la fédération Unsa Santé Sociaux, de 2014 à 2020, le nombre d'inspecteurs de l'action sanitaire et sociale est passé de 944 à 688 (-27 %), celui des médecins inspecteurs de 297 à 182 (-40 %), et celui des pharmaciens inspecteurs de 137 à 126 (-8 %). Soit une diminution moyenne de l'ensemble de ces personnels de 28 % en six ans.

V. Les recommandations de la Défenseure des droits :

Claire Hédon recommande des mesures garantissant la liberté d'aller et venir des résidents ainsi que le respect du droit de visite, condition première de leur bien-être psychologique.

Elle demande la mise en place d'un dispositif de vigilance médico-sociale pour faciliter le repérage et la prévention de situations de maltraitance.

Elle estime nécessaire un renforcement du contrôle des établissements par la mise en place de contrôles inopinés menés conjointement par les ARS et les Conseils départementaux.

Pour la Défenseure des droits, il est urgent de relever les normes d'encadrement à 8 équivalents temps-plein (soignants et animateurs) pour 10 résidents.

Les mandats de l'UNSA Retraités



L'UNSA Retraités revendique :

- L'amélioration du ratio d'encadrement en Ehpad pour tendre vers 1 ETP pour 1 résident avec un effort prioritaire pour les personnels "au chevet" (aides-soignants et infirmiers).
- L'amélioration de la formation, des carrières de tous les personnels intervenant à domicile ou en établissement.
- Le renforcement des contrôles des Ehpad, qui doivent s'opérer de manière inopinée.
- Un droit d'alerte effectif pour les familles en cas de détection de situations anormales.
- L'amélioration du fonctionnement des Conseils de Vie Sociale (CVS),
- La généralisation de leur ouverture dans les Ehpad et autres établissements d'hébergement, à des représentants désignés par les CDCA.